

**FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS
COMUNIDADES EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA EXPERIENCIA DE LA
E.P.S´S COMPARTA EN LA PROVINCIA DE GARCIA ROVIRA – SANTANDER**

**ADRIANA MARIA FONTECHA HERNANDEZ
ELIZABETH VELASQUEZ GOMEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2008

**FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS
COMUNIDADES EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA EXPERIENCIA DE LA
E.P.S'S COMPARTA, EN LA PROVINCIA DE GARCIA ROVIRA – SANTANDER**

**ADRIANA MARIA FONTECHA HERNANDEZ
ELIZABETH VELASQUEZ GÓMEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de:
Trabajadora Social**

**Director del Proyecto:
CARLOS EDUARDO TORRES
Trabajador Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2008

Quiero tomar este espacio para dedicar este trabajo de grado, a mi Dios, Por iluminar mi vida, por su grandeza, bondad y protección. Hoy día entiendo que siempre me tuviste en tus manos.

A mi querido hijo Cami por ser mi día y mi noche, mi motivación. Por inundar mi vida con su fuente inagotable de alegría.

A mi querida Adry, por su cariño y amistad incondicional, juntas logramos esto y muchas otras cosas bellas en la vida.

A mi amor JOSE que acabas de llegar a mi vida, por darme la mejor razón para lograrlo: EL AMOR A DIOS.

A mi familia en especial a mi mami Elizabeth y mi hermano Andrés por estar a mi lado en momentos difíciles y darme la oportunidad de compartir todos mis sueños.

No podría pasar por alto mencionar un ser especial en mi vida, esta persona es la responsable de la formación de mi carácter, él confió en mí en todo momento, me dio incondicionalmente su amor, confianza y apoyo aun en los momentos más difíciles. Mi querido Abuelo del alma, por todos esos momentos hermosos y gratos, nunca te olvidare. Gracias.

Elizabeth

Este es un hermoso momento para dedicar este logro a DIOS, compañero y guía que me fortalece todo momento; el fue el artífice de este sueño.

A Liza, amiga y hermana de toda una vida: desde los tiernos semestres de primiparada hasta las duras y satisfactorias jornadas laborales actuales.

A Jorge con quién me unió el amor y el ideal de un sueño y hoy nos fortalecen 13 hermosos años de vida compartida.

A mi Saudy, el mas grande tesoro que Dios ha puesto en mi camino; en el se refleja mi compromiso con la vida y la sociedad. Motivador y eje de mis experiencias e ilusiones, hombrecito de mis amores.

A mi Papi que con su ejemplo me ha enseñado que la sencillez, paciencia y honestidad son pilares en la formación de un ser humano.

*A toda mi familia, especialmente a Fercho:
con quien me unen lazos irrompibles de amor.*

Adriana

AGRADECIMIENTOS

Con inmensa gratitud a los maestros de la escuela de Trabajo Social, en especial al DR. CARLOS EDUARDO TORRES, -que ha visionado una importante participación en los espacios organizacionales- quien con su disposición incondicional y orientación siempre nos motivó a terminar esta etapa .

A la UIS que nos recibió en su seno, formó y hoy la consideramos como el rincón de aprendizaje al que siempre volver para buscar orientación.

A un sin números de personas de la Organización Solidaria Comparta por enseñarnos mil formas de ver el mundo.

A todos los compañeros y compañeras de trabajo, que además también son amigos.

A la gente campesina...en todos y cada uno de los pueblos de la provincia de García Rovira y Norte y Gutiérrez en Boyacá por llenarse de esperanza y fe con nuestro trabajo.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	16
1. MARCO REFERENCIAL	20
1.1 LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS	20
1.1.1 La organización como un sistema abierto	27
1.1.2 La organización como una clase de sistema social	33
1.1.3 Características básicas del análisis sistémico	35
1.2 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD	37
1.2.1 La realidad de la vida cotidiana	37
1.2.2 La relación del mundo de la vida con el sistema	41
1.3 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ENFOQUES Y CONCEPTOS	45
1.3.1 El concepto de participación	50
1.3.2 Los tipos de participación	51
1.3.3 Los niveles de participación	53
1.3.4 La participación, eje fundamental para la gestión comunitaria	54
1.3.5 Las redes como estrategia de organización y movilización	55
1.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	62
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	72
2.1 CONTEXTO GENERAL	72
2.1.1 A nivel internacional	72
2.1.2 A nivel nacional	83
2.2 CONTEXTO ESPECÍFICO	100
2.2.1 La economía solidaria y las empresas solidarias de salud	100
2.2.2 La participación social en EPS`S COMPARTA	102

3.	CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	105
3.1	CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA EPS`S COMPARTA	105
3.1.1	Propósito institucional	107
3.1.2	Misión institucional	107
3.1.3	Visión institucional	107
3.1.4	Objetivos institucionales	107
3.1.5	Políticas de calidad de la institución	108
3.1.6	Modelo organizacional y funcional	109
3.2	EL MODELO COMPARTA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO	122
3.2.1	Referentes contextuales	123
3.2.2	Definición del Modelo	124
3.2.3	Características generales del Modelo	132
3.2.4	El Modelo integrado	141
3.2.5	La estructura operativa del Modelo	144
3.3	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SUJETO DE ATENCIÓN	171
3.3.1	Ubicación dentro del contexto de la provincia de García Rovira	171
3.3.2	Los líderes saludables sujetos de atención	175
4.	CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	179
4.1	EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN	179
4.2	DIAGNÓSTICO INICIAL	181
4.3	JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO	185
4.4	OBJETIVOS	188
4.4.1	Objetivo General	188
4.4.2	Objetivos Específicos	188
4.5	PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN	189
4.6	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	192
4.7	ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO	203
5.	EVALUACIÓN	205

5.1	MATRIZ DOFA	205
5.2	ANÁLISIS DE LA INTERVENCION PROFESIONAL	206
6.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	208
6.1	CONFORMACIÓN DE LA RED DE COMUNALES SALUDABLES DE LA PROVINCIA DE GARCÍA ROVIRA	208
7.	CONCLUSIONES	211
8.	RECOMENDACIONES	214
9.	BIBLIOGRAFIA	216
	ANEXOS	218

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Relación de los riesgos con la utilización de los servicios	134
Tabla 2. La utilización de los servicios como efecto protector	135
Tabla 3. Caracterización General	175
Tabla 4. Roles y Funciones	180
Tabla 5. Matriz DOFA del Proceso de Intervención	205

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Esquema orgánico funcional a nivel nacional	112
Figura 2. Esquema orgánico funcional a nivel Regional	119
Figura 3. Esquema orgánico funcional a nivel Departamental	121
Figura 4. Factores de riesgos para la salud y sus momentos de intervención	127
Figura 5. Morfología del mercado social de salud	147
Figura 6. Esquema de Intervenciones	149
Figura 7. Canalización de Demanda	154
Figura 8. Garantía de Beneficios	159
Figura 9. Municipios que conforman la provincia	174

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Manual de Atención al usuario	219
Anexo B. Descripción general de los municipios sujetos de atención	240
Anexo C. Morbilidad 10 primeras causas año 2007	284
Anexo D. Matriz de antecedentes del programa	285

RESUMEN

TITULO:

FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA EXPERIENCIA DE LA E.P.S'S COMPARTA, EN LA PROVINCIA DE GARCIA ROVIRA – SANTANDER*

AUTORAS:

ADRIANA MARIA FONTECHA HERNANDEZ
ELIZABETH VELASQUEZ GOMEZ**

PALABRAS CLAVES:

Participación, Sistema, Salud, Gestión, Promoción, Prevención, Interlocución, Cooperativismo, Redes, Saludables, Régimen Subsidiado, Organización, Sistemas, Realidad, Social, Comunicación

DESCRIPCIÓN:

El proyecto se plantea como una estrategia de participación y organización comunitaria desde la E.P.S'S COMPARTA, para lograr la prevención del riesgo y la promoción de la salud en las comunidades municipales, ubicadas en la provincia de García Rovira – Santander. Se plantea como una intervención profesional realizada desde el punto de vista del trabajo social, a partir de los presupuestos teóricos de la “Teoría General de Sistemas” y la “Construcción social de la realidad” y metodológicos desde la acción participativa.

El proceso de intervención, nace a partir del limitado alcance de la política nacional de participación en las instituciones de salud y la dificultad de las comunidades, para la participación y organización comunitaria y que afecta su capacidad de autogestión y cogestión con el estado y las organizaciones de salud.

La intervención desarrollada, permitió establecer, cuáles son las prácticas de participación contempladas en la legislación, el vínculo que establecen los ciudadanos con las instituciones de salud, el estado y las organizaciones locales, y los factores influyentes que favorecen o no la participación de las comunidades en los procesos de gestión local; como principal logro, el que los comunales elegidos en 12 municipios de la provincia, accedieran mediante la implementación del proyecto al fortalecimiento de su capital social como comunidad, para trabajar con sus vecinos, el Estado y las organizaciones, reconociéndose, como miembros activos de una colectividad con intereses; y como el camino a seguir, la conformación de redes de comunales que mejoren la intercomunicación de los espacios de vida e interlocución en la provincia.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Director : Carlos Eduardo Torres.

SUMMARY

TITLE:

STRENGTHENING OF THE PARTICIPATION AND ORGANIZATION OF THE COMMUNITIES IN THE HEALTH SECTOR, BASED UPON THE EXPERIENCE OF THE E.S.S.'S COMPARTA IN GARCIA ROVIRA PROVINCE OF SANTANDER*

AUTHOR:

ADRIANA MARIA FONTECHA HERNANDEZ
ELIZABETH VELASQUEZ GOMEZ**

KEY WORDS:

Participation, System, Health, Management, Promotion, Prevention, Interlocution, Cooperating, Nets, Healthy, Benefit regimen, Organization, Reality, Social, Communication.

DESCRIPTION:

The Project “healthy communities as solicitors of public policies” , is proposed as a strategy of communal participation and organization from the E.P.S.'S COMPARTA to achieve the risk prevention and health promotion in municipal communities located in the Garcia Rovira, province of Santander. It is proposed as a professional intervention carried out from the point of view of Social Work, since theoretical assumptions of the “General Theory of System” and the “Social Constructions of Reality” and methodological assumption since the participative action .

Intervention Process stars in the limited reach of national politics in participation of health institutions, and the difficulty for communities for communal participation and organization that effects their capacity of automanagement with comanagement with the State and Health Organizations.

The Intervention developed, let to establish which are the participation practices contemplated in the legislation; the link that citizens establish with health institutions, the State and local organizations; and the influential factors that favour or not the communal participation in processes of local management. As main achievement, the fact that comunards elected in 12 municipalities of the province agreed the strengthening of their social capital by means of implementation of the project to work with their neighbours, the State and organization, recognizing themselves as active members of a community with interests; and as way to follow, conformation of communal nets that improve the intercommunication of life spaces and interlocution in the province.

* Working Grade

** Faculty of Humanities. School of Social Work. Director: Carlos Eduardo Torres.

INTRODUCCIÓN

Plantear la participación y la organización comunitaria como factores fundamentales para lograr el empoderamiento de las comunidades de sus propias posibilidades de desarrollo social y en este caso, como una estrategia para la promoción de la salud, implica abrir un espacio para pensar, por un lado el papel que cumplen los ciudadanos y ciudadanas en este país frente a un estado de crisis generalizado que hoy por hoy nos afecta por igual a nivel económico, social, político y cultural, y por otro lado, la capacidad de las comunidades de base para atender sus necesidades frente a los eventos de enfermedad y la atención en salud.

El proyecto de intervención se enmarca en la experiencia de la E.P.S'S COMPARTA, como una empresa solidaria de salud y administradora de Planes de Beneficios en el manejo del régimen subsidiado en salud, que la llevó a visionar y estructurar un modelo que por sus características de enfoque preventivo del riesgo, requiere de adecuados y efectivos canales de comunicación y espacios de participación de la comunidad de afiliados, para lograr la creación de un imaginario colectivo alrededor de un esquema de demanda de servicios que impacten a mediano plazo el estado de salud de toda su comunidad geográfica.

Desde la perspectiva de una institución del sector salud, que comprende que sin la participación y el empoderamiento de las comunidades no podría dar los resultados e impactos esperados, asume el doble compromiso de definir claros patrones de relación contractual con la Red de prestadores que permita ajustar el ejercicio de su práctica al modelo propuesto, y esquematizar espacios de interacción cotidiana con la comunidad de afiliados, de tal forma que la expresión de su demanda en salud este acondicionada a un esquema de prevención del riesgo en salud.

Por esta razón, enfoca su atención hacia la estructuración de esquemas participativos que cumplan, no sólo con lo estipulado en la norma por parte de la secretaría de salud departamental en cumplimiento de los lineamientos estipulados por el Ministerio de Protección Social, sino que respondan a las necesidades institucionales y fundamentalmente a las de las comunidades sujetos de atención, adelantando no sólo el proyecto de conformación de las Asociaciones de Usuarios, sino además una nueva estrategia de participación: los comunales saludables.

La intervención realizada en 12 municipios de la provincia de García Rovira – Santander, alrededor de ésta estrategia para la promoción de la salud, tuvo como punto de partida el análisis epidemiológico que la E.P.S´S COMPARTA realizó en la provincia, con el fin de identificar las principales causas de morbi-mortalidad en la población beneficiaria, encontrando que el 75% eran originadas en enfermedades que desde su base o inicio no tuvieron manejo preventivo.

Es precisamente en el marco de esta necesidad que se planteó el desarrollo de la propuesta, como una alternativa de solución frente a los problemas del limitado alcance de la política de participación colectiva en salud y los bajos niveles de participación y de organización que afecta notablemente a estas comunidades, impidiéndoles acceder a prácticas de autogestión para transformar sus realidades y construir mejores escenarios de vida saludable.

Teniendo como referencia el rol que desde las instituciones de salud debe cumplir el trabajador social en las comunidades en las que inciden, la acción ejecutada se fundamentó en el desarrollo de una práctica participativa que le apunte a dimensionarla como motor de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida personal, familiar y comunitaria, apoyada fundamentalmente a nivel teórico en los enfoques de la Teoría General de Sistemas y la construcción social de la realidad, en tanto dan cuenta y razón de la dimensión de las realidades humanas y su

relación dialéctica con los sistemas de los que hacen parte, proporcionando elementos de comprensión que permitan establecer la naturaleza de sus relaciones y vínculos a la hora de lograr procesos de transformación.

Para su realización la intervención se dividió en tres etapas:

La Primera. Abordaje teórico respecto a la participación y organización comunitaria, la teoría de sistemas, la teoría de la construcción social de la realidad y el marco referencial del Modelo de Prevención y Promoción de la salud en la empresa solidaria de salud E.P.S'S COMPARTA.

La Segunda. Abordaje a la comunidad sujeto de atención para acercamiento a las realidades comunitarias de 12 municipios de la provincia de García Rovira en Santander, que permitió identificar las prácticas de organización y participación presentes en la comunidad sujeto de intervención, el tipo de vínculos que establecen los ciudadanos y ciudadanas con sus vecinos, el estado y las organizaciones locales y los factores influyentes que favorecen o no la participación de las comunidades en los procesos de gestión local y de salud.

La Tercera. La implementación del proyecto de comunales saludables, como estrategia de organización y participación que le permita a la institución dar respuesta a las necesidades de prevención del riesgo y la promoción de la salud en las comunidades de base.

Igualmente, se presenta una propuesta de continuidad del proceso adelantado, que avance hacia la conformación de la red de comunales saludables en la provincia, como una forma de organización que genere mayor impacto en la política de promoción de la salud.

Desde este ejercicio profesional, el reto y la invitación es para las instituciones de salud y los interesados desde todos los espacios institucionales y organizacionales, en apostarle esfuerzos organizados a favor del fortalecimiento del capital social en las comunidades locales de un país que como el nuestro, presenta una crisis no solo por las problemáticas que nos aquejan, sino fundamentalmente por la ausencia de respuesta organizada y proactiva.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

Surgió con los trabajos del alemán Ludwing von Bertalanffy publicados entre 1950 y 1968¹, con un enfoque en el que la Teoría General de Sistemas, no buscaba solucionar problemas o intentaba soluciones prácticas, pero si producir teorías y formulaciones conceptuales que pudieran crear condiciones de aplicación en la realidad empírica.

Uno de sus supuestos básicos hace relación a que ésta teoría puede ser una manera más amplia de estudiar los campos no-físicos del conocimiento científico especialmente en ciencias sociales, en tanto afirma que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados y que su cabal comprensión resulta de considerar tres premisas básicas:

- Los sistemas existen dentro de sistemas, es decir, cada sistema existe dentro de otro más grande.
- Los sistemas son abiertos, como consecuencia de la anterior, en tanto cada sistema que se examine, excepto el menor o el mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. En este sentido, los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son los otros sistemas y cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.

¹ VON BERTALANFFY, Ludwing Teoría General de Sistemas. Petrópolis; Vozes, 1976. p. 94.

- Las funciones de un sistema dependen de su estructura, es así como a nivel biológico se puede comprender que si los tejidos musculares se pueden contraer, es porque están constituidos por una estructura celular que permite las contracciones.

Desde el punto de vista histórico, la Teoría General de Sistemas, ha hecho aportes significativos en las áreas de la administración científica, las relaciones humanas, las empresas y las organizaciones, y en la teoría del comportamiento.

Desde el punto de vista de la organización humana, las teorías tradicionales la han visto como un sistema cerrado, desconociendo el ambiente y el proceso de retroalimentación que tiene con él, básico para sobrevivir.

El análisis de las organizaciones vivas, revela lo “general en lo particular” y muestra las propiedades generales de las especies que son capaces de adaptarse y sobrevivir en un ambiente típico. Los sistemas vivos sean individuos u organizaciones, son analizados como sistemas abiertos que mantienen un continuo intercambio de materia / energía / información con el ambiente.

- **El concepto General de “Sistemas”.** En términos generales, se puede considerar que un sistema hace relación a:
 - Un conjunto de elementos
 - Dinámicamente relacionados
 - Formando una actividad
 - Para alcanzar un objetivo
 - Operando sobre datos / energía / materia
 - Para proveer información / energía / materia
- **Características básicas de un Sistema.** Entendido un sistema, como un todo organizado y complejo, como un conjunto o combinación de cosas o partes

que forman un todo complejo o unitario, pero unidos por alguna forma de interacción o interdependencia, los límites o fronteras entre el sistema y su ambiente admiten cierta arbitrariedad.

Según Bertalanffy, sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas y de ahí se deducen dos conceptos: propósito (u objetivo) y globalismo (o totalidad).

Propósito u objetivo: todo sistema tiene uno o algunos propósitos, ya que los elementos (u objetos), como también las relaciones, definen una distribución que trata siempre de alcanzar un objetivo.

Globalismo o totalidad: un cambio en una de las unidades del sistema, con probabilidad producirá cambios en las otras. El efecto total se presenta como un ajuste a todo el sistema. Hay una relación de causa/efecto y de estos cambios y ajustes, se derivan dos fenómenos: entropía y homeostasia.

Entropía: es la tendencia de los sistemas a desgastarse, a desintegrarse, para el relajamiento de los estándares y un aumento de la aleatoriedad. La entropía aumenta con el correr del tiempo, si aumenta la información disminuye la entropía, pues la información es la base de la configuración y del orden. De aquí nace la negentropía, o sea, la información como medio o instrumento de ordenación del sistema.

Homeostasia: es el equilibrio dinámico entre las partes del sistema. Los sistemas tienen una tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del entorno.

Una organización podrá ser entendida como un sistema o subsistema o un supersistema, dependiendo del enfoque. El sistema total es aquel representado por todos los componentes y relaciones necesarios para la realización de un

objetivo, dado un cierto número de restricciones. Los sistemas pueden operar, tanto en serio como en paralelo.

▪ **Tipos de sistemas.** En cuanto a su constitución pueden ser físicos o abstractos:

- *Sistemas físicos o concretos.* Compuestos por equipos, maquinaria, objetos y cosas reales.
- *Sistemas abstractos.* Compuestos por conceptos, planes, hipótesis e ideas. Muchas veces solo existen en el pensamiento de las personas.

En cuanto a su naturaleza, pueden ser cerrados o abiertos:

- *Los sistemas cerrados:* no presentan intercambio con el medio ambiente que los rodea, son herméticos a cualquier influencia ambiental, no reciben ningún recurso externo y nada producen que sea enviado hacia fuera. En rigor, no existen sistemas cerrados, se da el nombre de sistema cerrado a aquellos sistemas cuyo comportamiento es determinístico y programado y que opera con muy pequeño intercambio de energía y materia con el ambiente. Se aplica el término a los sistemas completamente estructurados, donde los elementos y relaciones se combinan de una manera peculiar y rígida produciendo una salida invariable, como las máquinas.
- *Los sistemas abiertos:* presentan intercambio con el ambiente a través de entradas y salidas; intercambian energía y materia con el ambiente; son adaptativos para sobrevivir; su estructura es óptima cuando el conjunto de elementos del sistema se organiza, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto-organización.

Los sistemas abiertos no pueden vivir aislados. Los sistemas cerrados, cumplen con el segundo principio de la termodinámica que dice que "una cierta cantidad llamada entropía, tiende a aumentar al máximo".

Existe una tendencia general de los eventos en la naturaleza física en dirección a un estado de máximo desorden. Los sistemas abiertos evitan el aumento de la entropía y pueden desarrollarse en dirección a un estado de creciente orden y organización (entropía negativa). Los sistemas abiertos restauran sus propia energía y reparan pérdidas en su propia organización.

El concepto de sistema abierto se puede aplicar a diversos niveles de enfoque: al nivel del individuo, del grupo, de la organización y de la sociedad.

Modelo genérico de sistema abierto

	ENTRADAS		SALIDAS	
Ambiente	Información	Transformación o procesamiento	Información	Ambiente
	Energía		Energía	
	Recursos		Recursos	
	Materiales		Materiales	

- **Parámetros de los sistemas.** El sistema se caracteriza por ciertos parámetros, teniendo en cuenta que los parámetros son constantes arbitrarias que se caracterizan, por sus propiedades, el valor y la descripción dimensional de un sistema específico o de un componente del sistema.

Los parámetros de los sistemas son:

- *Entrada o insumo o impulso (input):* es la fuerza de arranque del sistema, que provee el material o la energía para la operación del sistema.

- Salida o producto o resultado (output): es la finalidad para la cual se reunieron elementos y relaciones del sistema. Los resultados de un proceso son las salidas, las cuales deben ser coherentes con el objetivo del sistema. Los resultados de los sistemas son finales, mientras que los resultados de los subsistemas son intermedios.

- *Procesamiento o procesador o transformador*: es el fenómeno que produce cambios, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados. Generalmente es representado como la caja negra, en la que entran los insumos y salen cosas diferentes, que son los productos.

- *Retroacción o retroalimentación o retroinformación (feedback)*: es la función de retorno del sistema que tiende a comparar la salida con un criterio preestablecido, manteniéndola controlada dentro de aquel estándar o criterio.

- *Ambiente*: es el medio que envuelve externamente el sistema. Está en constante interacción con el sistema, ya que éste recibe entradas, las procesa y efectúa salidas. La supervivencia de un sistema depende de su capacidad de adaptarse, cambiar y responder a las exigencias y demandas del ambiente externo. Aunque el ambiente puede ser un recurso para el sistema, también puede ser una amenaza.

- **El Sistema Abierto.** El sistema abierto como organismo, es influenciado por el medio ambiente e influye sobre el, alcanzando un equilibrio dinámico en ese sentido.

La categoría más importante de los sistemas abiertos son los sistemas vivos. Existen diferencias entre los sistemas abiertos (como los sistemas biológicos y sociales, a saber, células, plantas, el hombre, la organización, la sociedad) y los

sistemas cerrados (como los sistemas físicos, las máquinas, el reloj, el termóstato):

- El sistema abierto interactúa constantemente con el ambiente en forma dual, o sea, lo influencia y es influenciado. El sistema cerrado no interactúa.
- El sistema abierto puede crecer, cambiar, adaptarse al ambiente y hasta reproducirse bajo ciertas condiciones ambientales. El sistema cerrado no.
- Es propio del sistema abierto competir con otros sistemas, no así el sistema cerrado.

Al igual que los organismos vivos, las empresas tienen seis funciones primarias, estrechamente relacionadas entre sí:

- *Ingestión*: las empresas hacen o compran materiales para ser procesados. Adquieren dinero, máquinas y personas del ambiente para asistir otras funciones, tal como los organismos vivos ingieren alimentos, agua y aire para suplir sus necesidades.
- *Procesamiento*: los animales ingieren y procesan alimentos para ser transformados en energía y en células orgánicas. En la empresa, la producción es equivalente a este ciclo. Se procesan materiales y se desecha lo que no sirve, habiendo una relación entre las entradas y salidas.
- *Reacción al ambiente*: el animal reacciona a su entorno, adaptándose para sobrevivir, debe huir o si no atacar. La empresa reacciona también, cambiando sus materiales, consumidores, empleados y recursos financieros. Se puede alterar el producto, el proceso o la estructura.

- *Provisión de las partes:* partes de un organismo vivo pueden ser suplidas con materiales, como la sangre abastece al cuerpo. Los participantes de la empresa pueden ser reemplazados, no son de sus funciones sino también por datos de compras, producción, ventas o contabilidad y se les recompensa bajo la forma de salarios y beneficios. El dinero es muchas veces considerado la sangre de la empresa.
- *Regeneración de partes:* las partes de un organismo pierden eficiencia, se enferman o mueren y deben ser regeneradas o relocalizadas para sobrevivir en el conjunto. Miembros de una empresa envejecen, se jubilan, se enferman, se desligan o mueren. Las máquinas se vuelven obsoletas. Tanto hombres como máquinas deben ser mantenidos o relocalizados, de ahí la función de personal y de mantenimiento.
- *Organización:* de las funciones, es la que requiere un sistema de comunicaciones para el control y toma de decisiones. En el caso de los animales, que exigen cuidados en la adaptación. En la empresa, se necesita un sistema nervioso central, donde las funciones de producción, compras, comercialización, recompensas y mantenimiento deben ser coordinadas. En un ambiente de constante cambio, la previsión, el planeamiento, la investigación y el desarrollo son aspectos necesarios para que la administración pueda hacer ajustes.

El sistema abierto es un conjunto de partes en interacción constituyendo un todo sinérgico, orientado hacia determinados propósitos y en permanente relación de interdependencia con el ambiente externo.

1.1.1 La organización como un sistema abierto. Herbert Spencer afirmaba a principios del siglo XX:

Un organismo social se asemeja a un organismo individual en los siguientes rasgos esenciales:

- En el crecimiento.
- En el hecho de volverse más complejo a medida que crece.
- En el hecho de que haciéndose más complejo, sus partes exigen una creciente interdependencia.
- Porque su vida tiene inmensa extensión comparada con la vida de sus unidades componentes.
- Porque en ambos casos existe creciente integración acompañada por creciente heterogeneidad".

Según la teoría estructuralista, Taylor, Fayol y Weber usaron el modelo racional, enfocando las organizaciones como un sistema cerrado. Los sistemas son cerrados cuando están aislados de variables externas y cuando son determinísticos en lugar de probabilísticos. Un sistema determinístico es aquel en que un cambio específico en una de sus variables producirá un resultado particular con certeza. Así, el sistema requiere que todas sus variables sean conocidas y controlables o previsibles. Según Fayol la eficiencia organizacional siempre prevalecerá si las variables organizacionales son controladas dentro de ciertos límites conocidos.

- **Características de las organizaciones como sistemas abiertos.** Las organizaciones poseen todas las características de los sistemas abiertos y algunas características básicas son²:
 - Comportamiento probabilístico y no-determinístico de las organizaciones: la organización es afectada por el ambiente y dicho ambiente es potencialmente

² CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración. 3 Ed. Bogotá: Mc Graw Hill, 1992. p. 124

sin fronteras e incluye variables desconocidas e incontroladas. Las consecuencias de los sistemas sociales son probabilísticas y no-determinísticas. El comportamiento humano nunca es totalmente previsible, ya que las personas son complejas, respondiendo a diferentes variables. Por esto, la administración no puede esperar que consumidores, proveedores, agencias reguladoras y otros, tengan un comportamiento previsible.

- Las organizaciones como parte de una sociedad mayor y constituidas de partes menores, son vistas como sistemas dentro de sistemas. Dichos sistemas son complejos de elementos colocados en interacción, produciendo un todo que no puede ser comprendido tomando las partes independientemente. Talcott Parsons indicó sobre la visión global, la integración, destacando que desde el punto de vista de organización, esta era un parte de un sistema mayor, tomando como punto de partida el tratamiento de la organización como un sistema social, siguiendo el siguiente enfoque:
 - La organización se debe enfocar como un sistema que se caracteriza por todas las propiedades esenciales a cualquier sistema social.
 - La organización debe ser abordada como un sistema funcionalmente diferenciado de un sistema social mayor.
 - La organización debe ser analizada como un tipo especial de sistema social, organizada en torno de la primacía de interés por la consecución de determinado tipo de meta sistemática.

Las características de la organización deben ser definidas por la especie de situación en que necesita operar, consistente en la relación entre ella y los otros subsistemas, componentes del sistema mayor del cual hace parte, tal como si fuera un sociedad en la que se da:

- *Interdependencia de las partes*: un cambio en una de las partes del sistema, afectará a las demás. Las interacciones internas y externas del sistema reflejan diferentes escalones de control y de autonomía.
- *Homeostasis o estado firme*: la organización puede alcanzar el estado firme, solo cuando se presenta dos requisitos, la unidireccionalidad y el progreso. La unidireccionalidad significa que a pesar de que hayan cambios en la empresa, los mismos resultados o condiciones establecidos son alcanzados. El progreso referido al fin deseado, es un grado de progreso que está dentro de los límites definidos como tolerables. El progreso puede ser mejorado cuando se alcanza la condición propuesta con menor esfuerzo, mayor precisión para un esfuerzo relativamente menor y bajo condiciones de gran variabilidad. La unidireccionalidad y el progreso solo pueden ser alcanzados con liderazgo y compromiso.
- *Fronteras o límites*: es la línea que demarca lo que está dentro y fuera del sistema. Podría no ser física. Una frontera consiste en una línea cerrada alrededor de variables seleccionadas entre aquellas que tengan mayor intercambio (de energía, información) con el sistema. Las fronteras varían en cuanto al grado de permeabilidad, dicha permeabilidad definirá el grado de apertura del sistema en relación al ambiente.
- *Morfogénesis*: el sistema organizacional, diferente de los otros sistemas mecánicos y aun de los sistemas biológicos, tiene la capacidad de modificar sus maneras estructurales básicas, es identificada por Buckley como su principal característica identificadora.

Katz y Kahn igualmente desarrollaron un modelo de organización más amplio y complejo a través de la aplicación de la Teoría de Sistemas y la teoría de las

organizaciones y según su modelo, la organización como un sistema abierto presenta las siguientes características:

- *Importación (entrada)*: la organización recibe insumos del ambiente y necesita provisiones energéticas de otras instituciones, personas o del medio. Ninguna estructura social es autosuficiente.
- *Transformación (procesamiento)*: los sistemas abiertos transforman la energía disponible. La organización procesa y transforma insumos en productos acabados, mano de obra, servicios, etc.
- *Exportación (salidas)*: los sistemas abiertos exportan ciertos productos hacia el medio ambiente.

Los sistemas como ciclos que se repiten: el funcionamiento de cualquier sistema consiste en ciclos repetitivos de importación-transformación-exportación. La importación y exportación son transacciones que envuelven al sistema en ciertos sectores de su ambiente inmediato, la transformación o procesamiento es un proceso contenido dentro del propio sistema.

- *Entropía negativa*: los sistemas abiertos necesitan moverse para detener el proceso entrópico y reabastecerse de energía manteniendo indefinidamente su estructura organizacional. A dicho proceso se le llama entropía negativa o negentropía.

Información como insumo, retroalimentación negativa y proceso de codificación: los sistemas vivos reciben como insumos, materiales conteniendo energía que se transforman por el trabajo hecho. También reciben información, proporcionando señales sobre el ambiente. La entrada de información más simple es la retroalimentación negativa (negative feedback), que permite al sistema corregir

sus desvíos de la línea correcta. Las partes del sistema envían información de cómo operan a un mecanismo central y mantiene así la dirección correcta. Si dicha retroalimentación negativa es interrumpida, el estado firme del sistema desaparece. El proceso de codificación permite al sistema reaccionar selectivamente respecto a las señales de información para las cuales esté programado. Es un sistema de selección de entradas a través del cual, los materiales son rechazados o aceptados e introducidos a su estructura.

Estado firme y homeostasis dinámica: los sistemas abiertos se caracterizan por un estado firme, ya que existe un influjo continuo de energía del exterior y una exportación continua de los productos del sistema. La tendencia más simple del estado firme es la homeostasis, pero su principio básico es la preservación del carácter del sistema, o sea, un equilibrio casi-estacionario. Los sistemas reaccionan al cambio o lo anticipan por intermedio del crecimiento que asimila las nuevas entradas de energía en la naturaleza de sus estructuras. La homeostasis es un mecanismo regulador.

- *Diferenciación:* la organización, como todo sistema abierto, tiende a la diferenciación, o sea, a la multiplicación y elaboración de funciones, lo que le trae también multiplicación de papeles y diferenciación interna.
- *Equifinalidad:* los sistemas abiertos se caracterizan por el principio de equifinalidad, o sea, un sistema puede alcanzar, por una variedad de caminos, el mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales.
- *Límites o fronteras:* como sistema abierto, la organización presenta límites o fronteras, esto es, barreras entre el ambiente y el sistema. Definen el campo de acción del sistema, así como su grado de apertura.

1.1.2 La organización como una clase de sistema social. Las organizaciones son una clase de sistemas sociales, los cuales a sus vez son sistemas abiertos. Las organizaciones comparten con todos los sistemas abiertos propiedades como la entropía negativa, retroinformación, homeostasis, diferenciación y equifinalidad. Los sistemas abiertos tienden a la elaboración y a la diferenciación, debido a su propia dinámica.

Los sistemas sociales, consisten en actividades estandarizadas de una cantidad de individuos, que son repetitivas, relativamente duraderas y ligadas en espacio y tiempo. La estabilidad o recurrencia de actividades existe en relación con la entrada de energía en el sistema, en relación con la transformación de energías dentro del sistema y en relación con el producto resultante o salida de energía. Mantener dicha actividad, requiere renovación constante de energía y esto es lo conocido como negentropía.

Las características de las organizaciones como sistemas sociales son las siguientes:

- Los sistemas sociales, al contrario de las demás estructuras básicas, no tienen limitación de amplitud. Las organizaciones sociales están vinculadas a un mundo concreto de seres humanos, recursos materiales, fábricas y otros artefactos, aunque estos no estén interactuando. El sistema social, es independiente de cualquier parte física determinada, pudiendo aligerarla o sustituirla. El sistema social es la estructuración de eventos o acontecimientos y no la estructuración de partes físicas.
- Los sistemas sociales necesitan entradas de producción y de mantenimiento. Las entradas de mantenimiento son las importaciones de energía que sustentan al sistema; las entradas de producción son las importaciones de energía, procesadas para proporcionar un resultado productivo.

- Los sistemas sociales tienen su naturaleza planeada, esto es, son sistemas esencialmente inventados, creados por hombre e imperfectos.
- Los sistemas sociales presentan mayor variabilidad que los sistemas biológicos. Los sistemas sociales necesitan fuerzas de control para reducir la variabilidad e inestabilidad de las acciones humanas.
- Las funciones, normas y valores como los principales componentes del sistema social: las funciones describen formas específicas de comportamiento asociado a determinadas tareas. Las funciones se desarrollan a partir de los requisitos de la tarea. Las normas son expectativas con carácter de exigencia, que alcanzan a todos los que les concierne el desempeño de una función, en un sistema o subsistema. Los valores son las justificaciones y aspiraciones ideológicas más generalizadas.

Las organizaciones sociales constituyen un sistema formalizado de funciones.

- *El concepto de inclusión parcial:* la organización usa sólo los conocimientos y habilidades de las personas que le son importantes.
- *La organización en relación con su medio ambiente:* el funcionamiento organizativo debe ser estudiado en relación con las transacciones continuas con el medio ambiente que lo envuelve.

Toda organización crea su propia cultura o clima con sus propios tabúes, costumbres y usos. El clima o cultura del sistema refleja tanto las normas y valores del sistema formal como su reinterpretación en el sistema informal, así como las disputas internas y externas de los tipos de personas que la organización atrae, de sus procesos de trabajo y distribución física, de las modalidades de comunicación

y del ejercicio de la autoridad dentro del sistema. Dichos sentimientos y creencias colectivos, se transmiten a los nuevos miembros del grupo.

Para mantenerse, las organizaciones recurren a la multiplicación de mecanismos, ya que les falta la estabilidad de los sistemas biológicos. Así, crean estructuras de recompensas para vincular a sus miembros al sistema, establecen normas y valores y dispositivos de control. Mientras que en la Teoría de Sistemas se habla de homeostasia dinámica (o mantenimiento del equilibrio por ajuste constante y anticipación), se usa el término dinámica de sistema en las organizaciones sociales: el sistema principal y los subsistemas que lo componen hacen que se vuelve cada vez más aquello que básicamente es. Para sobrevivir (y evitar la entropía), la organización social debe asegurarse de una provisión continua de materiales y hombres (entropía negativa).

1.1.3 Características básicas del análisis sistémico. Las principales características de la moderna teoría de la administración basada en el análisis sistemático son las siguientes:

- *Punto de vista sistemático:* la moderna teoría visualiza a la organización como un sistema constituido por cinco partes básicas: entrada, salida, proceso, retroalimentación y ambiente.
- *Enfoque dinámico:* el énfasis de la teoría moderna es sobre el proceso dinámico de interacción que ocurre dentro de la estructura de una organización.
- *Multidimensional y multinivelado:* se considera a la organización desde un punto de vista micro y macroscópico. Es micro cuando es considerada dentro de su ambiente (sociedad, comunidad, país); es macro cuando se analizan sus unidades internas.

- *Multimotivacional*: un acto puede ser motivado por muchos deseos o motivos. Las organizaciones existen porque sus participantes esperan satisfacer ciertos objetivos a través de ellas.
- *Probabilístico*: la teoría moderna tiende a ser probabilística. Con expresiones como "en general", "puede ser", sus variables pueden ser explicadas en términos predictivos y no con certeza.
- *Multidisciplinaria*: busca conceptos y técnicas de muchos campos de estudio. La teoría moderna presenta una síntesis integradora de partes relevantes de todos los campos.
- *Descriptivo*: busca describir las características de las organizaciones y de la administración. Se conforma con buscar y comprender los fenómenos organizacionales y dejar la escogencia de objetivos y métodos al individuo.
- *Multivariable*: tiende a asumir que un evento puede ser causado por numerosos factores interrelacionados e interdependientes. Los factores causales podrían ser generados por la retroalimentación.
- *Adaptativa*: un sistema es adaptativo. La organización debe adaptarse a los cambios del ambiente para sobrevivir. Se genera como consecuencia una focalización en los resultados en lugar del énfasis sobre el proceso o las actividades de la organización.

Una fuerte causa para la existencia de organizaciones, es su efecto sinérgico, es decir, en el resultado de una organización pueden diferir en cantidad o en calidad la suma de los insumos. La palabra sinergia viene del griego (syn = con y ergos = trabajo) y significa trabajo en conjunto. Cada participante de la organización espera que los beneficios personales de su participación, sean mayores que sus

costos personales de participación. Existe sinergia cuando dos o más causas producen, actuando conjuntamente, un efecto mayor que la suma de efectos que producirían actuando individualmente.

En este contexto, el individuo desempeña un papel dentro de la organización, interrelacionándose con los demás individuos, como un sistema abierto. En sus acciones basadas en roles, mantiene expectativas respecto al rol de los demás y envía a los demás sus expectativas. Esa interacción altera o refuerza el papel. Las organizaciones son sistemas de roles, en las cuales los individuos actúan como transmisores de roles y organizadores.

1.2 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD

1.2.1 La realidad de la vida cotidiana. El concepto de “Realidad” propia, alude a los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia voluntad (no podemos hacerlos desaparecer)³.

Los hombres viven inmersos en una realidad construida, la cual tiene diferentes significados para todos los individuos que viven en ella. Esto va a depender directamente de la experiencia de vida y la historia del individuo, de las condiciones en que vive, por qué vive en esas condiciones, cuáles son los antecedentes de su existencia, es decir, de que manera el individuo se va desarrollando en entorno social e individual y cómo éste va creando su propia realidad.

Todos los individuos que viven en la sociedad presentan realidades distintas, pueden tener similitudes en mayor o menor grado, pero éstas jamás van a ser idénticas, ya que cada individuo ve la realidad de manera distinta y la va

³ BERGER, Peter y L. LUCKMAN, Thomas. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1958. p. 58.

construyendo según sus experiencias vividas. Por lo tanto, es difícil juzgar a las personas ya que no podemos saber que realidad se esconde detrás de sus actos. Los fenómenos que acontecen en su realidad pueden diferir diametralmente de los que acontecen en la realidad de otros individuos, fenómenos que muchas veces son ajenos e independientes a su propia voluntad, hechos que suceden sin poder evitarlos.

“La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente”⁴. Cada individuo interpreta la realidad que se le presenta en las acciones e interacciones que debe vivir a diario, la interpreta según sus propios conocimientos y experiencias de vida. Sin embargo, existen ciertas pautas que están implícitamente incorporadas en la conciencia de los hombres, que nos predeterminan a interpretar la realidad de determinada manera. Es decir, la mayoría de los individuos reaccionan de manera similar ante determinadas situaciones o circunstancias, no siempre van a reaccionar de la misma forma, pero se mantiene un factor común. Son patrones generales a las cuales recurrimos en determinadas situaciones, porque así nos lo han enseñado y nos lo han inculcado desde pequeños. Esto varía de una cultura a otra, sin embargo nos situaremos en la sociedad y cultura de nuestro país.

Entre las múltiples realidades existe una que se presenta como la realidad por excelencia y es la realidad de la vida cotidiana⁵, la realidad que vivimos a diario es nuestra realidad por excelencia, ya que en ella estamos conscientes que vivimos. Es la que nos hace crear nuestros hábitos y rutinas para ir formando nuestras propias pautas de comportamiento en la realidad. Somos seres humanos, los cuales necesitamos patrones de comportamiento y hábitos para ir enfrentando todas las situaciones que se presentan a diario en nuestras vidas.

⁴ Ibíd., p. 33

⁵ Op. Cit. p. 39

Aprendo la realidad de la vida cotidiana como una realidad ordenada. Esta se me presenta objetivada. La realidad de la vida cotidiana se me presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros y es imposible ignorarla.

El mundo de la vida cotidiana. El mundo de la vida (Lebenswelt) según Schutz es el mundo de la realidad diaria y del sentido común, en el cual aplicamos las tipificaciones. Pero, lo más importante para la concepción teórica de este autor, es allí donde se da la ínter subjetividad, objeto central de sus preocupaciones. Tal mundo se caracteriza por seis rasgos principales⁶:

- En el mundo de la vida se da una tensión especial de la conciencia del sujeto que se denomina “estado de alerta”. En tal estado el actor presta atención de manera continua a lo que sucede en la vida y a los requisitos que se exigen para el comportamiento de las personas.
- El segundo rasgo señala que el actor no duda de la existencia de este mundo, a diferencia del científico que pone en duda el mundo cotidiano, en el cual se vive de manera espontánea y por el contrario, lo somete a estudio sistemático, a la interrogación constante, en síntesis, lo somete a la investigación científica.
- El mundo de la vida es el mundo donde las personas trabajan.
- La persona que está en este mundo se experimenta como un “yo propio”.
- El mundo de la vida se caracteriza por una forma específica de sociabilidad en la cual se da la intersubjetividad de la comunicación y de la acción social.

⁶ BRIONES, Guillermo. Epistemología de las ciencias sociales. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. ASCUN-ICFES. Bogotá: Corcas, 1996. p. 61

- Finalmente, en este tipo de mundo las personas tienen una perspectiva específica del tiempo compuesta por la intersección tiempo personal y del tiempo de la sociedad.

El mundo de la vida se experimenta en la ínter subjetividad, pero existía antes de nuestro nacimiento. Fue creado por nuestros predecesores y entregado a nosotros con sus instituciones, sus recetas y sus tipificaciones. Como tal, este mundo limita nuestras acciones, las constriñe, ofrece resistencias que debemos superar o a las cuales debemos rendirnos, como dice Schutz:

“Me encuentro a mí mismo en mi vida diaria en un mundo pre-organizado que me sobrevivirá, un mundo compartido desde el exterior con semejantes organizados en grupos”⁷.

Otra característica importante del mundo de la vida consiste en que en tal mundo existe una gran cantidad de conocimientos acumulados comunes para quienes viven en un mismo período histórico. En esos conocimientos se encuentran las tipificaciones, las creencias, los conocimientos científicos y técnicos, etc. Los cuales se encuentran biográficamente articulados, es decir, cada persona tiene su particular cantidad y diversidad de conocimientos que constituyen su conocimiento privado.

“El mundo de la vida cotidiana se impone por sí solo y cuando quiero desafiar esa imposición debo hacer un esfuerzo deliberado y nada fácil”⁸.

“El mundo de la vida cotidiana no sólo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente

⁷ Op. Cit. p. 29

⁸ Op. Cit. p. 41

significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en el pensamiento y acciones y que está sustentando como real a éstos”⁹.

Los hechos y los acontecimientos suceden, independientemente de lo que les suceda a las personas internamente, sin embargo, uno tiene conciencia de que los hechos están aconteciendo y no podemos hacer nada para detenerlos o manipularlos. Nosotros vamos estableciendo lo que es nuestra realidad cotidiana, pero además de lo que nosotros vamos definiendo como nuestra realidad, existen las acciones que no dependen de nosotros, que dan vida al mundo de la vida cotidiana. Todo lo real que ocurre en nuestras vidas y también de los elementos que escapan de nuestro control y que van forjando también lo que llamamos la vida cotidiana.

1.2.2 La relación del mundo de la vida con el "Sistema". Desde la perspectiva de Habermas¹⁰, mientras el mundo de la vida representa el punto de vista de los sujetos que actúan sobre la sociedad, el sistema implica una perspectiva externa que contempla la sociedad desde la perspectiva del observador, de alguien no implicado". En el análisis de los sistemas es preciso tomar en cuenta la interconexión de las acciones, así como su significado funcional y su contribución al mantenimiento del sistema. Cada uno de los principales componentes del mundo de la vida (la cultura, la sociedad y la personalidad) tienen sus elementos correspondientes en el sistema. La producción cultural, la integración social y la formación de la personalidad tienen lugar en el nivel del sistema.

El sistema tiene sus raíces en el mundo de la vida, pero en última instancia, desarrolla sus propias características estructurales. Entre estas estructuras figuran la familia, el estado y la economía. A medida que estas estructuras evolucionan se distancian cada vez más del mundo de la vida. Al igual que ocurre en el mundo de la vida, la racionalización en el nivel del sistema implica una diferenciación

⁹ Op. Cite., pág. 46

¹⁰ HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa. Vol. 1. Madrid: Taurus , 1989. p. 15

progresiva y una mayor complejidad. Aumenta también la autosuficiencia de estas estructuras.

Cuanto más poder tienen, más y más capacidad de gobierno ejercen sobre el mundo de la vida. En otras palabras, estas estructuras racionales, en lugar de aumentar la capacidad de comunicación y lograr la comprensión, amenazan esos procesos al ejercer control externo sobre ellos.

- **Integración social (mundos de la vida) e integración del "sistema".** Habermas, tras analizar el mundo de la vida y el sistema, plantea que el problema fundamental de la teoría social es el modo de conectar satisfactoriamente las dos estrategias conceptuales que entrañan las ideas de "sistema" y "Mundo de la vida", denominando a esas dos estrategias conceptuales: "la perspectiva de la integración social" y la "perspectiva de la integración del sistema".

La perspectiva de la integración social se centra en el mundo de la vida y los modos en los que el sistema de la acción se integra por medio de un consenso garantizado normativamente o alcanzado mediante la comunicación. Los teóricos convencidos de que la sociedad se integra mediante la integración social parten de la acción comunicativa y consideran la sociedad como el mundo de la vida. Adoptan la perspectiva interna de los miembros del grupo y emplean un enfoque hermenéutico para poder relacionar su comprensión con la de los miembros del mundo de la vida. La reproducción constante de la sociedad se considera, pues, como un resultado de las acciones realizadas por los miembros del mundo de la vida para mantener sus estructuras simbólicas. Se contempla esta reproducción únicamente desde su perspectiva. Por tanto, lo que se ignora en este enfoque hermenéutico es el punto de vista del que está fuera, así como una percepción de los procesos reproductores que tienen lugar en el nivel del sistema.

La perspectiva de la integración del sistema hace referencia, al sistema y al mundo en que se integra mediante el ejercicio de control externo sobre las decisiones individuales no coordinadas subjetivamente. Los que adoptan esta perspectiva contemplan la sociedad como un sistema autorregulador. Adoptan esta perspectiva externa del observador, (lo que incluye las metodologías cuantitativas de investigación) y esto les impide captar las pautas estructurales que sólo pueden comprenderse hermenéuticamente desde la perspectiva interna de los miembros del mundo de la vida.

De este modo, Habermas concluye que aunque ambas perspectivas tienen algo que ofrecer, ambas tienen serias limitaciones. Sobre la base de su crítica a la integración social y sistémica, Habermas ofrece su alternativa, cuyo objetivo es integrar estas dos orientaciones teóricas y que considera:

La sociedad como un sistema que tiene que cumplir condiciones para el mantenimiento de los mundos de la vida socioculturales. Las sociedades-fórmula son complejos sistemáticamente estabilizados de acción de grupos socialmente integrados y defiende la propuesta heurística de que consideremos la sociedad como una entidad que, en el transcurso de la evolución social, se va diferenciando como sistema y como mundo de la vida.

Tras su declaración de interés tanto por el sistema como por el mundo de la vida, Habermas aclara que también preocupa la evolución de ambos. Mientras ambos evolucionan hacia una mayor racionalización, esta racionalización adopta diferentes formas en el mundo de la vida y en el sistema y tal diferencia constituye el fundamento de la colonización del mundo de la vida.

- **La colonización del mundo de la vida.** Para comprender la idea de colonización es crucial tener en cuenta el hecho de que Habermas considera la sociedad como una entidad compuesta de ambos elementos: el mundo de la

vida y el sistema¹¹. Si bien en las sociedades arcaicas, ambos estaban estrechamente entrelazados, en la actualidad se aprecia una divergencia cada vez mayor entre ellos; se ha "desacoplado". Aunque ambos han emprendido un proceso de racionalización, ese proceso ha adoptado diferentes formas en los dos reinos. Habermas aprecia una relación dialéctica entre el sistema y el mundo de la vida (ambos se limitan y se abren nuevas posibilidades nuevamente), por su preocupación central es el modo en que en el mundo moderno el sistema controla el mundo de la vida. En otras palabras, su interés central es la ruptura de la dialéctica entre el sistema y el mundo de la vida y el creciente poder del primero sobre el segundo.

Habermas compara la racionalización creciente del sistema y del mundo de la vida. La racionalización del mundo de la vida implica un aumento de la racionalidad de la acción comunicativa. Además, la acción orientada hacia la comprensión mutua se libera cada vez más de la constrictión normativa y se basa cada vez más en el lenguaje cotidiano. En otras palabras, la integración social se hace cada vez más posible mediante los procesos de la formación del consenso en el lenguaje.

Pero el resultado de este es el hecho de que las demandas en el lenguaje crecen y llegan a agotar su capacidad. Los medios no lingüísticos (especialmente el dinero y el poder) -que emanan del sistema y se diferencian en él - llenan el vacío y reemplazan, al menos en cierta medida, el lenguaje cotidiano. En lugar de ser el lenguaje el que coordina la acción, el sistema, cada vez más complejo, libera imperativos sistémicos que agotan la capacidad del mundo de la vida que instrumentalizan. Así, Habermas escribe sobre la violencia que ejerce el sistema sobre el mundo de la vida mediante los modos en los que restringe la comunicación. Esta violencia, a su vez, produce "patologías" en el mundo de la vida.

¹¹ MANNHEIM, Karl. Ideología y Utopía. Introducción a la sociología del conocimiento, México: Fondo de Cultura Económica, 1936. p. 145.

- **Perturbaciones o crisis del proceso de reproducción.** En el análisis de Habermas, es interesante el estudio de las perturbaciones de los distintos componentes estructurales; perturbaciones o crisis del mundo de la vida en sus tres dimensiones: cultura, sociedad y personalidad. La crisis de la cultura es la "perdida de sentido", la de la sociedad la "carencia de normas" (anomia), y la de la personalidad las "psicopatologías". Todas ellas tienen en común una racionalización, una colonización sistémica del mundo de la vida.

Habermas enmarca este desarrollo dentro de su visión de la historia del mundo: El enorme desacoplamiento del sistema del mundo de la vida constituía una condición necesaria para la transición de las sociedades estratificadas en clases del feudalismo europeo a la sociedades de clases económicas de los inicios del periodo moderno; pero la pauta capitalista de la modernización está marcada por una deformación, una reificación de las estructuras simbólicas del mundo de la vida bajo los imperativos de los subsistemas que se diferencian a partir del dinero y el poder y que se convierten en autosuficientes.

1.3 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ENFOQUES Y CONCEPTOS

La participación es un término que ha tenido diversas acepciones y ha estado marcada por diversos factores como la inserción de sectores de la población excluidos de los beneficios sociales, los procesos de modernidad, la transformación institucional de los Estados, la democratización, etc.

En la década del 60, en América Latina, la participación fue concebida como el mecanismo a través del cual se contribuía al logro de una sociedad más moderna. Los teóricos de la marginalidad calificaron la participación como el instrumento más apropiado para lograr la incorporación de los sectores marginados de las sociedades latinoamericanas a la dinámica del desarrollo.

En efecto, las sociedades latinoamericanas son concebidas como una amalgama de estructuras sociales, políticas y culturales, en la que coexisten dos sectores claramente diferenciados: por un lado, los llamados sectores modernos y, por otro lado, los marginales. Estos últimos constituyen un grupo culturalmente tradicional que no participa de los beneficios de la vida moderna, es decir que están al margen del sistema, no están integrados a él y que no pueden convertirse en agentes de transformación de la sociedad porque son portadores de un conjunto de valores tradicionales que les impiden acceder al mundo moderno. En esa medida, no son receptores de bienes y servicios de la sociedad ni contribuyen a la toma de decisiones para forjar la sociedad global y su desarrollo.

La posibilidad del acceso de los marginados al sistema pasa necesariamente por crear los mecanismos para incorporar esa masa de población a los beneficios del mundo moderno. En esa perspectiva, la participación debe ser entendida como el proceso mediante el cual, los grupos marginales son incorporados a la vida moderna y contribuyen de esa forma a la integración de la sociedad. El marginado constituye fuente de procesos desestabilizadores del orden social. El camino, entonces, es lograr que cumplan un papel integrador mediante la participación en la toma de decisiones.

Desde la década del 60, la puesta en marcha de programas de promoción e integración popular fue una estrategia utilizada en América Latina y también en Colombia por distintos agentes sociales como el Estado, la Iglesia y cierto tipo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) que vieron la participación ciudadana como el antídoto a la marginalidad, como el camino mediante el cual esos sectores podían ser adaptados culturalmente al sistema social.

Otras interpretaciones de la participación, nos ubican en la década del 70, cuando ganó terreno no sólo a nivel de los discursos, sino también de la instauración de

espacios de intervención de la comunidad. De allí que se hayan presentado diversas alternativas de interpretación de la participación.

En primera instancia, aparece ligada a la irrupción de las protestas ciudadanas que demandaban una real representatividad del sistema democrático y una mayor eficacia del Estado. La crisis de representatividad se expresaba en la poca incidencia de los órganos de representación frente al gobierno y al creciente burocratismo estatal; por su parte, la ineficacia del Estado se reflejaba en su escasa o nula capacidad de respuesta a las crecientes necesidades de la población.

La participación apareció entonces como una de las vías para enfrentar la crisis, como “una alternativa para la construcción de consenso y como un medio para contener la discrecionalidad de la burocracia”¹².

En segundo lugar, se vio la participación como el medio que permitiría descargar al Estado de sus obligaciones y responsabilidades y cederlas a las organizaciones privadas o paragubernamentales. Desde este punto de vista, la participación se convertía en el instrumento mediante el cual otras instancias u órganos asumirían el papel del Estado y llevarían a la población a intervenir en la satisfacción de las necesidades no suplidas.

La participación también ha sido vista desde los presupuestos de la modernización del Estado en el sentido de que se debían crear un nuevo reracionamiento entre éste y la sociedad civil a partir de la formulación de políticas, programas de desarrollo, en la iniciativa, en la concertación y fiscalización.

¹² CUNILL, Nuria. Participación Ciudadana. Dilemas y Perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos. Caracas: CLAD, 1991. p.11

En Colombia, la participación se concibe a partir de la reforma municipal de 1986 y se consagra como el principio fundamental de la constitución de 1991, erigiéndose como un componente esencial en la construcción de la democracia en Colombia, a partir del cual se han generado desarrollos legislativos de la Carta Política, que dan cuenta de los canales y mecanismos de participación en los distintos ámbitos de la vida nacional¹³.

En ese sentido, el país posee actualmente un conjunto importante de normas que traducen el espíritu de la Constitución¹⁴ en todo lo relacionado con la intervención de los ciudadanos en la vida pública. Sin embargo, el camino por recorrer para que estos últimos se apropien y hagan uso de estos instrumentos es aún bastante largo y complejo, en tanto no sólo se requiere su divulgación y conocimiento, sino la transformación de los valores políticos y culturales de los ciudadanos y su concientización sobre el papel que deben cumplir en el ejercicio de la democracia.

Precisamente, las reformas político-administrativas realizadas en Colombia en las últimas dos décadas originaron cambios importantes en la vida de los municipios. Estas transformaciones tienen relación con la asignación de nuevas funciones y competencias a los municipios, la modificación de las relaciones intergubernamentales, especialmente entre el gobierno central y los gobiernos locales y la intervención de las comunidades en la gestión municipal mediante instrumentos y canales de participación. Como consecuencia de tales reformas, los gobiernos locales se han visto obligados a modificar los estilos de gestión no solo en términos del manejo de recursos, sino de las relaciones con la sociedad local.

¹³ GAITAN, Pilar y MOREÑO, Carlos. Poder local. Realidad y perspectiva de la descentralización en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo, 1991. p. 94-157.

¹⁴ LURDUY, José. Mecanismos de Participación Ciudadana y Comunitaria. Parcomún. Santafé de Bogotá: 1993. p. 145-189.

En el ámbito de la gestión municipal, el propósito es proporcionar a los distintos sectores de la población los satisfactores de sus respectivas necesidades de bienes de consumo individual y colectivo y estimular las potencialidades de desarrollo local.

Cuando se hace referencia a la gestión, se está hablando de un proceso de toma de decisiones, a través del cual se determina el futuro de una localidad, en términos de su desarrollo. En ella intervienen criterios de carácter técnico: para el desarrollo de la gestión los municipios cuentan con una estructura institucional de apoyo conformada por normas, competencias, procedimientos, estructuras administrativas, recursos humanos y económicos, etc., cuya articulación permite a las autoridades y a los funcionarios municipales atender las necesidades y demandas de la población.

Pero, por otra parte, las decisiones son tomadas atendiendo al juego de influencias de las distintas fuerzas sociales y políticas sobre las instancias de poder local. La gestión municipal es política en la medida en que intervienen grupos que representan intereses individuales y colectivos diversos, los cuales constituyen reglas de juego, establecen relaciones entre sí y desempeñan distintos roles en los procesos de decisión. En ese sentido, la gestión municipal no debe entenderse únicamente como la habilidad gerencial para administrar recursos sino como la capacidad para negociar las decisiones y resolver los conflictos.

La intervención de las comunidades es un ingrediente, hoy en día, fundamental de los procesos que se desenvuelven en el ámbito local tanto desde la perspectiva jurídica como social.

La participación se ha convertido en un aspecto central y prioritario de la vida de los municipios. En términos normativos puede encontrarse un cúmulo de leyes y decretos que expresan la importancia y la necesidad de involucrar a la comunidad

en la gestión municipal. Esa normatividad implica un proceso de asimilación y uso de los mecanismos y canales de participación en las actividades destinadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades.

La participación es un instrumento clave para contribuir a la solución de los problemas más acuciantes a nivel local y para la realización de una gestión más democrática, eficiente y eficaz. Sin embargo, esta referencia se relaciona a la cuestión de la gobernabilidad, es decir al manejo que las autoridades hacen de la institucionalidad estatal y de las relaciones entre la sociedad civil y el Estado para satisfacer las demandas ciudadanas y lograr los grandes propósitos del gobierno. Alude, por tanto, a la capacidad del sistema político para lograr objetivos comunes y tomar las decisiones correctas; a su legitimidad en tanto representante de intereses comunes; al manejo del conflicto en el marco de reglas democráticas; al conocimiento de la imagen que los ciudadanos se hacen de su gobierno y de las instituciones políticas; en fin, al estímulo y fomento de canales de participación ciudadana y a la disponibilidad de los distintos sectores sociales para apropiarse y hacer uso de ellos.

1.3.1 El concepto de participación. Para efectos de alumbrar el proceso de intervención referenciado como práctica con líderes en el sector de la salud, el término participación alude a “una forma de intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas en forma de actuación colectiva con una cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos”¹⁵.

¹⁵ GONZALEZ, R. Esperanza y DUQUE, P. Fernando. La elección de Juntas Administradoras Locales de Cali. En: Revista Foro. No. 12. Bogotá: 1990. p. 78

En este sentido, la participación entendida como intervención directa o indirecta de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas, es un proceso social que genera la interacción o relacionamiento de diferentes actores (individuales o colectivos) en la definición de su destino colectivo.

Esa interacción involucra por tanto, relaciones de poder que se presentan en todos los espacios donde se despliegan relaciones humanas y que tienen una incidencia mayor o menor según los intereses, las valoraciones y las percepciones de los implicados en la interacción. Es importante indicar que estas expresiones de poder generan tensiones y conflictos que pueden tener un efecto positivo o negativo en los procesos de participación.

Un ciudadano participa cuando se ve afectado por una decisión o una medida tomada en el municipio, barrio, localidad, departamento, etc, o cuando desea concretar un deseo, un proyecto. Por ejemplo un usuario del acuerdo interviene cuando se siente afectado por el aumento de las tarifas del servicio. Su participación puede ser de diversa índole, pero él actúa en función de sus intereses y demandas y con el objeto de mejorar su situación. Los ciudadanos actúan a partir de sus necesidades y del interés que tengan para resolver un problema o para hacer realidad una aspiración. La solución que se le dé a los problemas está mediada por las motivaciones, expectativas e intereses de los individuos.

1.3.2 Los tipos de participación. Desde el punto de vista de los tipos de participación¹⁶, es preciso distinguir aquellos que operan en la esfera privada de los que se desarrollan en el ámbito de lo público. Entre los primeros están la participación social y la comunitaria. La primera se refiere al proceso de

¹⁶ GONZALEZ, R. Esperanza, Manual sobre Participación y organización para la gestión local, Foro Nacional por Colombia. Cali, 1995, págs., 18-20

agrupamiento de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses. Mediante este tipo de participación se configura progresivamente un tejido social de organizaciones que puede ser instrumento clave en el desarrollo de otras formas de participación, especialmente en la esfera pública. Es el caso, por ejemplo de la organización de grupos de jóvenes, de mujeres, etc., para la búsqueda de mejores condiciones de vida, para la defensa de sus intereses, etc.

La participación comunitaria, alude a las acciones ejecutadas colectivamente por los ciudadanos en la búsqueda de soluciones a las necesidades de su vida cotidiana. Estas acciones están vinculadas directamente al desarrollo comunitario y pueden contar o no con la presencia del Estado. Las acciones emprendidas por los comités pro-pavimentación, pro-acueducto, las actividades encaminadas a la creación de centros comunitarios, de la construcción de casetas, son ejemplos de participación comunitaria.

Los tipos de participación que se desenvuelven en el ámbito de lo público, son la participación ciudadana y la participación política.

La participación ciudadana se define como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública en función de intereses sociales de carácter particular. La representación de los usuarios de los servicios en las juntas directivas de las empresas públicas, los comités de veeduría, las juntas administradoras locales, son escenarios de participación ciudadana.

La participación política, es la intervención de los ciudadanos a través de ciertos instrumentos (el voto, por ejemplo) para lograr la materialización de los intereses de una comunidad política. A diferencia de la participación ciudadana, aquí la acción individual o colectiva se inspira en intereses compartidos y no en intereses particulares. Pero, al igual que ella, el contexto es el de las relaciones entre la

sociedad civil y el Estado. Los ciudadanos que votan, promueven e intervienen en consultas, referendos, cabildos abiertos, etc., están participando políticamente.

1.3.3 Los niveles de Participación¹⁷. No todo proceso participativo tiene el mismo alcance y para poder comprender mejor las acciones de intervención de los individuos y grupos, es necesario examinar los niveles en que se desenvuelven. A este respecto pueden distinguirse los siguientes:

- *Información:* Es el conjunto de datos, hechos, nociones y mensajes a través de los cuales los participantes conocen e interpretan una situación y adquieren elementos de juicios para su conducta.
- *Consulta:* Es el procedimiento mediante el cual los participantes opinan sobre todos o algunos de los aspectos de un problema o situación. Esa opinión constituye un elemento de juicio para la toma de decisiones.
- *Iniciativa:* Es la formulación de sugerencias por parte de los agentes participantes destinadas a resolver un problema o transformar una situación.
- *Fiscalización:* Es la vigilancia que ejerce una persona o un grupo sobre el cumplimiento de las decisiones tomadas.
- *Concertación:* Es el acuerdo mediante el cual dos o más personas o grupos de una colectividad definen la solución más conveniente para un problema y los medios para ejecutarla.
- *Decisión:* Es la adopción de una idea o de una forma de actuación sobre un problema, escogida a partir de la formulación de dos o más alternativas.

¹⁷ Op. Cit. p. 20-21

- *Gestión:* Es el máximo nivel de participación y se relaciona con el manejo de un conjunto de recursos de muy diversa índole, destinado a ejecutar las acciones necesarias para obtener un resultado final (manejo de una situación, solución de un problema, satisfacción de una necesidad o aspiración).

A medida que se progresa en esa escala, el proceso participativo se hace mas complejo y exigente, pues implica para el participante llenar una serie de requisitos y condiciones de muy diversa índole (conocimientos, experiencia, autonomía, conciencia de intereses, capacidad de liderazgo, capacidad de gestión, etc) y hacer uso de diferentes instrumentos, especialmente capacidad de convocatoria, manejo de grupos, identificación de estrategias, administración de recursos, etc.

1.3.4 La participación y organización comunitaria, como eje fundamental para la gestión de las comunidades. El concepto de organización y participación comunitaria es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a la vez una parte esencial de todas las sociedades humanas.(Arias Herrera, H 1995), sin embargo, la idea de que este proceso lo puedan promover agentes ajenos a la comunidad es un concepto relativamente moderno. En la década de los años 50 se comenzó aplicar esta idea como desarrollo de las comunidades o promoción social para mejorar la calidad de vida. Estos programas tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió a las instituciones locales organizarla y promocionarla.

En al década de los años 70 se introdujeron nuevas estrategias para la organización y desarrollo completo e integral de las comunidades, pero aunque

tuvieron resultados en algunos sectores, no se pudo lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materia de salud principalmente.

La participación y organización de la comunidad significa que todos los actores sociales toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas, que adquieran un sentido de responsabilidad con respecto al bienestar de la comunidad.

En última instancia se busca llegar al momento en que la participación social quede establecida como una cultura, es decir, como fundamento de las formas de relación producción, creación, y reproducción de la sociedad, establecida a todo nivel al ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera normal de relacionarse.

En el contexto actual hay que asumir la organización y participación comunitaria en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Por esto estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen de una manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo comprendido en relación con una visión de bienestar definido por la propia comunidad, en donde la intencionalidad de la participación social se comprenda necesariamente en su propósito de transformar las relaciones sociales y socializar la cultura.

1.3.5 Las redes como estrategia de organización y movilización¹⁸. El ser humano está inmerso en múltiples redes sociales que lo han constituido como

¹⁸ DABAS, Elina y NAJMANOVICH, Dense. Redes el lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós. p. 203-204-344.

sujeto social interdependiente. Cada sujeto se mueve en ámbitos como la familia, el trabajo, el barrio, el colegio, la vereda, las asociaciones y organizaciones comunitarias, cada uno con sus propias reglas y fines. En todos estos espacios al producirse interacciones se construyen relaciones que a su vez “hacen”, “urden” el tejido social. Se puede afirmar con Dense Najmanovich que “El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de la sociedad”.

En las últimas décadas el tejido social compuesto por las redes de relaciones entre los sujetos, se ha visto fuertemente afectado, en virtud de complejos procesos políticos, económicos y sociales que han ocurrido o están sucediendo. Lo anterior se ha convertido en un tema de amplia discusión académica y social, debido a los cambios que han producido los avances tecnológicos, al generar grandes y rápidos flujos de información entre amplias distancias geográficas, lo que permite hablar hoy de la era de la “información o de la sociedad red”. Se trata de un nuevo modo de organización social que abarca cambios en lo económico, político, y cultural.

Las redes se han configurado en un campo de desarrollo para múltiples aspectos: están las redes de redes como el Internet, pero también se habla de redes de servicios públicos, de redes de usuarios, o de redes de prevención de desastres entre muchas otras. En el caso del desarrollo social, se habla de redes sociales, y por eso, el “trabajo en red” significa un marco teórico y práctico para asumir el cambio social. Ya sea desde el Estado, la empresa privada o como líder comunitario, se trata de asumir la tarea de consolidar redes sociales, por que entre más densa sea la trama de redes de relaciones sociales, cuanto más articuladas estén, la sociedad tendrá mayor capacidad para respetar las diferencias, para acceder al reconocimiento mutuo, para desplegar la solidaridad, y para evitar la acumulación disruptiva de problemas. Esto es estratégico para democratizar la sociedad y para estabilizar la convivencia.

La perspectiva en red, involucra aspectos novedosos y efectivos, que no tenían en cuenta antiguas formas de organización y gestión, tales como: la manera de tomar decisiones, de circular la información, la articulación de otros sectores. Aprovechar el enfoque del trabajo en red, es aumentar las posibilidades de atender efectivamente las necesidades de las comunidades, el trabajo en red es juntarse con otros con quienes se comparte un propósito, para sumar voluntades y esfuerzos en procura de alcanzarlo, es una actitud de querer interactuar con otros, de querer establecer vínculos con otros.

Este enfoque ha sido desarrollado desde diferentes disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología, entre otras, su trabajo ha apuntado a comprender las relaciones sociales de los sujetos para, a partir de ello, actuar sobre ellas. La psicología desde su perspectiva de red se propone tener un total conocimiento y considerar, el contexto de un individuo para encontrar las diferentes problemáticas que se presentan, identificar los actores relevantes y el tipo de interacciones que establecen.

Para gestionar el desarrollo social una red puede ser comprendida como un espacio de reflexión, investigación, discusión y acción sobre un tema determinado, en el cual se vinculan personas e instituciones para trabajar un área de énfasis particular y de interés común. En este sentido, una red debe ser entendida como una puesta organizativa, en la que sus miembros voluntariamente acuerdan interactuar para alcanzar uno o varios propósitos predefinidos.

Las redes se pueden clasificar dependiendo de criterios de integración y unión tales como:

- *Por áreas de atención:* Economía popular, derechos humanos, vivienda, educación, población medio ambiente.
- *Por población objetivo:* Niños, jóvenes, mujeres.

- *Por la naturaleza de la organización:* Redes privadas, redes de entidades públicas, redes mixtas.
- *Por la cobertura geográfica:* Redes internacionales, nacionales, regionales, sub regionales, locales, etc.

Las redes al constituirse como formas organizativas, tienen maneras específicas de operar, lo que se refleja tanto en su estructura organizacional como en las relaciones que se dan entre sus partes.

Los principales elementos que la conforman son unos NODOS y unos LAZOS (que unen dichos nodos) y que conforman un tejido específico. Los nodos son las organizaciones o personas que funcionan como centros de recepción y envío de información en doble dirección: hacia su interior, es decir para los miembros (personales o institucionales que lo constituyen) y hacia el exterior, es decir para los otros nodos que conforman la red. El tipo de relaciones (los lazos) entre sus miembros, determina si las redes son: horizontales (a manera de red de pesca o una telaraña), amorfas donde existan personas e instituciones que formen nodos, verticales y centralizadas como hilos de un titiritero. Todo depende de la naturaleza de la red, de los principios que la rijan y del objetivo que se persiga.

Las redes han constituido un cambio significativo en la manera en que los sujetos se juntan para interactuar por objetivos comunes, por que generaron novedosas maneras de democratización de la información y de la toma de decisiones, así como dinamizaron la participación activa y la comunicación real entre los diversos miembros de las organizaciones. Para garantizar que un ejercicio de red sea sustentable, que permanezca de manera sostenida en el tiempo, es preciso planear y ejecutar el trabajo de una red a partir de los siguientes elementos:

- *El contrato fundacional:* Es la base sobre la cual se edificará la red, requiere de diálogo y concertación para que se de un lenguaje común, unos objetivos y normas consensuadas.
- *La flexibilidad:* Se trata de llenar de sentido “el organigrama de la red más desde lo necesario para alcanzar el objetivo, que a partir de cargos prediseñados.
- *La estrategia:* retrata de definir mediante qué procedimientos operativos se van a lograr los propósitos o resultados esperados.
- *La capacidad de acción y de generar resultados:* La gestión por resultados es un arma para lograr la sustentabilidad de un trabajo en red.
- *Buena comunicación:* Debe ser pensada con la posibilidad de suplir las necesidades de interrelación entre los miembros, pero además como una estrategia de interacción con el medio externo.

Liderazgo situacional. Es encontrar quien puede impulsar un trabajo en red.

La red en muchos casos es la posibilidad de gestar un plano de consistencia donde la organización fija y estereotipada ceda su dominio a procesos de creatividad e intervención. Puede ser una estrategia para gestionar los riesgos a que se ven expuestos los sectores más vulnerables de nuestra sociedad al posibilitar otro instrumento para el arsenal de las políticas de control y disciplinamiento, también se puede desarrollar como alternativas para que los riesgos sean enfrentados con un política que mantengan vigente principios de ciudadanía, libertad y justicia.

En un Universo de la red, el punto de partida es un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en interacción que no niegue el conflicto sino que reconozca la diferencia como la única vía hacia la evolución.

Este es el enfoque que se considera pertinente para la intervención de la acción profesional a desarrollar en la Provincia de García Rovira, por que maneja el concepto de red como proceso de construcción permanente, tanto en lo individual como en lo colectivo, proceso simultaneo que no se puede separar, que el uno depende del otro, que el uno influye en el otro y al asumir lo individual se asume lo colectivo y al asumir lo colectivo se asume lo individual.

Desde los conceptos de Carlos Sluzky como red social, el líder se descubre en el mismo, como están sus vínculos, como ha construido su propia red como líder, y como se apropia de la realidad de sus organización respecto al contexto.

El abordar las redes desde el si mismo (yo individual) para llegar al contexto (yo contextual), facilita la comprensión de la problemática y el cambio social de la misma, desde lo individual y lo colectivo como un solo proceso que desde la comprensión y del cambio busca en la intervención - acción la construcción de la problemática abordada como tarea del investigador.

La estrategia en red busca mayor participación y apropiación del proceso y de los resultados por parte de la comunidad involucrada. En este caso se debe tener claro que debe ser construida en una acción –reflexión critica, dirigida a que los sujetos de la acción, se apropien del conocimiento de su realidad, a través del análisis y el estudio de las transformaciones grupales y colectivas, que van teniendo lugar a lo largo del proceso donde el hombre se transforma y transforma su entorno, por lo tanto se ve así al sujeto con capacidad de acción y poder transformador, con capacidad para discernir, organizar, planificar procesos que

favorezcan y apoyen la participación activa de las comunidades, en una perspectiva democrática y de autogestión.

La intervención propuesta en este estudio, tiene que ver con la transformación y fortalecimiento de grupos humanos que pasan a ser los líderes de su propio cambio; tiene que estar a su vez al servicio de la colectividad; tiene que ser facilitadora de procesos formativos en donde los individuos aprendan a resolver sus problemas y necesidades y ayuden a planificar su vida. La participación en este proceso no es una posibilidad que se da a la comunidad, sino hace realidad el derecho de todos a ser sujetos de historia, o sea, sujeto de los procesos específicos que cada grupo va llevando adelante. La meta es que la comunidad vaya siendo la auto gestora del proceso, apropiándose de él, y teniendo un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) de él.

El objeto final de la intervención es la transformación de la realidad social en beneficio de las personas involucradas; operar al interior del sistema vigente, generando procesos que impliquen el fortalecimiento de las comunidades, con conciencia de deberes y derechos ciudadanos, que vincule a los centros de poder local, asumiendo y/o compartiendo el control de las decisiones con relación a los problemas o necesidades sentidas. Políticamente, las comunidades pueden generar desarrollo y transformación a partir de la planificación, ejecución y control en la solución de sus necesidades vinculándose e interrelacionándose con los demás actores sujetos del proceso, que tengan injerencia, toma de decisiones y/o poder en la satisfacción de las necesidades y el entorno.

1.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desde mediados de los años 80 del siglo XX la Promoción de la Salud (PS) ha sido ampliamente reconocida como corriente innovadora en el campo de la salud y referente internacional, tanto así que, pese a las diferentes orientaciones teóricas que se han propuesto y las diversas modalidades que ha adquirido su concreción práctica, hoy en día nadie discute acerca de la importancia que tiene para la labor sanitaria, si bien se admite la necesidad de adelantar procesos sistemáticos que permitan una evaluación seria de sus resultados..

Este reconocimiento se evidencia en la sucesión de Conferencias Internacionales que, desde 1986, han brindado las orientaciones generales en el campo de la Promoción de la Salud y han servido como referentes fundamentales para erigirla como un derrotero a seguir. De hecho, las grandes organizaciones sanitarias internacionales, así como una gran cantidad de países, han creado estructuras institucionales para su desarrollo y han reorganizado su propia labor incorporando los lineamientos emanados de dichas Conferencias Internacionales así como los avances en la investigación y en la puesta en práctica de experiencias específicas en promoción¹⁹.

Sin embargo, el gran despliegue que ha tenido y el arduo trabajo teórico y operativo que se ha desarrollado a su alrededor no ha eximido a la Promoción de la Salud de cierta ambigüedad en el abordaje y de la presencia de algunos equívocos frente a su misma definición y puesta en marcha.

En este sentido, se resalta la confusión que, por momentos, se ha tenido entre la promoción de la salud y la acción preventiva, lo cual ha llevado a

¹⁹ ARROYO H. La promoción de la salud en America Latina: modelos, estructuras y visión crítica.

menospreciar su importancia, a refrenar sus potencialidades y equipararla con la educación sanitaria lo cual, a su vez, ha llevado a limitar los alcances de la acción promocional.

Con todo esto, cada vez es más claro que la Promoción de la Salud adquiere una consistencia propia ligada a las nociones de bienestar y calidad de vida y es asumida como un proceso social y político que posibilita la construcción colectiva de la capacidad para proteger y mantener la salud de las poblaciones.²⁰

Ahora bien, al intentar sintetizar las diversas definiciones que se han elaborado en los últimos años, se le puede caracterizar desde tres acepciones diferentes, pero complementarias:

1. Como una orientación de política sanitaria a nivel internacional que busca intervenir sobre el entorno y modificar los estilos de vida posibilitando con ello que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
2. Como un conjunto de acciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud manteniendo o mejorando, de ese modo, su «estado de salud».
3. Como una dimensión del trabajo en salud, que toma como eje la salud en sentido positivo –y no la enfermedad- y tiene por objeto mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y las poblaciones.

Tomando como base estas acepciones, se hace entendible el por qué la

²⁰ RESTREPO H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable. Edit. Médica Panamericana, Bogotá 2001

Promoción de la Salud se ha planteado, a veces indiscriminadamente, como dimensión, como estrategia, como proceso o como conjunto de acciones.

En la actualidad, se puede decir que la visión que más peso tiene es aquella que la entiende como un referente general para las políticas de salud y estrategia fundamental de la acción sanitaria. Como estrategia, la Promoción de la Salud está encaminada a proporcionar a los pueblos los medios necesarios y suficientes para mejorar su salud y ejercer un efectivo control sobre la misma y, como lo señala Nutbeam, “La promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social”²¹.

Entre los principios centrales de la Promoción de la Salud cabe señalar, por su importancia, los siguientes: la labor de la Promoción de la Salud implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana; se centra en la acción sobre los determinantes de la salud; combina métodos diversos y complementarios para incidir tanto a nivel de los individuos como de las políticas públicas y aspira a la participación efectiva de la población.

Esto implica que toda acción en Promoción de la Salud exige un planteamiento frente a los determinantes de la salud y de manera habitual, los profesionales del área de la salud adoptan el esquema del campo de salud donde se mencionan cuatro grandes categorías de determinantes: el componente biológico, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas sanitarios (asistenciales). Sin embargo, se ha reconocido que este esquema tiene algunos problemas y, en la práctica,

²¹ NUTBEAM D. Glosario de Promoción de la Salud. En Promoción de la Salud una antología. Washington, D.C. OPS. Publicación científica No. 557, 1996, pp.383-403

ha llevado a dos grandes distorsiones: por un lado, ha permitido que el componente de los estilos de vida se magnifique y desfigure hasta el punto de favorecer una visión descontextualizada de los factores de riesgo individuales que llega a «culpabilizar a la víctima» e imposibilita una comprensión de la significación potencial de los procesos que operan sobre la salud a nivel colectivo. Por otro lado, y a pesar de su expreso intento por trascender esa visión, ha seguido fortaleciendo la mirada de la salud desde el referente de los servicios asistenciales a la enfermedad

Es por ello que se han planteado grandes discusiones frente a la Promoción de la Salud y se han ido formulando diversos esquemas para su abordaje, con el propósito explícito de superar estas distorsiones y lograr que supere definitivamente el concepto biomédico de salud y dirija su accionar a la construcción de opciones saludables para la población en general.

En lo que hace referencia a la manera como se ha intentado darle concreción, vale la pena recordar que la Carta de Ottawa (1986) estableció las bases que han servido de marco de referencia para la acción y definió cinco áreas de actuación que, hasta el momento, han guiado la labor de la Promoción de la Salud.

Estas cinco áreas son: la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes que favorezcan la salud, el desarrollo de las habilidades personales, el refuerzo a la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

A partir de este planteamiento inaugural, la labor emprendida ha intentado transformar en propuestas más concretas estas orientaciones. En lo que atañe a la formulación de políticas públicas saludables, este tema fue el eje central de la Segunda Conferencia Internacional sobre

Promoción de la Salud (Adelaida, 1988) y desde entonces se ha convertido en uno de las más importantes tópicos de trabajo en Promoción..

Las otras áreas también han sido desarrolladas pero, hay que reconocerlo, de manera bastante desigual. El tema de los entornos saludables fue abordado como eje central de la Tercera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud (Sundsväl, 1991) y las propuestas que más amplio reconocimiento han tenido tal vez sean las de Ciudades saludables y Escuelas saludables mientras que, con la paulatina participación de los países pobres, el tema de la equidad en salud se ha convertido en tema fundamental.

Pero si bien la perspectiva de la Promoción de la Salud como estrategia internacional ha primado y, en gran medida, ha subsumido las otras acepciones, internamente dos aspectos siguen siendo motivo de tensión: por un lado, la articulación de la tercera manera de entender la Promoción de la Salud arriba señalada frente a las otras dos y, por otro lado, la articulación del trabajo que busca transformaciones sociales con el que se enfoca en el cambio de los comportamientos individuales.

La manera en que se han intentado resolver estas tensiones, además de otras, ha sido privilegiando (y reforzando) un discurso general acerca del vínculo entre Promoción de la Salud, equidad y desarrollo, asumiendo que su objetivo es crear las condiciones que garanticen el bienestar general de los pueblos y permitiendo el despliegue de múltiples trabajos de alcance diverso.

De esta manera, si bien cierta ambigüedad permanece, tácitamente se asume que la Promoción de la Salud recoge la labor preventiva y que la labor del cambio comportamental y de los estilos de vida debe ser

complementaria (y armonizada) con la labor que busca cambios significativos en la sociedad.

A la dinámica misma de desarrollo de los diversos trabajos se le ha venido agregando, como criterio orientador, por lo menos para el caso de América Latina, el reconocimiento de la imposibilidad de restringir, en un marco único, la riqueza de la Promoción de la Salud en la Región.. De esta manera, se admite la necesidad de desarrollar marcos múltiples para el desarrollo conceptual y metodológico de la PS .

La Promoción de la Salud en Colombia

En Colombia, el discurso de la Promoción de la Salud empezó a cobrar vitalidad a comienzos del decenio de los noventa, cuando se recogieron los principios formulados en la Carta de Ottawa y se enunciaron como parte de la política de salud, bajo la programática de los “municipios saludables”. Este vínculo entre Promoción de la Salud y municipios saludables es señalado de manera explícita por el Ministerio de Salud de la época pero también queda de manifiesto en la Declaración para la Promoción de la Salud que fue adoptada por los participantes del Foro sobre Descentralización y Municipios Saludables, llevado a cabo en la ciudad de Santafé de Bogotá en diciembre de 1991, donde se identifican a las “políticas saludables”, los “estilos de vida”, el “ambiente”, la “participación comunitaria”, las “desigualdades en salud” y la “convivencia, solidaridad y democracia” como los campos de acción de la Promoción de la Salud”.²²

De manera más clara y con una legitimad aún mayor, el discurso de la Promoción de la Salud fue impulsado con la realización de la Conferencia

²² ESLAVA JC. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. Revista de Salud Pública 2002

Internacional de Promoción de la Salud en Bogotá, a finales del año 1992. Allí se estableció como tema central (y requisito fundamental) el logro de la equidad y se planteó como el gran desafío de la Promoción de la Salud en la América Latina la transformación social que posibilite conciliar los intereses económicos con la búsqueda del bienestar y la equidad social..

Pese a este claro llamado, la orientación de la Promoción de la Salud se vio alterada debido a los efectos de la reforma sectorial de salud que se formuló a finales del año 1993. Dicha reforma transformó el sector a partir de un esquema de aseguramiento que creó instituciones aseguradoras, redefinió el papel de las instituciones prestadoras de servicios y creó paquetes básicos de servicios. En este contexto, se ubicó a la Promoción de la Salud como una función importante a ser desarrollada pero según un esquema organizativo que dividió tajantemente las acciones colectivas de las acciones individuales y que originó no pocas dificultades.

De esta manera, el nuevo Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) estableció condiciones, recursos y espacios para el desarrollo de la Promoción de la Salud y en particular, la formulación de un Plan de Atención Básica (PAB) con varias líneas de acción que abrió posibilidades para el desarrollo de actividades dirigidas a las colectividades que fuesen articuladas desde el ámbito territorial. Mientras que, por otra parte, la creación de las Empresas Promotoras de Salud mostró un cierto interés por asegurar que acciones de Promoción de la Salud se pudieran implementar en la acción frente a los individuos

Desde la normatividad emitida a partir del año 1997, se definieron una serie de servicios, procedimientos y suministros que el SGSSS debe garantizar a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud. Estos incluyen acciones de Promoción de la Salud

que las aseguradoras deben ofrecer a la población afiliada, en los grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, y la tercera edad, y en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, la convivencia pacífica y la salud mental.

De ésta manera, y ya dentro del SGSSS, la PS empezó a ligarse de manera muy fuerte con una orientación de trabajo de educación para el cambio de comportamientos y, bajo el criterio de que la salud y la enfermedad son inseparables, se adoptó un enfoque que, si bien formalmente, vio la Promoción de la Salud de forma complementaria a la acción preventiva, en el desarrollo práctico la fusionó con la prevención. De hecho, en nuestro medio se acuñó la expresión “promoción y prevención” cuya unión, representada sintéticamente por la sigla P&P, intenta resolver -aunque de hecho lo oculta- el problema teórico, conceptual y operativo que subyace en la diferenciación de estos dos ámbitos de acción.

De esta manera, si bien la Promoción de la Salud en el SGSSS intentó recoger la tradición que viene desde la Carta de Ottawa, reforzada por la Declaración de Santafé de Bogotá, al desplegarla en acciones prácticas le dio un énfasis al componente que tiene que ver con el desarrollo de aptitudes personales y los cambios en los comportamientos individuales. Y asociado a ello, le otorgó una orientación preventivista a la acción promocional, de tal manera que las acciones de P&P quedaron inscritas en una estrategia de información, educación y comunicación que estimula la construcción de hábitos saludables referidos al control de factores de riesgo y favorece la educación para el buen uso de los servicios preventivos, como mecanismo de inducción a la demanda.

Este énfasis explica el por qué la Promoción de la Salud tiene una específica orientación en la labor cotidiana de los profesionales de salud

y el por qué, por momentos, resulta difícil aplicar toda la riqueza del trabajo en Promoción de la Salud dentro del esquema forjado por el SGSSS. El reto que se tiene, por tanto, es abrir las posibilidades para que se lleve a cabo un adecuado y efectivo trabajo promocional dentro de un contexto que, por tradición local, ha pensado más en prevención que en promoción.

En los últimos años ha surgido en el país la necesidad de revisar la manera como el SGSSS aborda la labor de P&P y de propiciar una regulación más precisa de la PS, dado que, tal como se ha venido afirmando en algunos escenarios, no se han definido de manera clara estándares básicos de calidad y cobertura que caractericen el tipo de servicios en materia de promoción de la salud a los que tienen derecho los usuarios del SGSSS.

Podría decirse que esta necesidad ha sido, en parte, fruto de los discusiones internas hechas por el Ministerio de la Protección Social referidas a la evaluación del sistema de aseguramiento y, en parte, resultado de una realidad obstinada que permanentemente pone en evidencia importantes problemas de calidad, oportunidad y eficiencia en la labor de cada uno de los actores institucionales del complejo SGSSS.

Aquí es fundamental mantener como referente la idea de la PS como una dimensión del trabajo sanitario cuyo centro está en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula de múltiples formas con la acción preventiva y que combina acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Con todo, en un contexto de aseguramiento que fundamentalmente

piensa en acciones orientadas al individuo, se ha de asumir la llamada información, educación y comunicación como una estrategia central de la PS, pero acompañada de otras estrategias como el empoderamiento de las comunidades, el mercadeo social y la acción intersectorial.

En este sentido, es necesario convencer a las Empresas Promotoras de Salud-EPS que, aún en el contexto del SGSSS y con los límites que plantea el Plan Obligatorio de Salud-POS, deben pensar más allá de la enfermedad, más allá de la escueta acción asistencial sobre el individuo y más allá de la simple acción sectorial, con el fin de cumplir su función social de ser garantes del cumplimiento de las acciones de PS. No es tarea fácil, es cierto, pero es esencial para forjar una verdadera conciencia promocional y para cumplir con los objetivos de la seguridad social y dentro de ella, el principio de la protección integral.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La revisión de los antecedentes de la participación social y comunitaria específicamente en el sector de la salud, se pueden ubicar en tres grandes niveles, el internacional, el nacional y el que hace relación específica a la empresa COMPARTA, Empresa Solidaria de Salud en cuyo marco se desarrolla el proceso de intervención profesional.

2.1 CONTEXTO GENERAL

2.1.1 A nivel internacional.

La Carta de Ottawa. La ubicación del tema de la participación y su vinculación con la esfera de la salud, conceptualmente se deriva del planteamiento general de la promoción de la salud que se determinó durante la Conferencia Internacional realizada en 1986 en Ottawa, Canadá, cuando se declaró que:

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”²³.

En tal sentido, la carta de Ottawa estableció que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la alimentación, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Además recomendó cinco grandes áreas

²³ OMS. Salud y Bienestar Social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.

estratégicas para hacer realidad la promoción de la salud: promulgación de políticas públicas saludables; fortalecimiento de aptitudes personales (estilos de vida) favorables a la salud; la creación de ambientes (físicos, sociales, económicos, políticos y culturales) saludables; participación social y comunitaria; y reorientación de los servicios de salud. Con esto, la carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el 2000”, fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones.

Dentro de este marco de referencia el sector sanitario asume un rol como mediador, en el sentido que por sí mismo no puede proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y por esta razón exige una acción coordinada entre los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y las gentes de todos los medios sociales que están involucradas como individuos, familias y comunidades.

Según esta carta, para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma, la salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este aspecto.

La política de promoción de la salud combina enfoques diversos y complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos

lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad.

En este mismo marco, se contempla la necesidad de crear ambientes sanos y saludables, teniendo en cuenta que nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos, ya que los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico de la salud.

En este sentido, el principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial y que el cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud.

De igual manera reconoce la necesidad del reforzamiento de la acción comunitaria como una estrategia para lograr la promoción de la salud y que radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta ella misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

Los participantes en esta conferencia se comprometen a favor de la promoción de la salud y por esta razón:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas:
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud y del mismo modo se comprometan a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir
- el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.
- La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

La carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado:

Esta Carta recoge las opiniones de un grupo internacional de expertos, participantes en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia, en la que se establecieron las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud.

La Carta de Bangkok sostiene que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional y se deben basar en los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud establecidos en la *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*, así como en las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Carta de Bangkok está dirigida a las personas, los grupos y las organizaciones cuya intervención es crucial para el logro de la salud y en particular a los gobiernos y políticos a todos los niveles, a la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones internacionales, y la comunidad de salud pública.

En tanto las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna, la promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

Por esta razón, su principal reto consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y de esta manera mejorarla y

se convierte en una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.

La promulgación de la carta de Bangkok parte del reconocimiento que el contexto mundial de la promoción de la salud ha cambiado mucho desde que se elaboró la *Carta de Ottawa* y que entre los factores críticos que hoy afectan con mayor rigor la salud se deben destacar:

- las desigualdades crecientes en los países y entre ellos,
- las nuevas formas de consumo y comunicación,
- las medidas de comercialización,
- los cambios ambientales mundiales, y
- la urbanización.

Igualmente, otros factores que influyen en la salud son los cambios sociales, económicos y demográficos, rápidos y con frecuencia adversos, que afectan a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura y la urdimbre social de las comunidades.

Mujeres y hombres se ven afectados de distinta forma, y se han agravado la vulnerabilidad de los niños y la exclusión de las personas marginadas, los discapacitados y los pueblos indígenas.

Si bien es cierto, la globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan, entre las que se pueden destacar los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y los mejores mecanismos disponibles para la gobernanza mundial y el intercambio de experiencias, para hacer frente a los desafíos de la globalización, hay que garantizar la coherencia de las políticas adoptadas en:

- todos los niveles gubernamentales,
- todos los organismos de las Naciones Unidas, y
- otras organizaciones, incluido el sector privado.

Esa coherencia ayudará a fortalecer el cumplimiento, la transparencia y el rendimiento de cuentas respecto de los acuerdos y tratados internacionales que afectan a la salud.

Sin embargo, pese a los progresos en lo relativo a situar la salud en el centro del desarrollo, por ejemplo mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio, queda aún mucho por hacer en la práctica y en ese sentido, la participación activa de la sociedad civil y de las comunidades es crucial en este proceso.

Para avanzar hacia un mundo más sano se requieren medidas políticas enérgicas, una amplia participación y actividades permanentes de promoción que desarrollen estrategias desde todos los sectores y ámbitos con el propósito de:

- **abogar** por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad,
- **invertir** en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud,
- **crear capacidad** para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria,
- **establecer normas reguladoras y leyes** que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas,
- **asociarse y establecer alianzas** con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

En el desarrollo del compromiso a favor de la salud para todos(as), el sector de la salud está llamado a desempeñar una función clave de liderazgo para lograr el impulso de políticas y alianzas de promoción de la salud. Si se desea avanzar en el control de los factores determinantes de la salud, es indispensable un enfoque normativo integrado por parte del gobierno y las organizaciones internacionales, así como el compromiso de trabajar con la sociedad civil y el sector privado en todos los ámbitos.

Los cuatro compromisos clave son lograr que la promoción de la salud sea:

1. un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial
2. una responsabilidad esencial de todo el gobierno
3. un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil
4. un requisito de las buenas prácticas empresariales.

Compromisos clave:

- 1. Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.**

Para ello, se precisan acuerdos intergubernamentales sólidos que favorezcan la salud y la seguridad sanitaria colectiva. Los organismos gubernamentales e internacionales deben intervenir para cerrar la brecha de salud entre ricos y pobres y se requieren mecanismos eficaces de gobernanza mundial en materia de salud para hacer frente a los efectos nocivos de el comercio, los productos, los servicios, y las estrategias de comercialización.

La promoción de la salud debe convertirse en un aspecto esencial de las políticas nacionales y exteriores y de las relaciones internacionales, incluso en situaciones de guerra o conflictos.

Ello exige medidas para promover el diálogo y la cooperación entre las naciones, la sociedad civil y el sector privado, y estas iniciativas pueden tomar como ejemplo tratados ya existentes, como el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

2. Lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo el gobierno.

Los gobiernos, a todos los niveles, deben afrontar de forma apremiante los problemas de salud y las desigualdades, pues la salud determina en buena medida el desarrollo social, económico y político y los gobiernos locales, regionales y nacionales deben:

- conceder prioridad a las inversiones en salud, dentro y fuera del sector sanitario, y
- ofrecer financiación sostenible para la promoción de la salud.

Para garantizar lo anterior, todos los niveles de la Administración deben exponer de forma explícita las repercusiones sanitarias de las políticas y las leyes, empleando para ello instrumentos como la evaluación del impacto sanitario centrada en la equidad.

3. Lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil.

Las comunidades y la sociedad civil son con frecuencia las que lideran la puesta en marcha, el diseño y el desarrollo de las actividades de promoción de la salud,

por ello, necesitan tener los derechos, recursos y oportunidades que les permitirán ampliar y sostener sus contribuciones y el apoyo a la creación de esta capacidad es particularmente importante en las comunidades menos desarrolladas.

Las comunidades bien organizadas y empoderadas determinan muy eficazmente su nivel de salud, y pueden pedir a los gobiernos y al sector privado que rindan cuentas sobre las repercusiones sanitarias de sus políticas y prácticas.

La sociedad civil necesita ejercer su poder en el mercado dando preferencia a los productos, servicios y acciones de las empresas que mejor demuestren su responsabilidad social y por esta razón los proyectos de base comunitaria, los grupos de la sociedad civil y las organizaciones de mujeres han demostrado su eficacia en el terreno de la promoción de la salud, y brindan ejemplos de prácticas a seguir, así como las asociaciones de profesionales de la salud también tienen aportaciones que realizar.

4. Lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

El sector empresarial tiene un impacto directo en la salud de las personas y en los factores que la determinan, debido a su influencia en:

- la situación local,
- la cultura nacional,
- el ambiente, y
- la distribución de la riqueza.

El sector privado, al igual que otros empleadores y el sector no estructurado, tiene la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, así

como de promocionar la salud y el bienestar de sus empleados, sus familias y sus comunidades.

El sector privado puede contribuir también a reducir los efectos de más alcance en la salud mundial, como son los asociados a los cambios ambientales planetarios, cumpliendo las normas y acuerdos locales, nacionales e internacionales que fomentan y protegen la salud. Las prácticas comerciales éticas y responsables y el comercio justo son ejemplos del tipo de prácticas comerciales que deberían apoyar los consumidores y la sociedad civil, así como los gobiernos mediante incentivos y normas reguladoras.

Para cumplir estos compromisos hay que aplicar mejor las estrategias de reconocida eficacia, y usar nuevos puntos de acceso y respuestas innovadoras y las asociaciones, alianzas, redes y mecanismos de colaboración brindan fórmulas interesantes y gratificantes para conseguir reunir a personas y organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.

Teniendo en cuenta que cada sector - intergubernamental, gubernamental, sociedad civil y privado - tiene sus propias funciones y responsabilidades y que desde la adopción de la *Carta de Ottawa* se han suscrito muchas resoluciones a nivel nacional y mundial en apoyo de la promoción de la salud, pero a esas resoluciones no siempre han seguido las medidas correspondientes, el llamado que hacen los participantes de la Conferencia de Bangkok hacen un llamamiento enérgico a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud para que cierren esta brecha de ejecución pasando a desarrollar políticas y alianzas para la acción.

Igualmente solicitan a la Organización Mundial de la Salud y a sus Estados Miembros que, en colaboración con otros, destinen recursos a la promoción de la

salud, inicien planes de acción y vigilen sus resultados mediante indicadores y metas apropiados, y que informen con regularidad sobre los progresos realizados y piden a las organizaciones de las Naciones Unidas que estudien los beneficios que reportaría el desarrollo de un Tratado Mundial en pro de la Salud.

2.1.2 A nivel nacional.

Marco jurídico de la Promoción de la Salud.

La Ley 10 de 1990: Establece los servicios de salud como un servicio público, interviene sobre los factores de riesgo y establece la obligatoriedad para las instituciones públicas y privadas. Dentro de sus objetivos se plantean el aseguramiento de la cobertura, la financiación del sistema, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios en salud.

El Plan de desarrollo 1991-1994: (Revolución pacífica). Sus metas se orientan al incremento de la eficiencia y el fomento de la participación social, aquí se propone desarrollar la Ley 10 del 90 como un instrumento mediante el cual se pretende fortalecer los mecanismos de prestación de servicios y para ello son las Empresas Solidarias de Salud las convocadas. Así mismo se propone consolidar la gestión y la infraestructura hospitalaria con equidad y distribución social.

La Constitución Política de 1991: La nueva Constitución Política de Colombia amplía el concepto de derechos fundamentales y sociales, y en esto la salud es considerada no como una asistencia pública sino un concepto integral de seguridad social “que es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, calidad y equidad con el objeto de tener un manejo integral del riesgo y brindar asistencia social a la población Colombiana; esto con el fin de orientar el sistema de protección social y el sistema de seguridad

social hacia su integración y consolidación (Resolución 001 de Febrero 4 del 2003).

La nueva Constitución insinúa desde el preámbulo y en su Artículo 48 un gran cambio de contenido político en la concepción de la protección social como un derecho colectivo, en reemplazo de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y dadivoso presente en la Constitución de 1986.

El fundamento de esta transformación, a juicio de la Corte Constitucional²⁴, radica en el cambio de los deberes sociales del Estado frente a los miembros pobres de la comunidad, en el carácter social del Estado, lo cual se traduce en la prestación continua y eficiente de los servicios públicos, la prioridad del gasto social y la intervención oportuna de las autoridades para impedir la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales constitucionales.

Los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de promoción de la salud se pueden resumir de la siguiente manera:

- Ampliación de las razones de la intervención estatal, ya no sólo con fundamento en el interés social, sino también en la provisión a la protección del ambiente y del patrimonio cultural de la nación, hecho que abre la puerta de un nuevo modelo de desarrollo económico a instancias de la constante preocupación constitucional por la conservación del ambiente, incorporando la noción ecológica al proceso económico, dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.
- Como finalidad de la intervención se busca la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo; el pleno empleo de los

²⁴ CIFUENTES E. Corte Constitucional. Sentencia T533. Septiembre 23 de 1992.

recursos humanos; el acceso efectivo de todos, en especial de aquellos de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos.

- Consigna como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e integralidad y facilita su prestación por el Estado o por el sector privado, manteniendo el primero las funciones de regulación, control y vigilancia.
- Favorece la descentralización ya consignada en la Ley 10 de 1990, pues permite que mediante reglamentación legal se definan las competencias de cada nivel de gobierno en la financiación administración y prestación de los servicios públicos, facilitando así que las asambleas, en concertación con los municipios, regulen los servicios de educación, salud y deporte.
- Por otra parte, con el fin de garantizar que la población de menores ingresos tenga acceso a niveles mínimos adecuados de los servicios públicos básicos, el Estado, en cualquier nivel de la administración, tiene la posibilidad de apoyarlos mediante el otorgamiento de subsidios preceptuados por la constitución para las áreas de acceso a la salud y a la educación, donde el Estado garantizará un nivel mínimo de servicios básicos a la población, y atención en salud gratuita a los menores de un año que no tengan el servicio, fundamento del régimen subsidiado.
- En el proceso de financiación, se enfatiza en el gasto social; éste hace parte del presupuesto y tiene prioridad sobre los demás gastos. Se establecen parámetros para su regionalización de acuerdo con el número de personas con necesidades básicas insatisfechas y la eficiencia fiscal y administrativa de las entidades. En este tema merece destacar el aporte que reciben los municipios

de los ingresos corrientes de la nación, mediante una participación que viene en aumento a partir de 14% en 1993 hasta 22% en el 2002.

- La estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones.

Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación, bajo criterios establecidos previamente.

Esta concepción constitucional y legal actual de la promoción de la salud en el país, favorecen, procesos como:

- La inserción en la agenda gubernativa de la formulación y ejecución de políticas saludables que favorezcan los comportamientos de salud frente a los individuos y que no es sólo responsabilidad estatal, ya que pueden aportar mucho en este sentido actores como los entes departamentales, municipales, las universidades, los medios de comunicación y la colectividad.
- *Búsqueda de equidad en la salud.* Los planes de desarrollo y la cooperación intersectorial son herramientas útiles en este proceso.

- *Convivencia, solidaridad y democracia.* La promoción de actitudes solidarias, respeto por la convivencia en medio de la diversidad cultural, y la práctica de la democracia, son requisito para el acceso a unas mejores condiciones de vida.
- *Descentralización.* Es este uno de los retos más grandes del nuevo Estado colombiano. Sin duda, el municipio pasa a ser el gestor de todas las acciones, es el administrador y el gerente: diseña, ejecuta y evalúa la puesta en marcha de los diferentes proyectos; es a nivel municipal donde mejor conocimiento se tiene de las realidades de su entorno.

La Ley 60 de 1993: De distribución de competencias y recursos: Esta Ley contiene normas orgánicas de distribución de competencias y recursos y proyecta nuevos desarrollos constitucionales de la salud a partir de la Ley 10 de 1990.

La Ley 100 de 1993: Este nuevo modelo busca promover la libre escogencia como un derecho fundamental en la prestación de los servicios de salud, fomentando la libre competencia y libre mercado donde compiten entidades públicas y privadas con aspectos fundamentales como son calidad y eficiencia.

“El sistema General de la Seguridad Social en Salud, pretende regular el servicio público creando condiciones de acceso para toda la población”²⁵. Las entidades del Estado de Vigilancia y Control entran como garantes de la prestación de los servicios de salud.

Se considera el desarrollo legislativo de mayor trascendencia en los últimos tiempos en Colombia porque cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de

²⁵ Revista Colombiana de Trabajo Social No. 20. Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social. Marzo del 2006. p. 81.

servicios privados y es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios de la competencia regulada.

La Ley crea una serie de planes de beneficios en salud pública como el Plan de Atención Básica, PAB de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, pero que tienen altas externalidades, y el POS tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, cuyo objetivo es el de la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Resolución 412 del 25 de Febrero de 2000: Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: Establece la atención de las enfermedades de interés en salud pública y define las acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

El decreto 1757 de 1994: Establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º. Del Decreto-ley 1298 de 1994.

Dispone respecto a la participación en salud, que las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Definen las siguientes formas de participación en salud:

1. La participación social, entendida como el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social y que comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:
 - a. La participación ciudadana, es 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.
 - b. La participación comunitaria, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
2. La participación en las instituciones del sistema general de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de

atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se determina que los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán 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.

Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas

y la solución que se le dió al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad.

Las instituciones prestadoras de servicios salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistematicamente y canalice tales requerimientos.
2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

Respecto a la participación comunitaria establece lo siguiente:

En todos los municipios se conformarán los comités de participación comunitaria en salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.
3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1º de este artículo. La asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como:
 - Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las Uros, Uairas, Coe, Cove, Madres Comunitarias, Gestores de Salud, Empresas Solidarias de Salud, entre otras;
 - Las Juntas administradoras locales,
 - Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;
 - Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos;
 - El sector educativo;
 - La Iglesia.

Se establecen como funciones de los comités de participación comunitaria en salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los servicios de salud.
3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la junta directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el plan de desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las

disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social, FIS u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.

6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
7. Concertar y coordinar con las dependencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.
9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.
10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de dirección cuando existan.
12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los comités de participación comunitaria o "copacos" de la respectiva entidad territorial.
13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los

planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.
16. Adoptar su propio reglamento y responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.
17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

En cuanto a lo concerniente a la Participación en las instituciones del sistema de seguridad social en salud establece que:

- Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.
- La asociación de usuarios, es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
- Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado.

Estas asociaciones de usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes. Las alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de éstas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años y para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva empresa promotora de salud pública y mixta.
2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la institución prestataria de servicios de salud de carácter hospitalario, pública y mixta.
3. Un (1) representante ante el comité de participación comunitaria respectivo.
4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.
5. Dos (2) representantes ante el comité de ética hospitalaria, de la respectiva institución prestataria de servicios de salud, pública o mixta.

El representante de las asociaciones de usuarios del sector rural, ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será elegido conforme a las regulaciones sobre dicho Consejo.

Son funciones de las asociaciones de usuarios las siguientes:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
3. Participar en las Juntas Directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directiva de la institución prestataria de servicios de salud y la empresa promotora de salud.
5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.
6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
7. Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.
8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.

12. Elegir democráticamente sus representantes ante la junta directiva de las empresas promotoras y las instituciones prestatarias de servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para períodos máximos de dos (2) años.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria por períodos máximos de dos (2) años.
14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

Las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los comités de ética hospitalaria, los cuales estarán integrados por :

1. El director de la institución prestataria o su delegado.
2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.
4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los comités de participación comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.

2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
8. Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.
9. Elegir un representante ante los Comités de Ética Profesional del Sector Salud, de que habla el artículo 3º de la Ley 60, y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

Veedurías en Salud: El marco general se encuentra conceptualizado en el decreto 1757 del 94 y la Ley 850 del 2003, la cual define que son grupos integrados de personas elegidas por la comunidad, las cuales realizan el control social en salud, a través de la vigilancia y control de proyectos, programas y actividades específicas y para el uso del Plan Local de Salud.

Las veedurías deberán ser ejercidas a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

- a. En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.
- b. En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria;
- c. En lo institucional mediante el ejercicio de las funciones de las asociaciones de usuarios, los Comités de Ética Médica y la representación ante las juntas directivas de las instituciones prestatarias de servicios de salud y las entidades promotoras de salud.
- d. En lo social mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y en los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las organizaciones comunitarias mencionadas anteriormente.

La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional. Para ser veedor ciudadano en cualquiera de sus niveles, se requiere no estar incurso en este régimen de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con el régimen legal.

Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar una utilización adecuada de los recursos.
5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.

6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

2.2 CONTEXTO ESPECÍFICO

2.2.1 La economía solidaria y las empresas solidarias de salud. La Economía Solidaria es un Sistema socioeconómico, cultural y ambiental conformado por el conjunto de fuerzas sociales organizadas en formas asociativas identificadas por prácticas autogestionarias solidarias, democráticas y humanistas, sin ánimo de lucro para el desarrollo integral del ser humano como sujeto, actor y fin de la economía.

El Sistema de Economía Solidaria establece como principios los siguientes:

- Propiedad asociativa y solidaria sobre los medios de producción.
- Participación económica de los asociados, en justicia y equidad.
- Formación e información para sus miembros, de manera permanente, oportuna y progresiva.
- Autonomía, autodeterminación y autogobierno.
- Servicio a la comunidad.
- El ser humano, su trabajo y mecanismos de cooperación tienen primacía sobre los medios de producción.
- Espíritu de solidaridad, cooperación, participación y ayuda mutua.
- Administración democrática, participativa, autogestionaria y emprendedora.
- Adhesión voluntaria, responsable y abierta.

Empresas Solidarias de Salud: ESS. Las Empresas Solidarias de Salud ESS, son organizaciones creadas en 1993 con el fin de cumplir dos propósitos fundamentales: gestionar la adquisición por parte de las comunidades de servicios de salud financiados mediante el subsidio directo otorgado por el Estado para este

fin, y facilitar la organización y desarrollo de las comunidades a través de la difusión de la cultura de la solidaridad.

Con la Creación de los dos regímenes de Seguridad Social en Salud, el contributivo y el subsidiado, las ESS pudieron entrar a participar en el Sistema como Administradoras preferenciales del Régimen Subsidiado. Para esto los requisitos establecían que las Entidades debían acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud los siguientes requisitos:

Un patrimonio equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada 5.000 afiliados; éste podría estar compuesto por los aportes de los asociados, las donaciones y los excedentes que logren capitalizar.

Un número mínimo de 5.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato o contratos de administración de subsidios y de 50.000 al finalizar el tercer año.

Un margen de solvencia equivalente al 40% del valor mensual de la unidad de pago por capitación subsidiada.

Ventajas de las formas asociativas en el sector salud. Es bien conocido que el mercado de prestación de servicios de salud adolece de varias fallas que hacen que en estos la solución del libre juego de la oferta y la demanda no sea la mejor (Enthoven; Hsiao). En este contexto las organizaciones sin ánimo de lucro surgen como mecanismos atractivos para combinar las ventajas que se pueden obtener de la operación de la competencia con la minimización de los problemas que tiene en el sector la operación de empresas motivadas principalmente por el lucro.

Otro factor que favorece a las entidades sin ánimo de lucro tiene que ver con la calidad de los servicios prestados. Manteniendo otros aspectos constantes, la calidad de los servicios prestados depende en alto grado de los insumos

consumidos en la prestación de los servicios (o sea del costo). Cuando la presión por obtener utilidades es muy fuerte, el peligro de disminuir la calidad se vuelve más inminente. En el caso de la actividad de aseguramiento de salud, sus características hacen que la evaluación de calidad sea particularmente complicada. Esta dificultad se acentúa en el régimen subsidiado en Colombia por las personas que se benefician de éste, que al no haber tenido antes el servicio cualquiera les puede parecer bueno, y por la incapacidad reiterativa del Estado para controlar aspectos tan sutiles y complejos como estos. Al eliminar la presión por obtener utilidades, se reduce el apremio por disminuir la calidad.

2.2.2 La participación social en la EPS'S COMPARTA. En su proceso de desarrollo E.P.S'S COMPARTA nace como institución del sector solidario, en un contexto en el que la salud como indicador de la calidad de vida de la población a nivel normativo se considera como un factor determinante para el desarrollo social, político y económico de las comunidades y la participación como un medio auto gestor en el logro de objetivos individuales y colectivos, y por lo tanto la base para asegurar el bienestar comunitario y bajo esta perspectiva asume su compromiso social de conjugar la salud y la participación como ejes de su desarrollo organizacional.

E.P.S'S COMPARTA es una empresa asociativa del sector solidario, por lo tanto, se considera como un instrumento integrador y generador de propiedad colectiva, sin ánimo de lucro, de interés social y con un propósito claro de servicio que propende en sus diferentes manifestaciones por el fortalecimiento y consolidación de escenarios de participación y democracia, concebida en el espíritu social de la Constitución y la Ley 100 de 1993 con el objetivo general estatutario de la Administración del régimen subsidiado en salud y para cuya implementación funcional definen tres ejes temáticos principales:

La comunidad. Componente básico del Modelo organizacional y elemento central de sus propios procesos de desarrollo, su dimensión comunitaria la promueve desde el ejercicio de la vigilancia, inspección, control y dirección de la empresa y el sistema a través de los beneficiarios, socios y diferentes comités, hasta la construcción de un orden social más consensual e incluyente de nuevos actores sociales, como factor de legitimación de un nuevo modelo de Estado- Comunidad.

La participación. Principio rector de la empresa Solidaria con responsabilidad en la implementación de políticas sociales del Estado y factor integrador de administradora, prestadores y beneficiarios del régimen Subsidiado que dinamiza la evolución de una relación cada vez menos compleja y con mayores márgenes de beneficios; como concreción de este escenario de participación se proponen tres tipos de socios cooperados:

- *Los Beneficiarios de la Salud Subsidiada:* Asociados naturales y expresión concreta de participación de la base comunitaria. Como tal, corresponde a estos, promover la formación cooperativa, liderar modelos empresariales de protección social; dirigir e integrar los Órganos Directivos de la empresa solidaria y vigilar el desempeño del sistema en general.
- *Las instituciones prestadoras de servicios públicos y privados sin ánimo de lucro:* Instituciones sociales con el más alto reconocimiento popular e identidad del Estado en el ámbito regional y local; requieren ahora espacios de participación técnica que incida en la aplicación eficiente y pertinente de los recursos disponibles, creando esquemas de comunicación, como principio regulador de las operaciones del sistema y como generador de transparencia en administradoras(ARS) y prestadores(IPS) , como insumos básicos de construcción de la confianza social.

- *Los Funcionarios de la Empresa:* Responsables de la ejecución de los objetivos corporativos, trascienden sus actos individuales para asumir como colectivo grandes propósitos con sentido de pertenencia, elemento esencial en el desarrollo histórico de la organización.

La transparencia administrativa. Por la naturaleza pública de los recursos dispuestos para la Salud Subsidiada; se asume como objetivo de una administración transparente, la gestión de la calidad como instrumento que garantiza el permanente compromiso en el progreso continuo de los niveles de eficiencia y eficacia, de la claridad en la publicidad de las operaciones económicas; de la gestión para disminuir la morosidad en el flujo de recursos y de información, del rigor en el reconocimiento de los derechos del beneficiario y en el aseguramiento de la mayor rentabilidad financiera y social de la Solidaria. En consecuencia la instrumentalización tanto de la regulación institucional como de sus ejes temáticos y fundamentalmente de su objeto estatutario implica en E.P.S'S COMPARTA SALUD escenarios estándares de dirección administración y participación social que sirven de herramientas para lograr capacidad de respuesta y flexibilidad organizacional en esta empresa Comunitaria, altos niveles de eficiencia en su modelo de administración Participativa e implementación de indicadores que sirven de monitoreo para la verificación de la Transparencia Administrativa.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

3.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DE E.P.S'S COMPARTA ESS

Históricamente, la institución surge como COOPSAGAR ARS LTDA y posteriormente, con fundamento en las disposiciones normativas del sector solidario, del que recoge sus raíces filosóficas, el DANCOOP –hoy DANSOCIAL- mediante resolución 0576 de Febrero 21 de 1996 le otorgó personería jurídica a COOPSAGAR LTDA, antigua razón social de E.P.S'S COMPARTA.

En Febrero 27 de 1996 la Superintendencia Nacional de Salud mediante resolución 0191, autorizó a COOPSAGAR LTDA para que funcionara como Administradora de Recursos del Régimen Subsidiado en Salud.

En el año 2000, COOPSAGAR LTDA de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de la Protección Social en el decreto 1804 de 1999, en el cual reglamenta la existencia de las entidades habilitadas para la administración de salud y su necesidad de realizar alianzas estratégicas con otras entidades solidarias en salud, realiza una Asamblea extraordinaria el 28 de Noviembre de 2000 en la que se aprueba la incorporación a la institución de las siguientes cooperativas: COPAEZ LTDA, (sede principal Panqueba - Boyacá), COOPSALUDESA (sede principal Samacá – Boyacá) COOPESAN (sede principal San Mateo – Boyacá).

Igualmente, mediante resolución 111 del 26 de Enero de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud autorizó la incorporación de COPAEZ LTDA a COOPSAGAR LTDA y con la resolución 214 del 15 de febrero del 2001 se autorizó la incorporación de COOPSALUDESA Y COOPESAN a COOPSAGAR LTDA.

Posteriormente, con la resolución 0471 de marzo 26 de 2001 la Superintendencia Nacional de salud, confirmó la autorización de administración de recursos del régimen subsidiado a COOPSAGAR LTDA. conforme al decreto 1804 de 1999.

Mediante resolución 0276 de mayo 3 de 2001, la Superintendencia Nacional de salud reconoció el cambio de razón social de COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA DE GARCIA ROVIRA – “COOPSAGAR LTDA” por la de COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA “E.P.S´S COMPARTA SALUD ARS LTDA – E.P.S´S COMPARTA ”, con la cual se denominó en adelante.

Por su naturaleza y características derivadas del marco del sector de la economía solidaria, y del marco legislativo nacional que le permite funcionar como Empresa Solidaria de Salud, E.P.S´S COMPARTA esencialmente se considera como un “servicio con solidaridad y resolución”, que para su funcionamiento y supervivencia en el medio debe tener en cuenta su doble carácter: Por un lado, como administradora-aseguradora, expuesta a una escala de riesgos y reportes de procesos y resultados y por tanto para permanecer necesita planes y estrategias de aseguramiento de los riesgos y de gestión administrativa como soporte gerencial y de relaciones institucionales. Pero para cumplir con su misión social y sobrevivir necesita igualmente el apoyo de la comunidad y el único recurso utilizable para obtenerlo es la satisfacción plena del usuario, en tanto se conciba como un sujeto activo y dinamizador que se requiere promocionar para que cumpla con su verdadero papel de agente de cambio social.

Comprender este hecho, implica innovaciones radicales en el enfoque gerencial de los servicios, el adoctrinamiento constante en la consagración al servicio en las áreas de atención al usuario y una política de relaciones con los proveedores que subraye los criterios de calidad de los servicios.

La respuesta acerca de lo que es la empresa, constituye un mandato para todos los funcionarios con algún grado de responsabilidad; la dirección debe garantizar que esta pregunta reciba la atención que merece, que la respuesta tenga coherencia y permita a la empresa delinear su curso y fijar objetivos. En todo caso determinar aquella respuesta debe partir del cliente, sus realidades, su situación, su compartimiento, sus expectativas y valores.

De esta manera y partiendo de este precepto la organización plantea su propósito, misión y visión, como el modo para administrar la empresa en vista del resultado esperado.

3.1.1 Propósito institucional. Generar un contexto social participativo, solidario y cooperativo; citando a E.P.S'S COMPARTA como una legítima expresión de comunidad en su deber de la racional y pertinente utilización social y económica de los recursos disponibles para el aseguramiento de la calidad de vida de la población vulnerable.

3.1.2 Misión institucional. Lograr la función de accesibilidad a los servicios en armónica coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta y gestión de demanda, controlada con racionalidad y eficiencia; garantizando aspectos como la calidad, el enfoque preventivo y el manejo de los riesgos.

3.1.3 Visión institucional. Ser modelo de administración en seguridad social, basados en los principios básicos de la organización, como la solidaridad, la participación y la eficiencia, constitutivos de un contexto enfocado a la consolidación de un estado comunitario.

3.1.4 Objetivos institucionales. Considerando “el ser y el deber ser” de la organización en sujeción estricta, la empresa traza objetivos claros, específicos y operativamente eficaces, en atención a que los objetivos se consideran la

estrategia fundamental de la empresa y por lo tanto se deben caracterizar porque, son operativos, es decir tienen la posibilidad de convertirse en metas, tareas y bases de motivación del trabajo, se deben concentrar en los recursos y esfuerzos, siendo selectivos por niveles, áreas y cargos, deben asegurar la supervivencia de la empresa y además cumplir estándares de habilitación y responder a la necesidad de productividad y responsabilidad social.

- Identificar el diagnóstico epidemiológico de las comunidades en el área de influencia, con el propósito de conocer las necesidades en salud de nuestros beneficiarios.
- Priorizar conjuntamente con los actores sociales de cada municipio, las necesidades en salud de la comunidad, que permita el uso racional de los recursos.
- Promover la participación comunitaria en el desarrollo de acciones, que propendan por el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- Fomentar la afiliación de nuestros beneficiarios a la Cooperativa y educarlos en forma continua para su participación activa en la planeación y toma de decisiones de la empresa.
- Obtener excedentes financieros mediante un manejo racional de recursos que permita invertir parte de estos en programas productivos, contribuyendo al manejo del nivel de nuestras comunidades beneficiarias.

3.1.5 Políticas de calidad de la institución. Actuar en el aseguramiento de los factores de riesgo en la salud y la atención en sus diferentes fases, implica un sistema de condiciones y relaciones como elementos de la política de calidad integrada por estos componentes:

- Una definición clara de la plataforma estratégica; de conceptos y características constitutivas de la teoría de empresa como punto de partida para el diseño de modelos y estructuras de operación y de gestión humana.
- Una política de relaciones comunitarias que subraye la dimensión solidaria y propiedad colectiva de la E.P.S'S COMPARTA como instrumento de gestión social.
- La generación, mantenimiento y mejoramiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa como presupuestos fundamentales para la operación y permanencia en el sistema.
- Un mecanismo sistémico y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad de la operación de la empresa y de sus proveedores.
- Un sistema de información que facilite la gerencia de procesos y decisiones y la interacción de los diferentes actores del sistema.
- Un proceso de mejoramiento continuo que involucre al usuario y demás clientes identificando todo aspecto susceptible de tener mejoramiento, y finalmente
- Una autoevaluación destinada a demostrar, evaluar y comprobar los niveles de calidad propuestos.

3.1.6 Modelo Organizacional. Como empresa que tiene una cobertura nacional, el modelo organizacional corresponde al plan estratégico de adoptar mecanismos eficientes para alcanzar los objetivos específicos de idoneidad operativa y

capacidad de desarrollar su objetivo social y contractual con referentes de garantía de la calidad en los diferentes niveles de relación y áreas de operación.

En este sentido, se genera la estructura orgánica administrativa en tres niveles operativos y dos áreas funcionales, cada uno de ellos con relaciones de responsabilidad específicas, frente a los diferentes componentes del sistema; los niveles operativos corresponden a consideraciones de geodistribución y de atributos administrativo–operacionales, con integración verticalizada, unidad de gestión y planeamiento: los niveles implican descentralización, por tanto concreción de funciones y procesos implicados en las áreas funcionales; con resultados medibles en referencia a estándares establecidos sobre la necesidad de verificar grados de cumplimiento y de calidad de los productos y servicios de la empresa.

El primer nivel operativo es el Nacional, con domicilio estatutario en Málaga y contractual en la ciudad de Bucaramanga, su responsabilidad se asume con el apoyo Técnico – Administrativo de la organización corporativa. En esta instancia se interpreta la vocación cooperativa y su direccionamiento social, como fuente para la rectoría y contraloría del ejercicio operacional de la empresa.

El segundo nivel, toca con la estructura Regional; corresponde a esta la dirección operativa general de las obligaciones contractuales, con responsabilidad legal delegada para los efectos de su competencia en la gerencia regional; las dos áreas funcionales: Administración Financiera y Área Técnico–Científica tienen en este nivel la expresión máxima de responsabilidad, cada una con soporte en coordinaciones estratégicas en los diversos vectores de la operación; así, el área administración financiera se soporta en la coordinación Administrativa y en la Financiera y el área Técnico – Científica se soporta en cuatro coordinaciones la coordinación y gestión de Aseguramiento y sistemas de Información; los Gestores en Salud; Dirección de Programas, y Dirección de SIAU y Servicios.

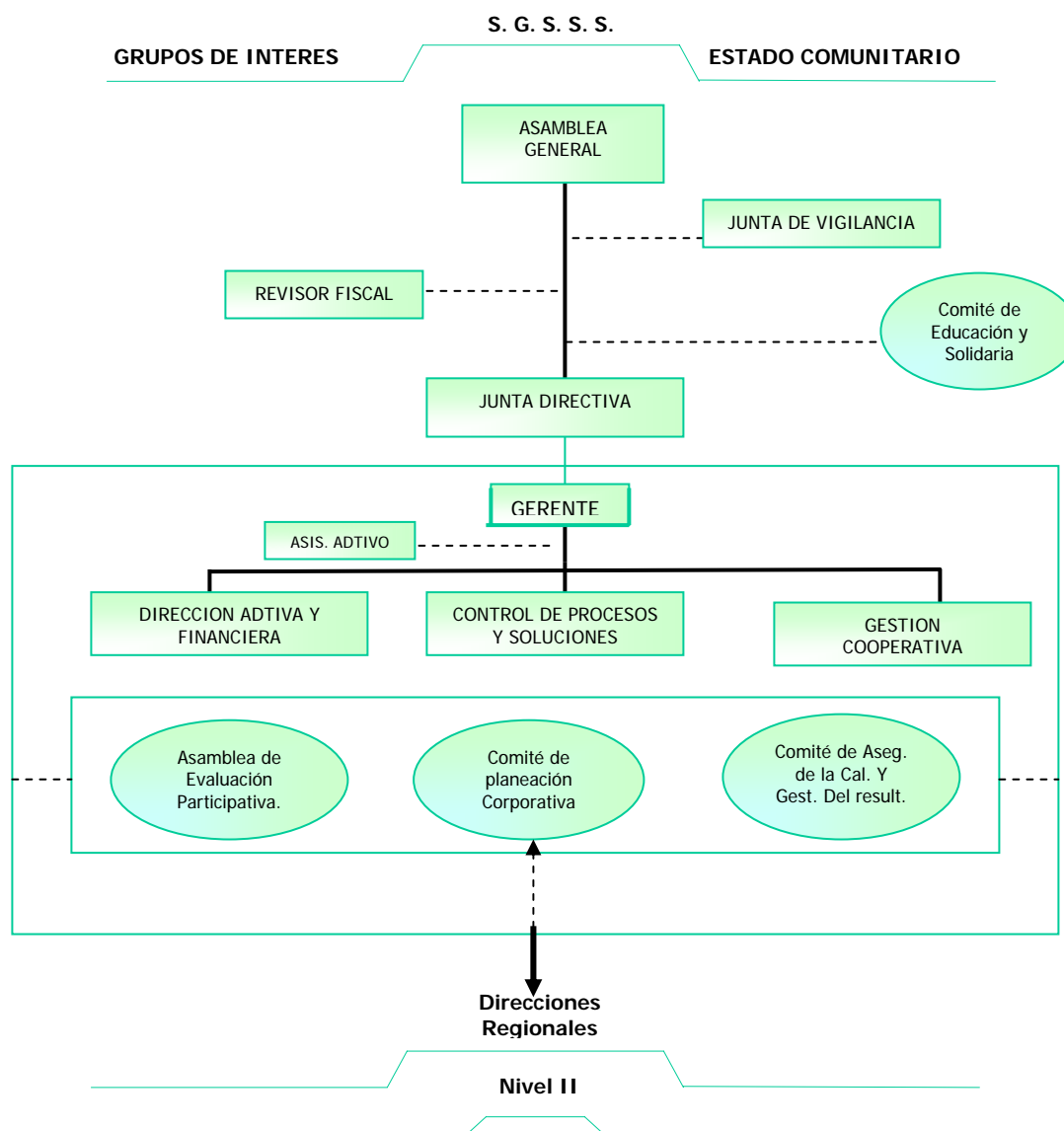
A este nivel corresponden tres regionales: Una con sede en Bucaramanga e implica los departamentos de Santander, Arauca, Norte de Santander y Cesar; otra con sede en Bogota, con Bogota como distrito capital, junto a los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Huila, Meta y Choco, y la otra con sede en Barranquilla e implica los distritos de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, y los departamentos de la Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Córdoba y Sucre.

La distribución territorial de las regiones no necesariamente coincide con la regionalización de gobierno, (Decreto 0294 de 2005) obedece mas a las ventajas de organización operativa, sin embargo la información de resultados se estructura por departamento y por contratos; de manera que se pueden generar datos de conformidad con las estructuras institucionales.

Una vez definidos los conceptos generales de la administración del régimen subsidiado y comprendido las funciones y competencias del nivel regional, es necesario precisar la responsabilidad central del Nivel Departamental. A este nivel corresponde el segmento mas critico de las relaciones en el sistema: de una parte se establece los contratos de administración con los entes territoriales y por tanto, compete allí todos los procesos implícitos en los contenidos de mercadeo y posterior aseguramiento; implica de otro lado, consecuentemente, la soportación de los procesos de inventario y auditoria del aseguramiento y formalización contractual como premisas para la gestión financiera en cartera y flujo de recursos. Por otro lado, compete a este nivel la constitución de la red de los primeros niveles de atención con instituciones cuyas características organizacionales les hacen rígidas frente a esquemas y modelos de atención con escenarios de participación comunitaria. Por ultimo, es desde el Departamento como instancia operativa donde se concretiza la participación comunitaria y sus variables de demanda en el concepto de usuario como centro de la estructura de servicios. Queda pues en el nivel tres de operación -Nivel Departamental-, las relaciones externas mas importantes en la línea de la administración del

aseguramiento en salud; por eso, y en esa razón se fundamenta la política de descentralización que asume la organización colocando capacidad de resolución y relación en las gerencias y equipos departamentales. La estructura del esquema orgánico funcional, incluye el nombre del cargo, un esquema para la identificación del titular para cada nivel de operación, el objetivo del cargo y sus funciones y está estructurada de la siguiente manera:

Figura 1. Esquema orgánico funcional a nivel nacional



Fuente. EPS´S COMPARTA

La dirección general de E.P.S´S COMPARTA por su naturaleza solidaria se define en el marco de la legislación cooperativa, con instancias de base y órganos de dirección y control, compuestos por la asamblea general de asociados como expresión máxima de autoridad, el consejo de administración y la junta de vigilancia, en la dirección y control del ejercicio cooperativo; la revisoría fiscal delegada para verificar y dictaminar con rigor estatutario el manejo administrativo y financiero de la entidad. La gerencia asume la representación y la dirección ejecutiva junto con la estructura definida para apoyar el desempeño administrativo y de negocio de la empresa.

Composición:

Total Asociados	5.203
<i>Provincia de García Rovira (Sder.)</i>	2.193
Capitanejo	382
Carcasi	234
Cerrito	248
Concepción	142
Enciso	223
Guaca	249
Macaravita	65
Málaga	4
Molagavita	254
San Andrés	244
San José Miranda	2
San Miguel	146
<i>Provincia de Norte (Boyacá)</i>	1.121
Boavita	84
San mateo	1037
<i>Provincia de Gutiérrez (Boyacá)</i>	1.725
Cocuy	489
Chiscas	249
El Espino	430
Guacamayas	264
Gúican	156
Panqueba	137

Provincia de Centro (Boyaca) **164**
Samaca 164

Nivel: I Nacional
Área: Dirección General
Reporta: grupo de Interés
Integra: La Empresa

▪ **Roles y funciones del Nivel Nacional.**

1. **Asamblea General de Asociados.** A la Asamblea General de Asociados ejercen la propiedad solidaria de la Cooperativa, por tanto es el máximo órgano de decisión, sus competencias y responsabilidades son de origen legal y estatutario; fundamentalmente establecen las políticas y directrices generales de Cooperativa, eligen los cuerpos de administración, vigilancia y control; examinan y adoptan los resultados de la empresa en la última instancia.

La asamblea constituye el primer escalón en la relación comunitaria con opción de intervención en su condición de socios y beneficiarios en la organización, gestión y control de la empresa y su modelo de salud. Además es el soporte esencial de la dimensión solidaria como instrumento de participación, administración, control y dirección del sistema.

2. **Órganos de Administración y Control.** Composición: Consejo de Administración - Junta de Vigilancia.

El Consejo de Administración y la Junta de Vigilancia, tienen origen en la Ley Cooperativa; sus funciones son legales y estatutarias, las responsabilidades centrales corresponden al establecimiento, regulación y dirección administrativa y a la guarda legal, estatutaria y de seguridad patrimonial respectivamente.

3. **Revisor fiscal.** La Revisoría Fiscal es un instrumento de la Asamblea General de asociados y órganos de administración y control, para la garantía y cumplimiento de las prácticas administrativas y operacionales dentro del rigor legal, estatutario y de direccionamiento; sus funciones las establece la ley y los estatutos, debe sujeción a las directrices y normas de las entidades de control fiscal en general y de control administrativo y operacional del ramo.

Tiene como responsabilidad central dar fe de todos los elementos, características y condiciones de la información financiera y de las reglas de operación, luego de supervisar, verificar y examinar los aspectos fiscales y de operación de la empresa.

4. **Comité de Educación y Solidaridad.** La Educación y la Solidaridad son pilares fundamentales del cooperativismo; en esencia son valores y principios contenidos en la filosofía del Sector Solidario, por ello la expresión tácita en la Ley 79 de 1988 como conceptos de aplicación obligatoria de excedentes de los resultados económicos de la empresa.

La educación en este contexto, se propone como el conjunto de influjos que la naturaleza cooperativa o solidaria puede ejercer, ya sobre los conceptos de las personas, ya sobre la voluntad de estas o de la comunidad. Comprende en su acepción más amplia, todo lo que hacemos y que fin se pretende y todo lo asociados, beneficiarios y comunidad hacen por nosotros con objeto de acercarnos a la eficacia misionaria de la Empresa.

Para un enfoque propio, es necesario identificar el paradigma que dirige la propuesta de Educación solidaria de la Organización; cuando se estudia la manera como se formaron y desarrollaron los sistemas de educación, nos damos cuenta de su causa y de su influencia: han dependido de la política, de la religión, de las

ciencias de la industria, mas recientemente de la economía, de los mercados y ahora con influencia determinante del capital y sus efectos.

En una comunidad sin posibilidades de formarse y tal vez menos de actuar en ese determinante; es preciso, acudir ideas, sentimientos y practicas de solidaridad como esencia del hombre, allí donde la sociedad no dispone de los elementos que definen el concepto de educación y su enfoque, es necesario educar para convivir; para participar en la construcción colectiva; para la generación de un estado de bienestar integrador de la equidad, y la solidaridad; en fin, educar con solidaridad para componer sociedad con elementos de paz, como paradigma para un modelo de Estado – Comunidad.

5. **Gerencia General.** El gerente es el representante legal y principal ejecutor de las políticas de la empresa; la gerencia comprende específicamente la dimensión pragmática de los resultados y alcances, visualizando objetivos capaces de ser procesados hacia correlaciones efectivas, interrelacionando los diferentes niveles de decisión en la organización.
6. **Asistente Administrativo.** El objetivo del cargo es apoyar la gestión administrativa, considerando la responsabilidad específica de la organización frente a la E.S.S., promoviendo impacto y relación.
7. **Dirección Administrativa y Financiera.** Su objetivo, identificar las condiciones objetivas que garantizan la viabilidad económica y financiera de la entidad, soportando en el análisis Técnico – Cuantitativo de los recursos disponibles; calificando uso, aplicación y eficiencia operativa como aspectos para el planeamiento, reporte y visibilidad corporativa.
8. **Control de Procesos y Soluciones.** El objetivo, es soportar de manera sistémica y unificada la gestión operativa de niveles y áreas, generando

plataforma y soluciones informáticas correlacionadas y fundamentadas en el modelamiento de los procesos; de manera que plataforma y procesos permitan articular la empresa y estos con los diferentes actores del sistema.

9. **Gestión Cooperativa.** Cuyo objetivo estratégico, es atender y coordinar las actividades de gestión de la empresa, surgidas en el rigor de la Ley Cooperativa, los estatutos y plan de acción social y comunitario de Comparta.

10. **Asamblea de Evaluación Participativa.** Los objetivos y funciones de cada cargo u órgano en cada área y nivel están orientados hacia la materialización efectiva de las responsabilidades planeadas y esperadas en lo administrativo y en la operación del aseguramiento. Toda esta tarea, soportada con un sistema de información y un esquema de organización, de manera que permita visualizar en periodos determinados el cumplimiento en el desempeño por funcionario, área, nivel y medir sus resultados.

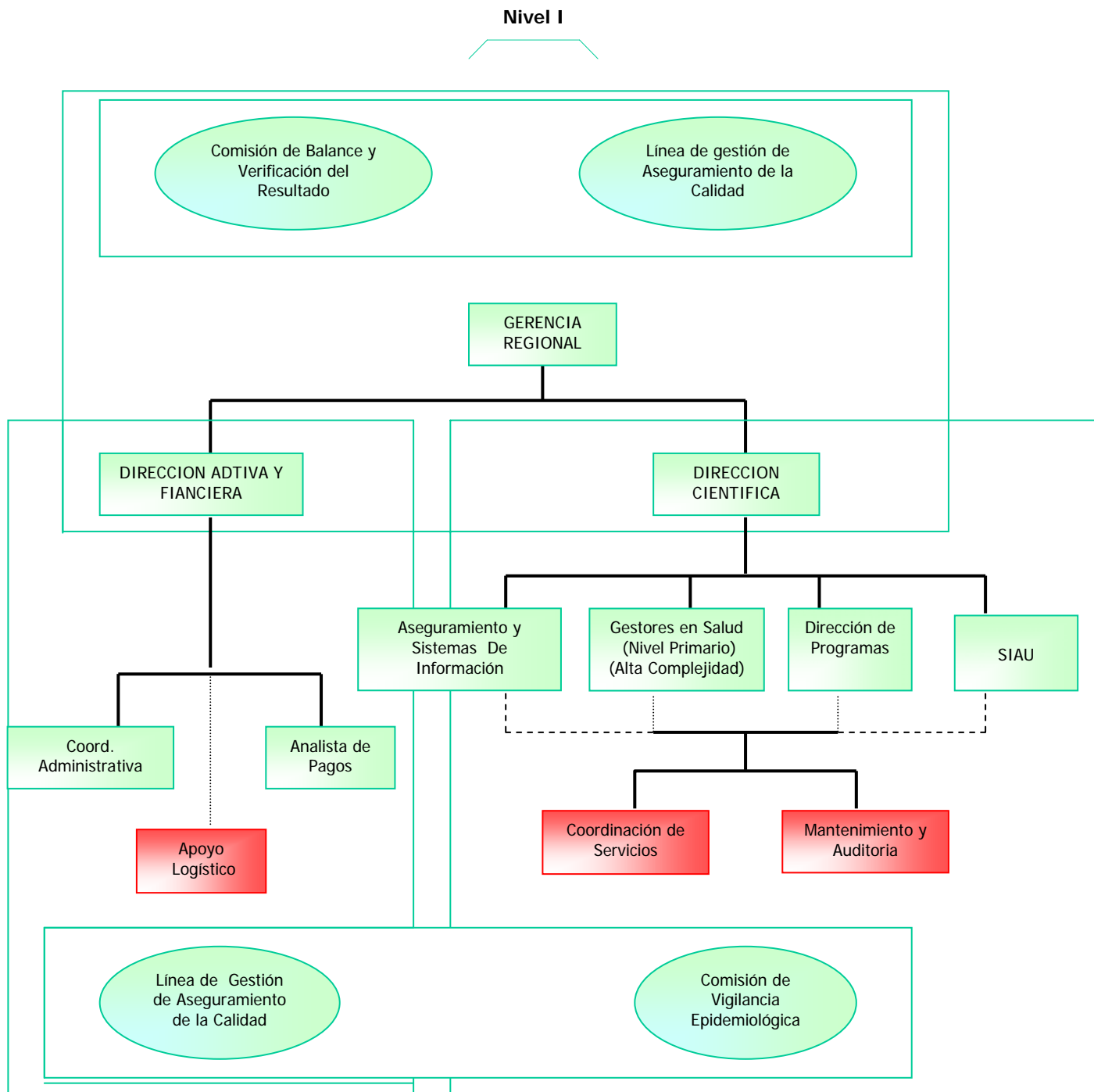
La asamblea de evaluación participativa se constituye en el mecanismo adecuado para integrar las diversas instancias de dirección y coordinación en un solo cuerpo. Esta formalizado para conocer, socializar, medir y evaluar los resultados generados en los diferentes tramos procesales del negocio y la administración de la empresa.

11. **Comité de Planeación Corporativa.** Si bien, en la asamblea de evaluación participativa se identifican comportamientos, se presentan, evalúan, verifican y dictaminan los datos y resultados administrativos y operacionales de la empresa; es en el comité de planeación corporativa donde se formaliza y se integra al sistema de garantía de la calidad, los modelos y manuales de gestión, atención y operación; así como la implementación de las estrategias y políticas planteadas a causa de los hallazgos y a propósito del mejoramiento continuo en el desempeño regional de la empresa.

La función del comité de planeación corporativa opera siempre con estricto rigor a los desarrollados legales y normativos del sistema; a los requerimientos institucionales a las directrices generales de empresa y considerando además, de las necesidades ordinarias y propias del objeto social, el aseguramiento de los riesgos en la administración y operación del negocio.

12. Comité de Aseguramiento de la Calidad y Gestión del Resultado. El proceso de definición e instalación de los instrumentos considerados prioritarios en la garantía de la calidad; como condiciones administrativas y técnicas para la operación y la permanencia en el sistema; la auditoria para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente en la prestación de los servicios y un sistema de información como elemento soporte, son de necesario rigor para generar, mantener y mejorar la calidad; ganar confianza en los clientes y habituarnos en la administración del régimen; para lograr la permanencia y desarrollo misional implica una constante gestión del resultado, extendido como búsqueda de los mayores beneficios con lo menores costos posibles, con oportunidad y calidad; en constante proceso de promoción del talento humano hacia la eficiencia de sus responsabilidades específicas, la cooperación de grupo y el sentimiento de propiedad y de excelencia en Comparta.

Figura 2. Esquema orgánico funcional a nivel Regional



Fuente. EPS'S COMPARTA

Nivel III

Al interior de este nivel se encuentra el Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU) que es el área responsable de dinamizar los procesos de participación con la comunidad de beneficiarios, sus estructuras organizativas y su calidad de usuarios representan las fuentes que proporcionarían los componentes de acción de este departamento; frente a la organización social y su unidad de contexto, facilita la intervención pertinente de las estructuras comunales en la organización, gestión y control de la empresa y sus modelos operativos. La perspectiva del usuario de otro lado, permite que la empresa visualice los indicadores clave sobre-satisfacción, solidaridad, movilidad y cooperación en cada área de administración. En este rol el sistema integral de atención al usuario tiene como objetivo y funciones los que siguen:

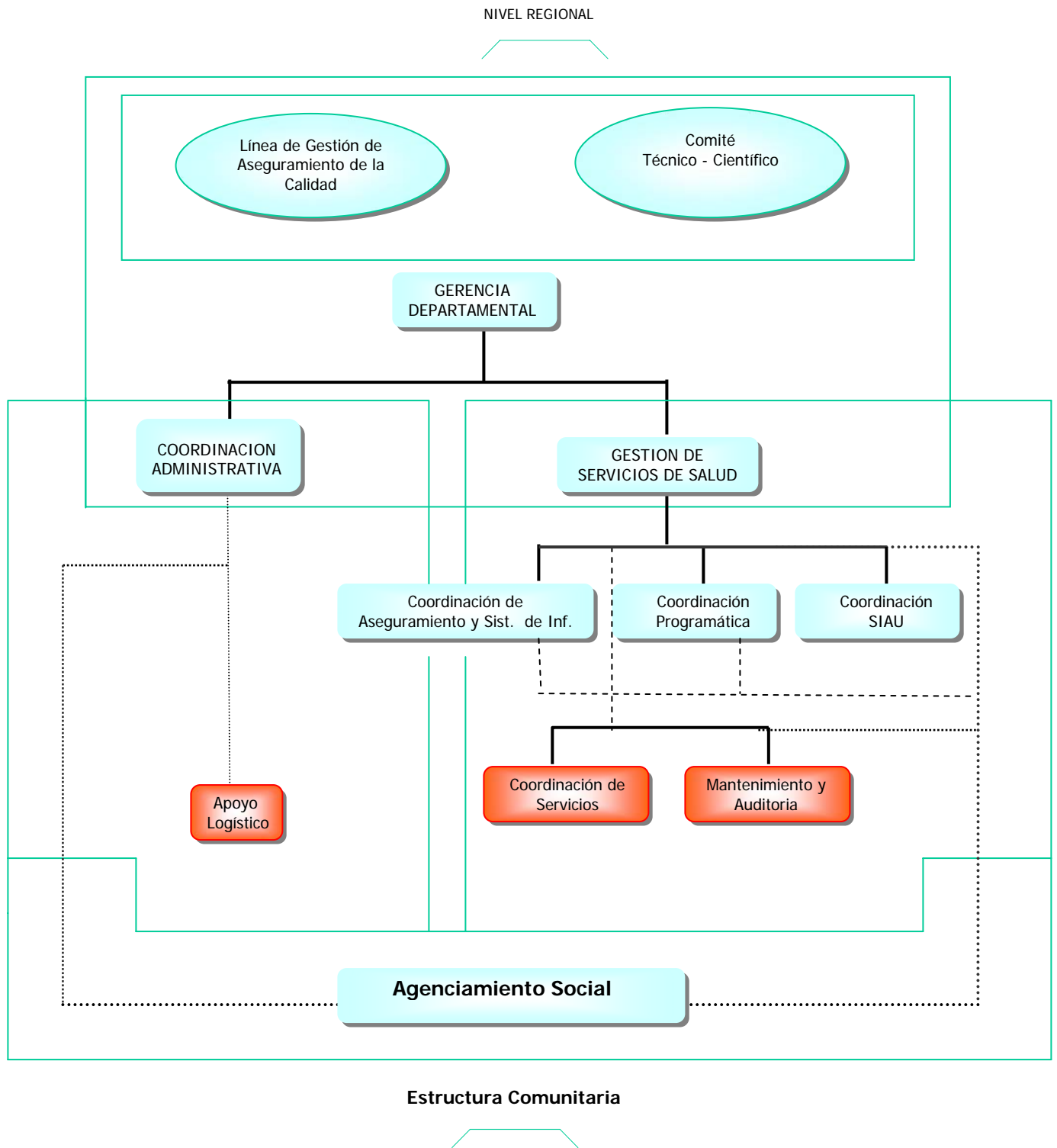
Objetivo estratégico. Consolidar un proceso pedagógico interactivo que involucre al beneficiario como centro de la organización y de los procesos de atención, gestionando la actualización armónica y coordinada de todos los recursos hacia la satisfacción de las necesidades del usuario de una manera efectiva y objetiva.

Funciones.

- Generar la interfase entre los procesos de atención de la empresa y la demanda de los derechos del usuario en una dinámica educativa para el mejoramiento continuo de los esquemas de relación.
- Promover como actor básico y objetivo a través del fomento de formas organizativas, formación de procesos de gestión y del ejercicio de acciones y derechos.
- Investigar, indicar y socializar los estados, situaciones y características de la población que permitan el planeamiento pertinente y enfocado de los planes y programas de naturaleza colectiva.

Manual de atención al Usuario. Véase el Anexo A.

Figura 3. Esquema orgánico funcional a nivel Departamental



Fuente. EPS'S COMPARTA

3.2 EL MODELO E.P.S'S COMPARTA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO EN SALUD

A nivel general, su estructuración se fundamenta en el concepto de modelo que lo describe como un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento.

Aplicado al sector salud, determina los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud que han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad a la constitución de organizaciones complejas, las que se describen en modelos de atención de los riesgos padecidos por la población objeto.

Los modelos organizan redes de atención constituidas por Prestadores de Servicios, lo que les permite contar con referentes institucionales que generalmente garantizan la continuidad en la atención de los usuarios, establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial.

En él, además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria), el tipo de recurso humano que otorga la atención (médicos, especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), se determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel, y los recursos necesarios para ella.

Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre éstas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento, convirtiéndose de una u otra manera en la respuesta organizacional del sector salud al perfil demográfico y epidemiológico, adaptado al nivel de desarrollo tecnológico y social de su realidad.

La descripción del modelo considera los aspectos antes señalados, para lo cual se da especial énfasis a la caracterización de los niveles y las modalidades de atención. El nivel de atención corresponde a un concepto que conjuga dos aspectos: las necesidades en salud y los recursos necesarios para satisfacerlas. Este concepto descansa en la idea de que las necesidades se pueden ordenar en una gradiente con un gran número de necesidades fáciles de resolver con tecnologías simples, y un pequeño número de necesidades que requieren tecnologías de alta complejidad o costo. Los recursos en salud también presentan una gradiente en la que predominan los de menor complejidad y costo (nivel primario de atención), con un reducido número de recursos complejos y de alto costo (hospitales de especialidades)

Desde esta conceptualización, se definen los niveles de atención con base en la complejidad de los establecimientos y ésta puede ser medida por la diversidad de acciones de salud que realizan los establecimientos, y el tipo de recurso médico que en ellos trabajan (médicos generales, especialistas o subespecialistas).

3.2.1 Referentes contextuales del Modelo. Definir un modelo de salud para una población implica el conocimiento de sus riesgos, la clara descripción de la cultura e idiosincrasia de la población sujeto de atención, el dimensionamiento de los recursos disponibles para la prevención y atención de los mismos, y ante todo, contar con un modelo que garantice, no solo el uso eficiente de los recursos sino el impacto adecuado de los servicios en el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud de los usuarios. En tal sentido, forjar un modelo de atención sanitaria, implica lograr claridades conceptuales y metodológicas acerca de las políticas explícitamente formuladas por las entidades que ejercen la función de rectoría del respectivo sistema de salud.

Específicamente, los requerimientos explícitos formulados a las entidades que desempeñan la función de aseguramiento (Entidades Promotoras de Salud,

Administradoras del Régimen Subsidiado y Entes Territoriales) y que tienen la responsabilidad de garantizar la salud de los afiliados, por expresa delegación del estado se determinan a nivel general en:

El artículo 36 del Acuerdo 244 de 2003, que define las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que expresa que: Las ARS que sean seleccionadas por la entidad territorial, deberán desarrollar un esquema de operación de manejo del riesgo en salud, con el fin de garantizar su sostenibilidad en el Sistema y mejorar y mantener las condiciones de salud de su población afiliada. Los indicadores que reflejen la calidad de la atención en salud de la población afiliada serán considerados como un elemento diferencial de la ARS incidiendo en su calificación de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

En concordancia con este requerimiento se propone la implementación de un modelo de salud centrado en la vigilancia, control y asistencia del riesgo en salud, con una estrategia de salud familiar y grupal, teniendo como referente de acción al municipio y su división político-administrativa.

Además se pretende que el modelo sea consistente con las políticas públicas que orientan el Plan Nacional de Desarrollo, y en lo específico con las políticas de protección social formuladas en desarrollo al nuevo ministerio del ramo, y articulado con la gestión de un esquema de red de apoyo social interactivamente en lo local.

3.2.2 Definición del Modelo. Numerosos estudios demuestran que la salud de las poblaciones está determinada por factores genéticos y constitucionales, factores ambientales y hábitos de vida. Además, los Sistemas de Salud pueden considerarse un determinante más de la salud, en la medida en que pueden alterar la acción de estos factores de riesgo previniendo, tratando o evitando las consecuencias de las enfermedades y lesiones.

Sin embargo, la presencia de estos factores (genéticos, ambientales, hábitos de vida), y el acceso adecuado de la población a medidas preventivas y cuidados de salud, están parcialmente determinados por aspectos socioeconómicos y culturales y por esta razón, estos últimos se configuran como las causas distales que determinan en gran medida el estado de salud de una población.

Las diferencias de salud entre países con distinto nivel de ingreso per cápita, demuestran la influencia del desarrollo económico en la salud. De otra parte, las diferencias de salud entre países con similar ingreso per cápita, se explican en gran medida por la distribución más o menos equitativa de la renta disponible, que corresponde a un mayor o menor desarrollo social.

Persiguiendo el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones, se plantean cuatro funciones básicas:

- *Medir la salud de las poblaciones.* El cálculo de indicadores que resumen la salud de las poblaciones nos permite: (1) comparar la salud de distintas poblaciones o grupos de la población para identificar a los grupos más desfavorecidos y (2) conocer la evolución de la salud de una misma población a través del tiempo.

- *Evaluar la magnitud de los distintos problemas de salud.* Las medidas resultantes son el primer paso para establecer prioridades entre distintas intervenciones sanitarias (cuando existen intervenciones efectivas o costo-efectivas) y prioridades en el ámbito de la investigación (cuando no existen intervenciones efectivas, o son poco efectivas o poco costo-efectivas). Por otra parte, interesa comparar la magnitud de estos problemas entre distintas poblaciones y conocer su evolución a través del tiempo.

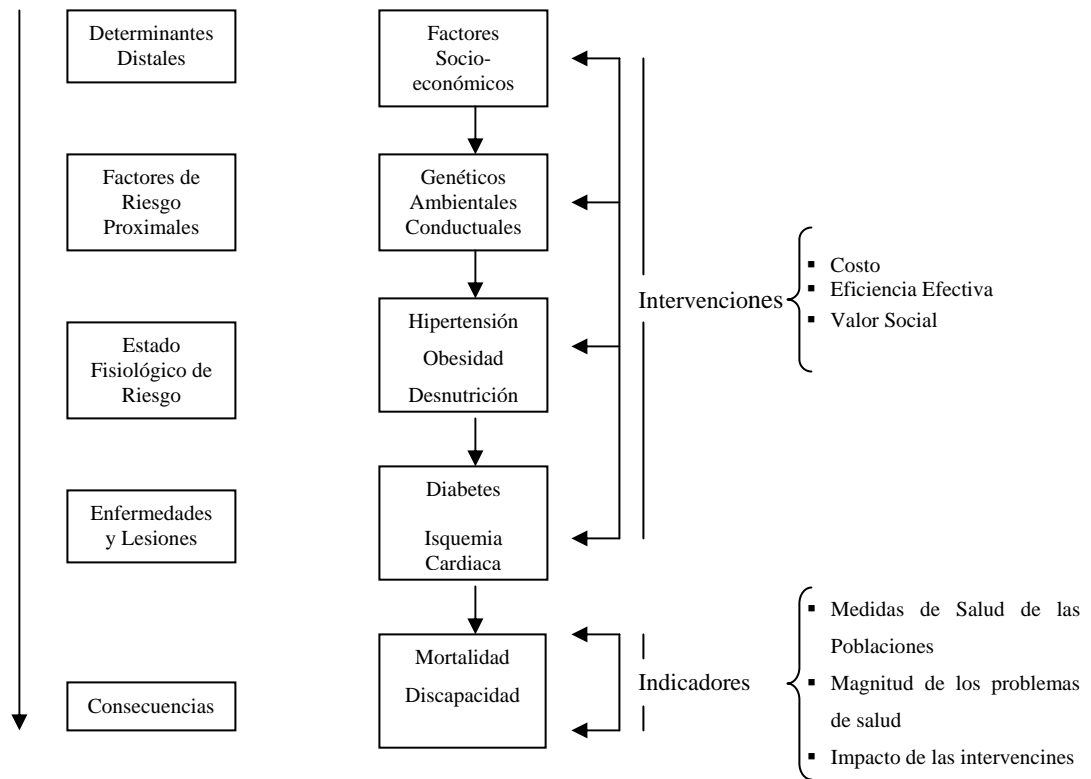
- *Diseñar e implementar intervenciones adecuadas.* La identificación de acciones efectivas y ante todo costo-efectivas y la puesta en marcha de las mismas son una tarea esencial. Sin embargo, es importante considerar que no solo las acciones diseñadas e implementadas desde el sector salud tienen impacto sobre la situación de salud – enfermedad de las poblaciones.
- *Conocer el impacto de las intervenciones.* El cambio de en las medidas anteriormente descritas (niveles de salud y magnitud de los problemas de salud), puede ser el resultado de las intervenciones que a distintos niveles se lleven a cabo desde el sistema de salud y desde otros sectores. Estas mismas medidas, al mostrar las mejoras en salud de la población y su distribución entre grupos, sirven para evaluar la efectividad de los sistemas de salud.

La prioridad de las intervenciones que los sistemas de salud establecen debe valorarse en función de su eficacia/efectividad, su costo y el valor social que las sociedades conceden a sus resultados potenciales (en términos de reducción de la mortalidad o discapacidad de los individuos que la componen).

Las prioridades en materia de investigación deberían, de igual modo, depender de estos aspectos. Es decir, partir del conocimiento de los principales problemas de salud en el mundo y de su distribución, para luego valorar los resultados potenciales de cada línea de investigación (efectividad), la relación costo / efectividad de las inversiones en proyectos de investigación, y el valor social de su posible impacto en determinados grupos de la población mundial.

En el siguiente gráfico se describe el continuo de factores de riesgos proximales y dístales, al igual que los riegos propios, que permiten visualizar los momentos de intervención de los mismos.

Figura 4. Factores de riesgos para la salud y sus momentos de intervención



Fuente: Fundación Corona “Manual de buenas prácticas del Régimen Subsidiado.

De esta forma, se puede concluir que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

- **La visión del Modelo.** El modelo E.P.S´S COMPARTA Salud de prevención, control y atención del riesgo, es el medio eficaz para alcanzar los estándares de calidad de la salud de la población afiliada, racionalizar el uso de los servicios de salud, consolidar una cultura saludable en la familia del afiliado y articular las acciones de salud con los distintos sectores responsables de la protección social, mediante la activa participación de los individuos, las

alianzas de usuarios, los colectivos veredales o vecindades, las instituciones solidarias con fines sociales y los organismos del estado.

- **La misión del Modelo.** Garantizar la accesibilidad y oportunidad de los servicios a la población afiliada, velando permanentemente por la calidad, integralidad y continuidad de los mismos, mediante el desarrollo de acciones de vigilancia epidemiológica, tendientes a lograr los objetivos y las metas establecidas en el plan de salud de E.P.S'S COMPARTA Salud.

- **Los principios del Modelo.**
 - *Integralidad.* Se asume como la incorporación de los aspectos epidemiológicos, psicosociales, sociológicos y económicos en el análisis de las condiciones de salud y de los determinantes del uso de los servicios, con el propósito de diseñar acciones en tal sentido.

 - *Flexibilidad.* Se entiende como la capacidad del modelo para adaptarse a las distintas especificidades de contexto e incorporar la dinámica normativa de requerimientos específicos por parte del estado.

 - *Participación Social.* Es la condición sin la cual el modelo no es operable, dada su alta dependencia de las formas organizativas que incorporan a los afiliados y sus familias. Permite el ejercicio de los deberes y la exigencia de los derechos por parte del afiliado.

 - *Eficiencia.* Se define como la capacidad que tiene el modelo para propender por el uso racional y adecuado de los recursos en todos sus ordenes, tendientes a maximizar los beneficios generados a partir de las actividades realizadas.

- *Subsidiariedad.* Dada la característica de algunos servicios, el modelo puede no solo beneficiar a los afiliados de E.P.S´S COMPARTA Salud sino que extiende su impacto a la comunidad circundante.
- *Complementariedad.* Ante la necesidad de garantizar servicios integrales de salud, el modelo permite la articulación con otros sectores responsables de la protección y el bienestar social a fin de generar mayores impactos sobre la población afiliada.
- *Calidad.* El modelo asume la definición de calidad de servicios de salud y en tal sentido opera para el logro de la misma.
- **Los objetivos del Modelo.** Desarrollar un modelo de operación de manejo del riesgo en salud, con el fin de mejorar y mantener las condiciones de salud de su población afiliada y garantizar la sostenibilidad de E.P.S´S COMPARTA Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ejercer una vigilancia epidemiológica permanente sobre los riesgos y los factores determinantes de los mismos en la población afiliada con miras a generar las intervenciones necesarias y suficientes que permitan mantener y/o mejorar su salud

Ejercer vigilancia permanente sobre la red de servicios, en especial los referidos al primer nivel de atención, en consideración a que representa la posible solución al más del 80% de los la problemática de salud de nuestros afiliados y que a su vez consume el 60% de los recursos que actualmente se destinan para la atención.

Trascender los límites tradicionales de los perfiles epidemiológicos, involucrando información de carácter cualitativo mediante el diagnostico de las condiciones

sociales económicas y culturales de la población afiliada a partir de el enfoque objetivo de organismos que constituyan red de apoyo a la seguridad social.

Realizar un trabajo participativo que involucre a la comunidad organizada de afiliados que permita satisfacer de manera integral sus necesidades, mediante la articulación de acciones con otros sectores responsables del bienestar y la protección social de la comunidad.

▪ **Las Estrategias del Modelo.**

- Acoger el diagnóstico en salud como herramienta para la gestión de los servicios entendida como un proceso sistemático y organizado de reconocimiento de los problemas de salud que afectan el bienestar de la población afiliada, las formas de vida que protegen la salud o la deterioran, así como la respuesta individual, grupal y social frente a dicha problemática.
- Crear una red de comunales saludables por unidades de gestión en salud en cada municipio.
- Crear un comité de acción preventiva del riesgo en salud y vigilancia epidemiológica comunitaria con integración vertical en los diferentes niveles de gestión E.P.S'S COMPARTA.
- Aplicar las técnicas de vigilancia epidemiológica centrada en la comunidad, incorporando a unidades de la división territorial municipal (Colectivo Institucional) como guardianes de la salud.
- Establecer vínculos de responsabilidad de los proveedores de servicios en el manejo especializado de técnicas de vigilancia epidemiológica, tanto en el nivel profesional como el técnico y auxiliar.

- Seleccionar y capacitar a los comunales saludables en técnicas de vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Crear el centro de información y estadística epidemiológica y calidad de vida como soporte de gestión en salud comunitaria a través de comités de vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Realizar la interventoría y auditoria permanente de los contratos establecidos con las distintas IPS para la prestación de los servicios del primer nivel de atención.
- Establecer las alianzas de usuarios como medios para la concertación de las intervenciones que requieran el concurso de la comunidad.
- Coordinar con las autoridades de salud publica acciones de vigilancia sobre el impacto de las actividades de promoción y prevención
- Promover, bajo la coordinación de la Planeación Corporativa, investigaciones tendientes a establecer la existencia de factores de riesgo, a fin de controlar y/o mitigar su impacto sobre la comunidad de afiliados.
- Convocar a los representantes científicos de las IPS, proveedores de servicios o los vigías de los colectivos institucionales y a las coordinaciones de programas y servicios de E.P.S´S COMPARTA Salud a la constitución de los comités de vigilancia epidemiológica – comunitaria por cada ente territorial o localidad autónoma.
- Vigilar el cumplimiento de las metas de atención de los distintos programas y/o proyectos contratados con las IPS.

- Vigilar, a través de los comités, el cumplimiento de los deberes de las autoridades de salud pública en los referente al Plan de Atención Básica y concertar metas específicas que beneficien a la comunidad de afiliados.
- Establecer vigilancia epidemiológica especial sobre las enfermedades de notificación obligatoria.
- Coordinar acciones con la red de apoyo social y demás instituciones adscritas y/o vinculadas a la protección social a fin de optimizar los resultados y racionalizar el uso de recursos.
- Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia que indique la movilidad de los usuarios al interior de la Red de Servicios a fin de garantizar su continuidad y oportunidad en la prestación de los mimos.
- Establecer una metodología de evaluación de la suficiencia de la red de servicios.
- Establecer los estándares e indicadores que permitan evaluar los resultados e impacto del modelo.

3.2.3 Características Generales del Modelo. El uso de los servicios de salud es determinado por diversos factores entre ellos la accesibilidad, bajo este enfoque "el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios". Este enfoque ampliado comprende diversos aspectos, considerando la utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios de salud.

A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.

Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez permite considerar que la integralidad del modelo depende del abordaje de diversos aspectos que explican el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios.

De esta manera, encontramos un aspecto epidemiológico que aborda el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud; un aspecto psicosocial y otro social que intentan abordarlo en la etapa de deseo y búsqueda de la atención, y, finalmente, un aspecto económico que lo aborda en la etapa de inicio y continuación de la atención.

- **El aspecto Epidemiológico.** Este aspecto se centra en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención.

Así, los daños a la salud (morbilidad, discapacidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los factores de riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los factores de riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los factores de riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso (Véase la Tabla 1).

Tabla 1. Relación de los riesgos con la utilización de los servicios

Tipos de riesgo	SERVICIOS UTILIZADOS		
	Prevención	Diagnostico y tratamiento	Mantenimiento
Iniciadores	+++	++	+
Promotores	+	+++	++
Pronósticos	+	++	+++

Así, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico personal) y, en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación. Los riesgos pronósticos tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los de diagnóstico y tratamiento.

La exposición al riesgo también tiene otra connotación, que implica un efecto protector en el grupo que se expone al mismo. Este es el caso de los servicios de salud; dicho de otra manera, el "exponerse" a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en su conjunto, "protege" a la población "expuesta" en relación con la que no lo está (Véase la Tabla 2).

Tabla 2. La utilización de los servicios como efecto protector

EXPOSICIÓN	UTILIZACIÓN		
	GRADO	EFEECTO PROTECTOR	IATROGENIA
Si	Alto	Mayor	Mayor
No	Bajo	Mínimo	Mayor

Por consiguiente, la población "expuesta" en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor, pero a su vez se expondrá a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia, es decir el conjunto de efectos adversos que se derivan de las intervenciones. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios.

Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando por consiguiente el grado de utilización entre la población "expuesta". Con respecto a la población que no se "expone" a la utilización de los servicios o que lo hace de manera muy eventual, su grado de utilización es muy bajo, el efecto protector es mínimo y la iatrogenia como factor de riesgo es mucho mayor si consideramos que esta población se "expone" a la utilización de otros servicios no institucionales, como pueden ser el curandero, el partero, el brujo, etcétera.

Otro de los factores determinantes considerados en este modelo es la demanda de los servicios; sin embargo no será abordado sino hasta que hablemos de los aspectos económicos. Finalmente, consideremos la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de su utilización.

Con respecto a la accesibilidad "el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población", es considerada como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los

servicios. Esta puede ser de cuatro tipos: geográfica, cultural, económica y funcional

- *Accesibilidad Geográfica.* Se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener oportunamente los servicios en virtud de su cercanía al sitio de residencia y la facilidad de transporte hacia y desde el sitio de atención.
- *Accesibilidad Cultural.* Se mide en función de la trascendencia que para el individuo tiene el sistema de salud formalmente organizado y en términos de empatía con el mismo. Es importante considerar para ello si las intervenciones que se proponen desde el modelo de salud, están en contravía de las creencias o patrones culturales o religiosos del individuo
- *Accesibilidad Económica.* Se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener atención a sus necesidades de salud en virtud de su capacidad de compra de los servicios.
- *Accesibilidad Funcional.* Esta última esta dada por la manera como las instituciones prestadores de servicios, disponen u organizan el acceso a las intervenciones que ofrecen. Tiene que ver con horarios, trámites y otros requerimientos que se le imponen al usuario para acceder a los servicios

La disponibilidad, entendida como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos, también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios.

- **El aspecto psicosocial.** Este aspecto se basa en el concepto de "health behavior", o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad.

Considera que la decisión de "buscar salud" es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios o bases; por consiguiente, este

modelo no intenta proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino que intenta la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud.

La mayoría de las variables descritas en este aspecto son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial. Específicamente incluye dos clases de variables:

- El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.
- Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos.

La susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición. La seriedad percibida puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

Con respecto a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, se considera que la dirección o la acción que ha de tomar es influenciada por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera. También deben considerarse los factores precipitantes o "detonantes"; a este respecto se menciona que el nivel de alerta o aprehensión provee la energía o fuerza para actuar, y la percepción de beneficios proporciona un patrón preferente de acción. En el área de la salud estos factores detonantes pueden ser internos (percepción del estado corporal) o externos (interacción

interpersonal, impacto de medios de comunicación, etc.) La utilidad del modelo dependerá de la manera en la cual las creencias con respecto a la salud puedan ser modificadas en forma planificada: "cambiar a la gente es más difícil que cambiar su ambiente".

El efecto de la comunicación de masas tiende a reforzar la opinión del auditorio, más que a cambiarla; la gente se expone a los medios de comunicación por propia iniciativa y de una manera muy selectiva (selección propia).

La combinación de la comunicación de masas y de técnicas de influencia personal, utilizando el concepto de "simpatía emocional" en subgrupos específicos de población, puede dar mayores resultados en modificar las creencias con respecto a la salud y el comportamiento que el uso aislado de cada una de ellas.

En conclusión, este aspecto sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas no deberá ser hecha a menos que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una condición particular de salud.
- Que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use, reduciendo tanto su susceptibilidad percibida como la severidad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta.
- La presencia de un "detonante" o predisponente para generar la respuesta, generalmente un incentivo.

El aspecto sociológico. Son varios los aspectos sociológicos que explican la utilización de los servicios:

Aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios.

Las redes sociales (individuo, familia, amigos). Cada quien tiene una red central social para resolver su vida, entrando en contacto con individuos; de esta forma las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar los servicios. Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará. Cabe señalar que las críticas que ha tenido este modelo giran en torno a que la dimensión sociológica tiende a diluirse en el proceso de planeación de los servicios, dado que las redes de relación social son constantes e individuales.

La necesidad misma de atención, donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:

- Necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la antipercepción del estado general de salud;
- Necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

Los factores predisponentes: Incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

Los factores capacitantes: aquí engloba a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica dividiéndolos en:

- Recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, etcétera;
- Recursos comunitarios: servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera. Una de las grandes aportaciones de este modelo es que permite distinguir la utilización de los servicios en un sentido curativo (necesidades) y en un sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes).

Finalmente, la selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución del problema de salud, están determinadas por la interpretación que el individuo da a la producción de la necesidad y al hecho de ejercitar la demanda, misma que es modulada por la oferta que constituye una entrega tecnológico-instrumental determinada por las leyes de la distribución.

El aspecto económico. Este aspecto considera la utilización de los servicios de salud, bajo los criterios de la teoría económica el cual analiza los servicios de salud sujetos a ecuaciones de demanda, derivada de la maximización de una función de utilidad, sujeta a una restricción presupuestal simple, donde se supone que el ingreso monetario se gasta en dos grupos de bienes que se usan: el de los servicios médicos y el otro formado por todos los demás bienes. La utilidad se expresa como $U = (x, y)$, donde la utilidad depende de la cantidad de los bienes "x" y "y" que se consuma, que correspondería a los dos grupos de bienes. Para consumir estos bienes se necesita que la persona tenga cierto ingreso, pero lo que puede adquirir depende de los precios de los bienes. La hipótesis que se trata de probar es que la demanda de servicios depende de su propio precio, de otros precios, del ingreso y de los gustos de las personas.

Sin embargo, la variable del ingreso del usuario puede actuar como restricción presupuestal o generadora de maximización de la utilidad pierde su función de determinante en el uso de los servicios de salud dado que sus necesidades en

salud se suplen con régimen subsidiado ofrecido como un derecho fundamental difundido como un valor financiero dado a cada beneficiario del sistema (UPC). En consecuencia, la relación costo – demanda se quiebra irremediablemente y surge en la relación económica un actor colectivo administrador de la UPC del beneficiario, debiendo asumir dos variables generadas en un modelo de aseguramiento; de una parte, una demanda, como ya se dijo, sin relación de costo y de otro lado, un prestador de servicios con la lógica de la salud pública como un servicio de caridad que debe financiarse a los costos de operación.

Todo lo anterior genera distorsiones en la sensibilidad y tendencia del usuario y torpeda la búsqueda de los principios rectores y el enfoque de la seguridad social en salud.

3.2.4 El Modelo Integrado. El modelo E.P.S'S COMPARTA Salud propone integrar elementos distintos de estos diversos aspectos: Epidemiológico, psicosocial, social y económico. Estos elementos permiten evidenciar el aporte de los distintos aspectos de los determinantes de la utilización de los servicios de salud; en este sentido, se concluye lo siguiente: el aspecto epidemiológico hace énfasis en la etapa de necesidades; el aspecto psicosocial se centra en la etapa del deseo, dando un aporte, aunque en menor grado a la etapa de continuidad (adherencia); el aspecto social, además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de necesidades y en cuanto al poder de utilización en torno a la accesibilidad. Finalmente, respecto al aspecto económico, su mayor énfasis está en la etapa de inicio y continuidad, no obstante hace aportes considerables sobre la disponibilidad de los servicios y el nivel de aseguramiento de la población sobre la utilización de los servicios y, en menor grado, considera la etapa de búsqueda de la atención. En síntesis el uso de los servicios de salud es la consecuencia combinada de los cuatro aspectos expuestos. Las razones son las siguientes:

- Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su cultura, poder de aseguramiento y personalidad.
- El individuo, dependiendo de la edad, demanda distintos tipos de salud, puesto que la relación entre la edad y el uso de los servicios no es simplemente lineal ni es la misma para cada tipo de servicio.
- El sexo de la persona marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así la mujer en edad reproductiva necesitará de atención obstétrica, sin embargo el grado en que la demande dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada.
- El tamaño de la familia afecta la demanda de los servicios considerablemente, pues se supone que una familia grande tendrá un menor ingreso por capita que una familia pequeña con el mismo ingreso, aunque este factor afecta directamente la demanda de servicios de salud según el nivel socioeconómico.
- Por último, la educación de una persona puede afectar la salud de otra y su demanda de servicios de salud; este es el caso de los padres, en especial la madre. Una mayor educación del individuo y de los padres permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad, por lo que se espera que una familia con mayor educación utilice más los servicios de salud, sobre todo en el caso de enfermedades agudas y en servicios preventivos.

Se podría decir que el uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres aspectos principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor, como estructura de oferta de servicios. Es preciso también, señalar que la condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la

estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influyen sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos, en cierta forma regulando la demanda, según el modelo contractual de Oferta – Demanda los tres aspectos determinantes en el uso de servicios de salud y sus expresiones de tendencia permiten contextualizar igualmente tres escenarios concurrentes a la estructura Técnico – Operacional de Comparta Salud.

En primer lugar, el estado de salud y de enfermedad de la población asegurada, como variable de demanda implica el aseguramiento del componente social en salud; entendido este, como el acceso efectivo a la unidad de producto contenido en el plan obligatorio de salud POS-S; visto como la responsabilidad fundamental de la administración del régimen subsidiado. Hay obligaciones subyacentes necesarias; de soporte a esta responsabilidad esencial como un adecuado sistema de información, que permite establecer un perfil epidemiológico y de siniestralidad en condiciones o variables como: patología, lesiones y condiciones precursoras, frecuencias, costos, prestadores y resultados del tratamiento.

Esta primera gran responsabilidad se asume desde la gestión de eficiencia de los servicios de salud y las coordinaciones especiales de planes y programas de promoción y prevención.

En segundo lugar, las decisiones del usuario como expresión de su deseo de sus búsquedas de la necesidad de ser sujeto de derecho y de comunidad, abre espacio a la construcción de unas nuevas relaciones expresivas de participación organizacional mutando de expectante de eventuales beneficios a constituyente primario de los modelos de gestión en el componente social; en ese tránsito la coordinación del SIAU dispone la formación, y la información; coordina la cooperación y la interacción; guía la intervención y la gestión, y lidera la evaluación y retroalimentación.

En última instancia, las decisiones del proveedor como estructura de oferta de servicios, examina las causas o motivaciones para que las IPS ofrezcan determinados servicios, niveles y especialidades; caractericen determinado enfoque, dentro de ciertos criterios; oferten en función de condiciones como su nivel tecnológico, la disposición de oferta en un área geográfica, su naturaleza jurídica; aspectos estructurales del sistema de salud, y elementos de política de ajuste y definición del marco regulatorio de la salud subsidiada. En este evento, la gerencia en salud garante del acceso efectivo a los productos de salud establece factores determinantes de la demanda, fundados principalmente en: las libertades y derechos de los beneficiarios; aspectos básicos como las estructuras presupuestales y enfoques de atención; la cultura de gestión de garantía de la calidad y disposición de requisitos esenciales y sobre los condiciones y modos necesarios en la formación de hábitos de racionalidad.

E.P.S`S Comparta define el, Modelo de Prevención y Atención del Riesgo en Salud como: El conjunto de estrategias y acciones que permite el mantenimiento y recuperación de la salud del individuo como ser biosicosocial y su familia como unidad de capital social, garantizando el acceso oportuno al POSS en condiciones de calidad y eficiencia, a partir de la adopción de estándares de atención y con base en el perfil epidemiológico, el contexto socioeconómico y en el marco normativo.

3.2.5 La Estructura Operativa del Modelo.

- **Niveles de organización para la acción preventiva y control del riesgo.**
- **La Familia.** Es núcleo fundamental del modelo de salud comparta, entendiendo que en este nivel se generan todos los acontecimientos que determinen las variables de uso de los servicios de salud; allí tienen desarrollo los factores de riesgo previsible y prevenible, los hábitos y características de enfoque en el manejo de la salud y la enfermedad de la persona o de la familia, las actitudes y posturas frente al bien público de la salud y los servicios de salud y finalmente los modos de interacción con la administración del régimen

de salud y con las instituciones prestadoras de servicios. En consecuencia la familia como primer eslabón de la organización en el modelo de salud, es la fuente y a la vez receptora de la política Técnico-científica de la acción preventiva, la vigilancia y el control del riesgo.

- **Unidad de Gestión en Salud.** La unidad de gestión en salud, la constituye una unidad territorial de la división Política-Administrativa de la administración pública local: una vereda en el municipio, un barrio en la ciudad, un asentamiento, un sector, un corregimiento en el municipio o en la ciudad; la unidad de gestión georeferenciado de esta manera requiere de organización comunal que legitime su representación y actuación en ejercicio de la potestad social y comunitaria.

En este nivel la extensión comunitaria como responsabilidad funcional del sistema de información y atención al usuario establece y concreta un esquema de pedagogía interactiva que desde el colectivo veredal o barrial instale responsabilidades especiales en el beneficiario del sistema, el usuario del servicio de salud y en el colectivo como procurador de condiciones y hábitos saludables y estándares de calidad de vida. En este nivel la formación en el ejercicio de los derechos ciudadanos y populares, genera el contexto necesario en la implementación de el modelo de salud compartida y crea contorno para la acción corporativa e integral de la gestión social como proceso participativo y eficiente para una mejor condición de vida.

- **El CAPVEC.** El comité de acción preventiva y vigilancia epidemiológica comunitaria, esta integrado por el total de los comunales saludables, estos son comunales dentro de la comunidad georeferenciada como unidad de gestión en salud, por el agente social con responsabilidades delegadas en aseguramiento, en los aspectos de relación en el SIAU y en la implementación de las políticas de gestión en calidad de salud compartida; por un representante de los prestadores de salud con capacidad de intervenir en el plan programa de

servicios, a propósito de su eficacia, y por un representante de la institucionalidad de protección social, si operan allí y es del caso.

En este Nivel acontece la activación primaria de la relación con el beneficiario se da orientación, inducción y atención del usuario; de otra parte se identifican las condiciones de salud y factores de riesgo, se controla el impacto de las intervenciones. De igual modo facilita la penetración de las acciones a la comunidad y permite ejercer los derechos y controlar el cumplimiento de responsabilidades en los tantos escenarios de comunidad e individuo.

- **El Coteciges.** El comité Técnico – Científico para la gestión de eficiencia en salud, conformado por los gestores de salud, las coordinaciones de P y P y de sistemas de información y atención al usuario, todos de nivel departamental y regional. En este comité se planea todo el componente de servicios, se define la programación de los distintos segmentos articulados en condiciones de referencia, se concretan las estrategias y las acciones que movilizan el sistema, se asegura el cumplimiento de los principios rectores y generales del régimen de salud y se transversaliza la política en salud con la seguridad social en general y la calidad de vida de la población en comparta. Desde acá, se dirige y coordina la gestión del modelo.

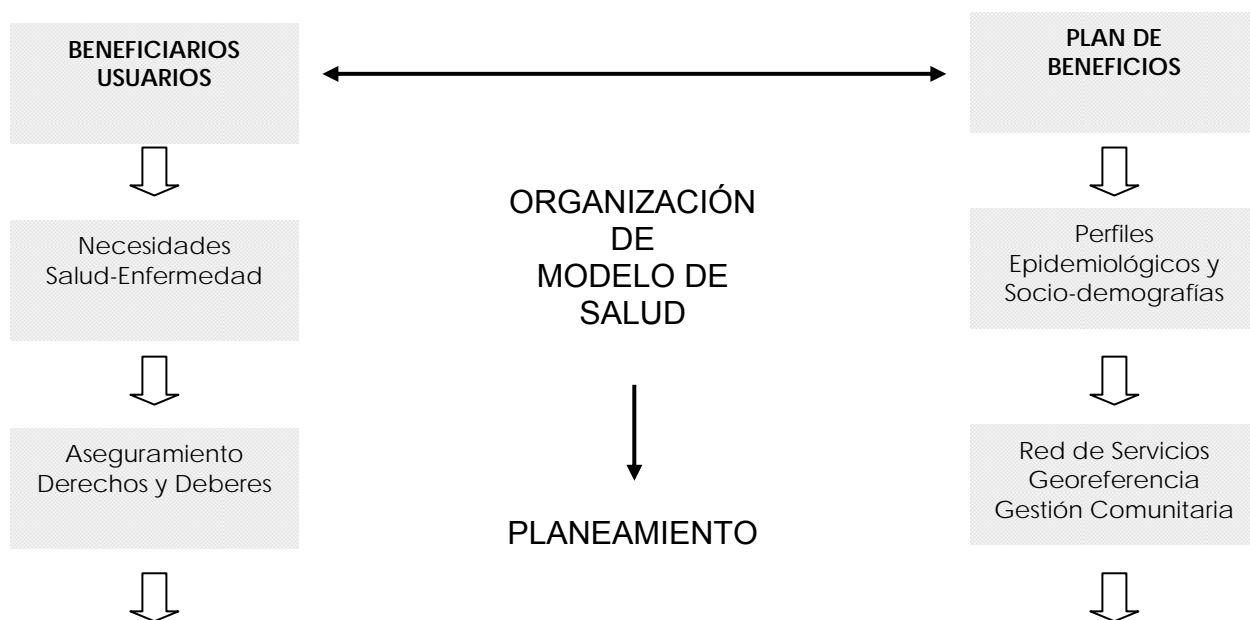
“Sabemos que un buen plan es solo un plan – es decir, buenas intenciones, a menos que se convierta en trabajo.” El rasgo distintivo que caracteriza un plan capaz de producir resultados, es el compromiso de personas fundamentales a las que se encomienda trabajar en tareas específicas.

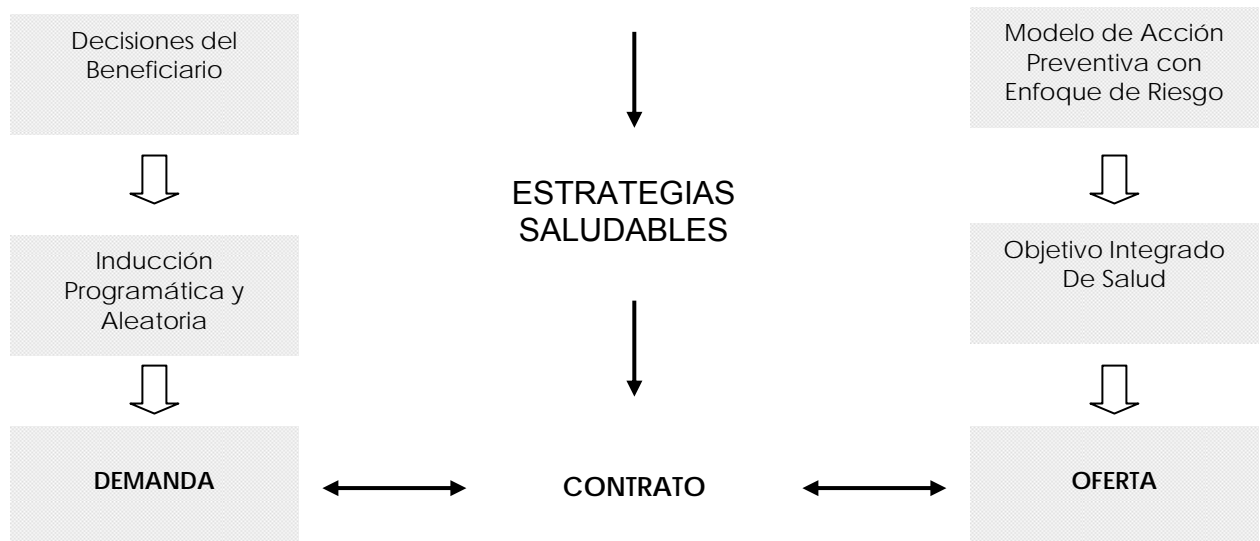
- **El COPCO.** Este comité es de planeación corporativa integrado por las direcciones técnicas y de responsabilidad social de la organización comparta; las coordinaciones Técnico-Científicas y del SIAU de las regionales, es un comité eminentemente técnico, concurren a este los resultados generados en La dinámica del modelo. En esta instancia se analizan los resultados por regional, se precisan los factores de incidencia en la operación en tres diversas

variables: 1). En cuanto a la población beneficiaria: La salud, enfermedad y comportamiento del usuario y de la comunidad; 2). El enfoque de oferta de los proveedores de servicios de salud; y 3). El desempeño funcional de los distintos niveles de la organización del modelo en salud. Como escenario de análisis y discusión se identifican los elementos facilitadores de mejor resultado y los aspectos perturbadores del objetivo como condición para reinventar o rediseñar los esquemas por donde fluye el proceso. Hay en este comité finalmente la responsabilidad de trazar la línea de gestión para el próximo tramo garantizando la eficacia de la misión visionaria del modelo de acción preventiva y atención del riesgo en salud de compartía.

- **Sistema de relaciones en la administración (aseguramiento del régimen subsidiado).** En principio es necesario describir el sistema de relaciones en el aseguramiento del régimen subsidiado como un mercado de naturaleza social, en el que ocurren las diversas expresiones de tendencias y necesidades; de otra parte, surge el modelo y el contenido de los planes de beneficios como objetivo del sistema. Uno y otro conforman el ámbito dentro del cual las relaciones de oferta y demanda concurren para la formación del contrato.

Figura 5. Morfología del mercado social de salud





Fuente. EPS'S COMPARTA

- **Gestión de demanda de servicios.** La gestión de la demanda es de especial interés en el modelo de salud; examina las necesidades de servicio y los aspectos determinantes, en este momento se reconoce al beneficiario (cliente) los atributos que le ofrece al sistema y su correlación como sujeto de la seguridad social en salud.

La identificación de los perfiles y sus condicionantes; los factores de riesgo y la organización comunitaria, constituyen el primer insumo en el esquema participativo del modelo de salud. En el interactúan el usuario, la familia, la comunidad dentro de la unidad de gestión de demanda en salud.

En la gestión de la demanda se pone de manifiesto los valores corporativos de comparta y sus expresiones programáticas y de extensión comunitaria y las instancias con gestión en el bienestar social; en este escenario de participación e integración de factores que inciden en la composición de la demanda se genera el enfoque del modelo de salud comparta, soportado en función de las variables que reportan la mayor utilidad en la satisfacción del beneficiario por el plan de salud y sus necesidades subyacentes.

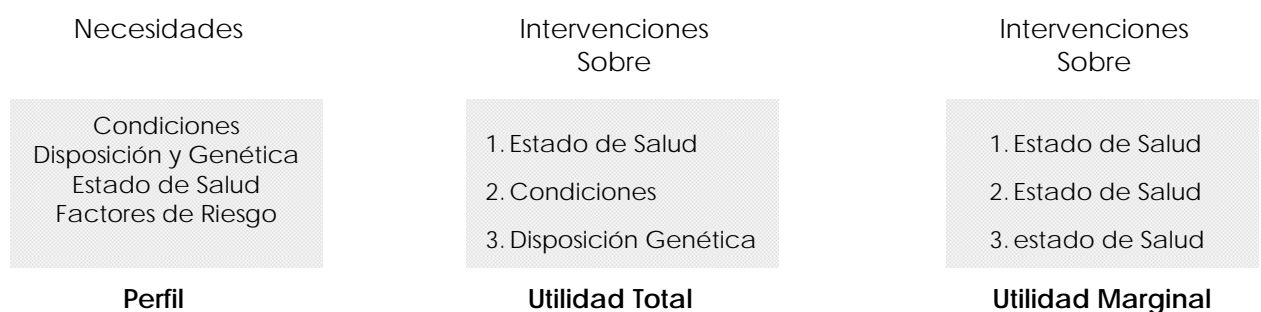
Analizamos la relación entre la demanda de salud y la calidad de vida y las variables que focalizan el modelo de salud.

- **Demanda y utilidad.** La utilidad es la capacidad que tienen los servicios y suministros de salud para satisfacer las necesidades de salud y calidad de vida de los beneficiarios. Los servicios y suministros satisfacen las necesidades de los beneficiarios por sus características específicas que los hacen aptos para ello; estos servicios reportan su mayor utilidad cuando logran la satisfacción de estar SANAS.

Si se acepta que los servicios tienen utilidad; entonces, si se asiste a más intervenciones, la utilidad será mayor; sin embargo, la observación muestra que “No por tomar más pastillas se está más sano”, lo que sugiere la existencia de dos tipos de utilidades: La utilidad Total y la Utilidad Marginal. La utilidad total es toda y por todas las intervenciones en salud que su conjunto tienen la propiedad de progresivamente lograr la máxima utilidad de estar SANOS.

La utilidad marginal es aquella que proporciona la última intervención de manera aislada, generalmente generada por la necesidad de estar ALIVIADO. Una muestra progresiva de la utilidad es la siguiente:

Figura 6. Esquema de Intervenciones



Fuente. EPS'S COMPARTA

En principio, visto desde la teoría de la utilidad se colige que las intervenciones en salud con utilidad total corresponden a las que consideran todos los factores determinantes de manera integral y sistémica; de otro lado, las intervenciones puntuales en atención del estado de salud, solo obtienen utilidad marginal. Veamos este fenómeno desde el plano cartesiano, sobre el eje de las abscisas colocamos las intervenciones y en el eje de las ordenadas la utilidad (Satisfacción).

- **Utilidad total – utilidad marginal.** La utilidad total en su primera intervención coincide con la primera intervención de utilidad marginal, pero luego que se van sumando intervenciones va creciendo la utilidad total hasta el punto de la satisfacción máxima, a partir de la cual parece no tener utilidad las intervenciones adicionales; por el contrario las intervenciones con utilidad marginal a medida que aumenta en su numero van perdiendo utilidad hasta el punto de tener efectos negativos.

La primera intervención que atiende una necesidad de salud, de manera aislada tiene el mismo nivel de utilidad o satisfacción que una intervención con enfoque preventivo, pero a medida que aumenta la cantidad de intervenciones la utilidad marginal de cada una de ellas va disminuyendo en relación con el anterior. Esto significa que la nueva consulta por servicio, proporciona menos satisfacción que las anteriores.

Cuando la utilidad total alcanza el punto máximo de satisfacción, la utilidad marginal tiende a cero.

La utilidad marginal va disminuyendo cuando aumenta la demanda de servicios hasta que llega inclusive a generar problemas. Por el contrario la utilidad total generada en el modelo preventivo incrementa la satisfacción a medida que aumenta las intervenciones.

La utilidad marginal parece darse en las intervenciones de atención en salud, en la que la relación de oferta se limita a identificar la expectativa individual de alivio del usuario; de tal manera que por un dolor de estomago se ofrece una consulta medica y un suministro de ranitidina; como no ha sido considerado el factor determinante del malestar estomacal, en la segunda intervención ante la misma necesidad se ofrece el mismo servicio y se suministra nuevamente ranitidina. La expresión en esta oportunidad por parte del usuario será de insatisfacción por considerar que solo se ofrece ranitidina.

De la otra parte, la utilidad total se genera en las intervenciones con enfoque preventivo y en control del riesgo, pues la primera intervención sugerida es un hábito en el consumo de ingestas, la segunda tendría que ver con el manejo de la enfermedad si apareciera de tal manera que el usuario identifica que el propósito último es estar sano.

En la demanda, los beneficiarios obtienen satisfacción o utilidad en la medida en que acceden de manera oportuna y suficiente a los servicios y suministros del POS-S y a los servicios complementarios de manera integral; su consideración específica sobre Comparta como E.S.S. es relativa al entendimiento y conocimiento de estos aspectos y su efectiva resolución; para entenderlo mejor analizamos algunos factores determinantes de la demanda y sus efectos.

- **Determinantes de la demanda de servicios.** Necesidad por contingencia de salud: Es la principal motivación para acudir a los servicios de salud, la demanda es pertinente en relación proporcional a la información suministrada al usuario, sobre coberturas, red y manejo del servicio.

Tiene en este factor, gran importancia el aseguramiento de la accesibilidad en todos sus elementos; también juega con relevancia en la satisfacción del usuario

el manejo integral del servicios, lo que implica la gestión de la continuidad de la atención y de actividades no POS-S.

Expectativas. En este aspecto, los beneficiarios actúan en función del aspecto psicosocial, especialmente en consideración a la exploración de derechos en el sistema y a la identificación de barreras en la utilización de los servicios.

La tendencia de expectativa facilita el direccionamiento del enfoque de la atención, conocer las alternativas disponibles para reducir la amenaza de los factores determinantes de la salud o de la enfermedad, ha de permitir la estructuración de un plan de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, integrado por las acciones del POS-S, de la salud pública y de programas aleatorios, con gestión individual y colectiva de la población beneficiaria.

Accesibilidad: Este es un elemento que condiciona tanto la demanda del usuario como el comportamiento del volumen y costo final de aseguramiento de la población; la accesibilidad es un determinante crítico; de un lado, es la obligación primera del aseguramiento y principal característica de la calidad de los servicios; en esa razón, se garantiza la accesibilidad funcional y la disponibilidad, entendida como la forma en que se organizan y disponen los servicios.

De otra parte, es necesario distribuir de manera equidistante la oportunidad de acceso en virtud de la georeferencia; la necesidad de servicio, y las metas de cobertura.

Inducción y Publicidad: El usuario debe conocer el plan de beneficios, la red prestadores, los procedimientos de acceso, el enfoque y estructura del modelo y en general los derechos y deberes como tal. En este elemento de la demanda, es preciso construir en el sentimiento de la buena voluntad del beneficiario, el hábito

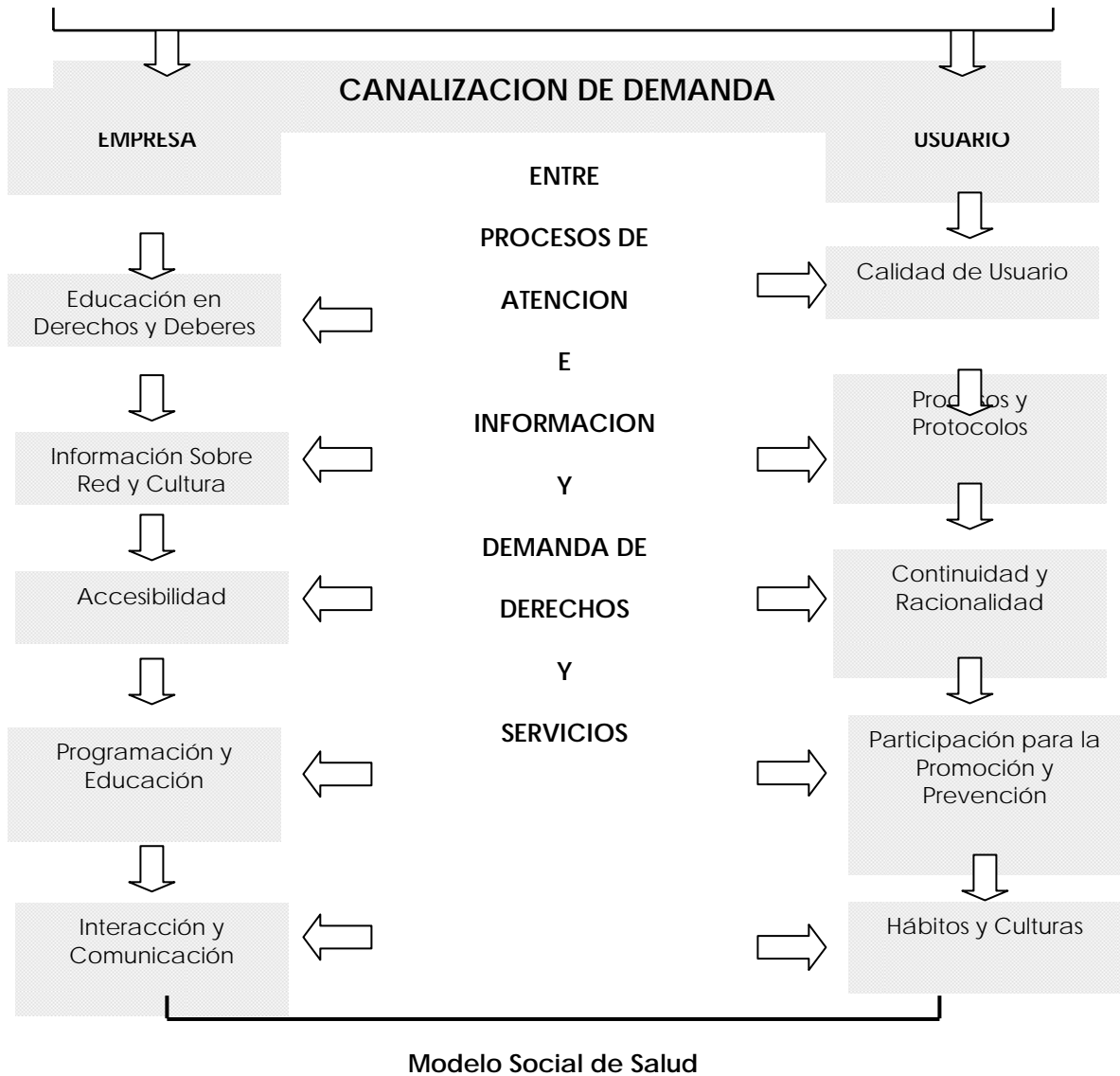
de la racionalidad, buscando la mejor utilidad con énfasis en la promoción y prevención.

Todo en el marco de la interacción y comunicación de pedagogía sobre el manejo y cuidado de la salud, la calidad en los procesos y el equilibrio del sistema.

En síntesis, las condiciones necesarias para canalizar la demanda, en consideración a los factores determinantes de la misma, serian los siguientes:

Véase la Figura 7.

Figura 7. Canalización de Demanda



Fuente. EPS'S COMPARTA

- **Gestión de oferta de servicios.** Ya vista la demanda de servicios como uno de los componentes principales del modelo de salud, se analiza ahora la disponibilidad de servicios y los criterios con que son ofrecidos; es decir, la gestión de la oferta, como el otro elemento esencial para comprender el funcionamiento del sistema.

Examinamos el contenido del plan obligatorio de salud subsidiada POS-S, las frecuencias medias, el planeamiento y programación de presupuestos y servicios; la red de oferentes o prestadores de servicios, los criterios de calidad en los servicios y la relación contractual que formaliza y regula todos los elementos y determinantes de la oferta de servicios. En la gestión de servicios del POS-S diremos como enunciado que la oferta es la suma de las instituciones prestadoras de servicios y los servicios de portafolio de cada una de ellas, por niveles y modalidades, contratados para una población específica en un periodo determinado.

Para el análisis cuantitativo de los servicios disponibles en la oferta se considera como una función matemática expresada, por los contenidos presupuestales, de canasta de servicios, de promedio de actividades específicas, por un número de población en consideración a tarifas y modalidad contractual. Sin embargo, dado que los supuestos del beneficiario como demandante de servicios, no son de libre escogencia; sino que corresponden a un plan de beneficios con condiciones y protocolos; definidos en el planeamiento de servicios; en consecuencia, la oferta de los servicios de salud está determinada por elementos y causas que inciden no tanto en su magnitud, como si en los criterios de calidad del servicio de salud como tal, dependiendo de la modalidad contractual en que se establezcan.

Una vez definida la oferta y la esencia de su dinámica, se exponen los factores determinantes, como aquellos que provocan el enfoque de atención y el comportamiento de facturación de servicios de los proveedores; entre los principales determinantes de la oferta se cuentan estos:

- *Planeamiento y Programación:* El planeamiento se entiende como el establecimiento de las coberturas en consideración al plan de beneficios, a la disponibilidad de oferta, al número de asegurados, al valor del aseguramiento en un periodo determinado. La programación implica, inducir el enfoque del

modelo, basados en los perfiles de los asegurados; en las variables del planeamiento, las políticas del sector y las estrategias organizacionales.

El planeamiento y la programación tienen como propósito central, asegurar el principio de eficiencia, encauzando la realización de metas y coberturas en el mejor aprovechamiento de la oferta de servicios para lograr los mayores y mejores resultados en la salud de los usuarios.

- *Tecnología y Calidad.* La introducción de nuevos equipos y métodos de producción de servicios, impactan en la productividad de las IPS. Pero también, provocan cambios relativos en la magnitud de la oferta. La tecnología y el aseguramiento de la calidad en el servicio son dos factores de marketing en los oferentes de servicios que tienden a inducir la demanda por parte del usuario y ampliar el portafolio de disponibilidad de servicios complementarios; incrementando la expectativa y las líneas de manejo de la necesidad demandada.

Sin embargo; estos factores, favorecen la integralidad del servicio y la confianza en el proceso del servicio; la tecnología y la mejora de calidad de la atención han de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y con pertinencia de manejo.

- *Modalidad Contractual.* Es quizá de los principales determinantes de la oferta; este aspecto influye en el comportamiento de los proveedores como oferentes del servicio.

En orillas de la gama de posibilidad contractual, se hallan las modalidades de capitación y la facturación por evento. En el primer escenario, si bien, se distribuye el riesgo entre los diferentes agentes, se afecta la primera característica de la

calidad de la atención; la accesibilidad, dado que el prestador al buscar su mayor utilidad establece barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios.

En la modalidad de evento, por el contrario, se induce la demanda, afectando los criterios de racionalidad, eficiencia y pertinencia del servicio, y generando riesgos en el equilibrio presupuestal y financiero.

Lograr la mejor utilización posible de la oferta, con servicios prestados de forma adecuada, oportuna y suficiente; como demandados con racionalidad y pertinencia por parte del usuario, es el equilibrio que se tiene como finalidad en relación con la red prestadora.

- *Causalidad y Líneas de Servicio.* Es quizá uno de los determinantes sobre los que se debe enfatizar el enfoque del modelo de salud. Unas condiciones determinan al usuario frente al espectro de actividades y procedimientos ofertados en un prestador de servicios; las características de la persona usuaria y la necesidad del servicio son los elementos que definen de manera específica la atención ofrecida. Eventualmente ocurre que una atención causa otra actividad o procedimiento; el criterio de integridad debe corresponder a las líneas de manejo de los planes y programas de la demanda. Para esto, debe evitarse la canalización hacia los servicios estratégicos del proveedor.
- *Naturaleza y Volumen de Oferentes.* En el mercado regulado de la salud; los oferentes generan disímiles factores y formas de presión; la naturaleza pública de las IPS ha sido, un factor determinante de oferta, sustentado en dos razones: la primera es de orden legal, prescrita en una cuota mínima porcentual de la UPC; la segunda se da por cuenta de la dependencia del proveedor público, de los entes territoriales que a la vez son instancias de dirección y financiación del sistema.

Esta distorsión de equilibrio del mercado de los servicios de salud, sugiere trabajar en la eficacia de los servicios ofertados, con especial énfasis en la conducencia, continuidad e integralidad como características de la calidad del servicio. Este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en los municipios donde los Hospitales no tienen competencia regular; pero la oferta es suficiente, de manera que, un plan de mejoramiento continuo asegura una gestión cooperada e integradora con los objetivos territoriales en salud.

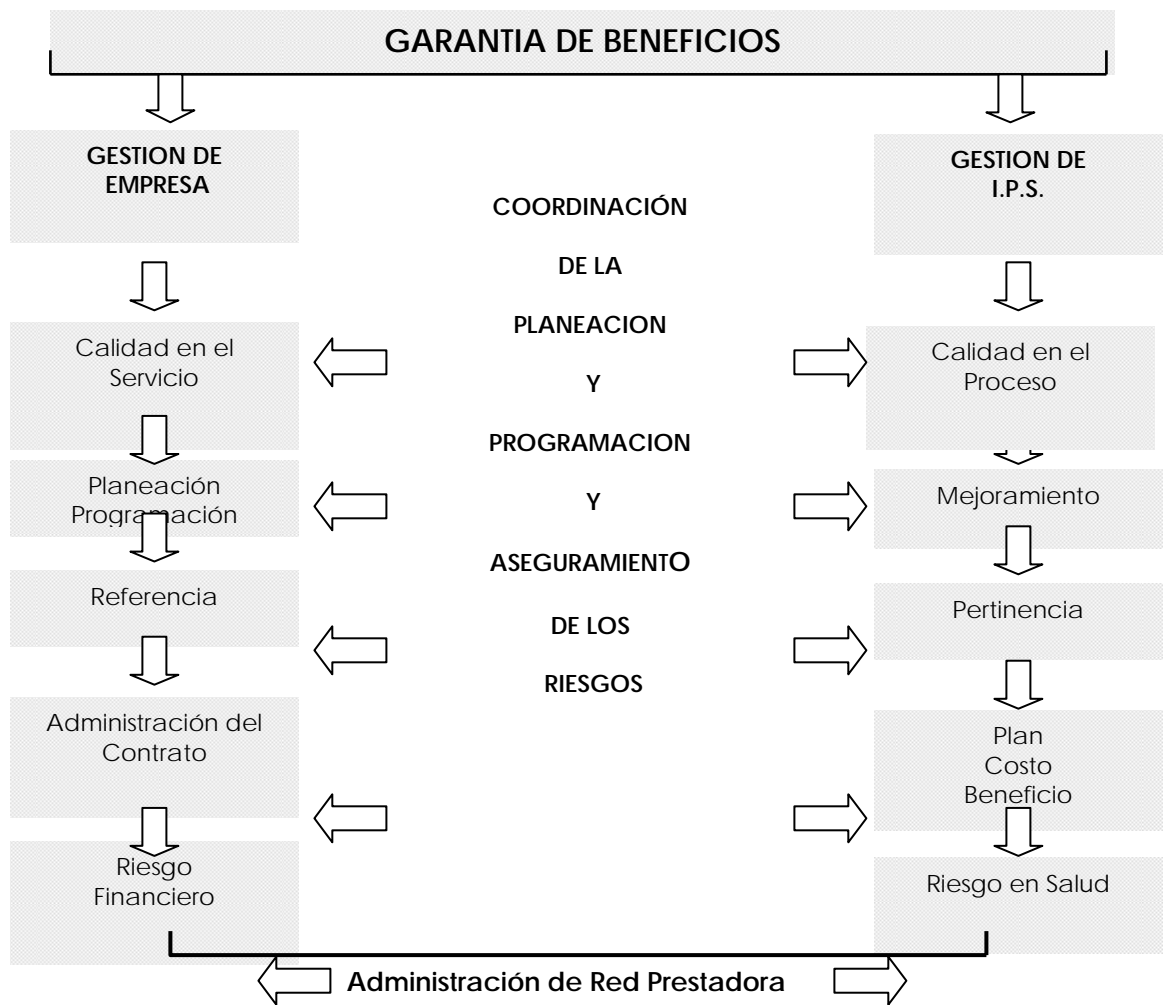
- *Condiciones de Referencia:* Se ha dicho, que diferentes aspectos de accesibilidad a los servicios como los geográficos entre otros afectan la demanda; ahora identificamos referentes del servicio que afectan la oferta, en las metas y objetivos de cobertura en actividades de programa o servicios con remisión a niveles de mayor complejidad.

Inducir o restringir son dos acciones aplicables en el propósito del justo equilibrio en los diferentes expresiones de los factores determinantes de la oferta. Una demanda enfocada, necesita una oferta de servicios que oscile entre la inducción de acciones promocionales, de prevención y atención de actividades de baja complejidad; y la restricción de intervenciones inconducentes en niveles de alta complejidad; es precisamente en la referencia de los contratos de servicios donde se gestiona la adecuada equidistancia entre oferta de los proveedores y la demanda de los usuarios.

Para el desarrollo de los procesos de gestión de oferta abordamos dos temas esenciales: el contenido del POS-S estructurados en niveles de complejidad, en atención a los servicios trazadores y a los tramos de cobertura; y la red prestadora de servicios.

En resumen la administración de la oferta, implica la relación de la empresa con la red de servicios, con la expresión sinóptica que sigue:

Figura 8. Garantía de Beneficios



Fuente. EPS'S COMPARTA

- **Control social en la gestión de los servicios de salud.** Implementar mecanismos de control social desde la gestión de la demanda de los servicios de salud; como escenario democrático y dinamizador de los derechos de los usuarios, y la garantía de la eficiencia y la calidad de la oferta de servicios, es objetivo de fundamental importancia en este modelo de salud. Permite de una parte concertar y estandarizar los procesos de atención del usuario y los

indicadores para evaluar los niveles de gestión y resultado de la empresa como administradora del derecho a la salud de determinada población.

Debe además, facilitar la medición de la satisfacción del usuario por la atención de los servicios medios, suministros y demás acciones y actividades del plan de beneficios ofertados especialmente en cada uno de los proveedores de la red de prestadores, asegurando en esta instancia el mejoramiento del sistema como resultado de métodos y pedagogías para lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, en un uso racional y eficiente de los recursos disponibles.

Por último, fundamentalmente el control social en los servicios facilita la gestión comunitaria y toda acción de vigilancia, inspección y control, coordinada y armónica de los órganos, agentes, y sujetos de la estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Para articular usuarios y oficinas de aseguramiento del servicio en la empresa, con los organismos rectores del sistema, para el ejercicio eficaz y eficiente de los objetivos de la salud y su control, es preciso definir muy bien las responsabilidades de los diferentes órganos agentes y sujetos del sistema; pero especialmente es necesario la articulación de las acciones, la planeación, la unificación de objetivos en los programas y la corresponsabilidad frente a las normas y procesos, como esquema legal y formas de gestión y desempeño, todo como estrategia central para llevar a buen término este modelo de salud con características de transparencia, eficiencia y solidaridad.

La gestión de los servicios pone todos los recursos en función de llenar las necesidades del usuario “a quien le administramos su derecho” buscando soluciones integradoras para responder a las expectativas de estos en un marco de participación y calidad. Dentro de este modelo se promueve el empoderamiento

de los beneficiarios, pues es fundamental su participación en las decisiones referentes al cuidado de su salud y al comportamiento de la demanda de servicios, pero tal vez más importante es su contribución en los procesos de participación, especial en el control y vigilancia de la oferta y sus implicaciones administrativas.

En este universo de organismos que trazan las políticas y controlan el desempeño del sistema; de agentes que apoyan el ejercicio de la inspección y vigilancia de las responsabilidades; de las normas y procedimientos, refiriendo y orientando el marco, las líneas y criterios de ejecución y de sujetos que aseguran, generan, financian, gestionan, administran, programan, ejecutan y prestan servicios, el usuario es el centro, es el objetivo del sistema, es el titular del derecho a la seguridad social y por tal naturaleza es el sujeto de la política organizacional de este modelo y de la empresa. En esta premisa. La E.P.S'S. Comparta organiza sus obligaciones y responsabilidades en relación con las diferentes instancias de dirección, vigilancia y control; de administración y Financiación de prestadores de servicios; como frente a asociados, beneficiarios, comités y demás instrumentos de participación.

En este sentido ante los órganos de dirección, vigilancia y control, especialmente el Ministerio de la Protección Social y la Super, Comparta mantiene y mejora las condiciones de operación y permanencia, asegurando capacidad y suficiencia administrativa, financiera, tecnológica y científica; lo que incluye actividades dirigidas y evaluar los estándares actuales de aseguramiento y sistemas de información y reportes de carácter administrativo, financiero y contable; y acciones de socialización y alimentación en los procesos de información y educación al usuario; capacidad para garantizar la operación; la organización de la red prestadora de servicios; las estrategias para la administración del riesgo en salud, y la prestación de planes y programas de promoción de salud y la calidad de vida.

Surge acá el objetivo de fortalecer la capacidad administrativa, técnica, financiera y operativa; como el sistema de información e interrelación con el usuario y su organización; para garantizar de una parte la permanencia y el desarrollo del sistema, a la vez que se genera confianza y certeza de la empresa como administradora solidaria.

Con las instancias de administración y financiación específicamente con los entes territoriales.

- **Canasta de beneficios (Plan de coberturas).** El afiliado como “totalidad”, es síntesis de tres componentes: Como sujeto de derechos, y por tanto frente a un esquema de accesibilidad a los servicios a través de unos procesos de aseguramiento y agenciamiento de sus necesidades; como responsable de deberes que implica el desarrollo de sus demandas, con capacidad para asumir con adecuado enfoque el manejo de su condición de salud; por último como objetivo fundamental del sistema de salud y como tal, frente a escenarios de participación e interacción con los diversos sectores que intervienen en el manejo de la salud.

En concordancia, con la naturaleza del afiliado, la E.P.S'S. COMPARTA ha diseñado un plan de coberturas, correspondiente con los diversos factores determinantes del uso de los servicios; y enfocado a la prevención y al aseguramiento de los riesgos que inciden en la condición de salud, de los usuarios; de manera que se asume la salud, como un fenómeno colectivo de carácter social, de manera que las causas de salud – enfermedad, se relacionen claramente con la manera como los usuarios y sus colectivos, entran en contacto con el cotidiano vivir, en casa, en familia, en la vereda, o en el entorno que determina su condición de vida.

Frente a esa realidad, de familia y sociedad se propone, una canasta de servicios que contiene los diversos tramos de cobertura, y la expresión del afiliado frente a

cada uno de ellos; implica también, sujetar el plan de coberturas a los niveles de atención, los servicios trazadores implicados por cada nivel, y dentro de estos todas las actividades intervenciones, procedimientos y suministros, en concordancia con:

- Los contenidos, en el Plan Obligatorio De Salud Del Régimen Subsidiado, de conformidad con el acuerdo número 306 de 2005 (CNSSS).
- El Manual de Actividades y Procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, adoptado en la resolución 5261 de 1994,
- El manual de medicamentos y terapéutica, definidos en los acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS y,
- Las normas técnicas y guías de atención adoptadas en el acuerdo No. 117 de 1998, la resolución No. 412 de 2000, el acuerdo No. 229, las resoluciones 3284 de 2000 y 968 de 2002, y naturalmente todas las normas que adiciones, modifiquen o sustituyan los referentes legales anteriores.

Con las referencias normativas anunciadas, en estricta sujeción a ellas, y a propósito de la estructuración de los servicios tenemos:

- *Tramos De Coberturas:* Los tramos de cobertura, indican, definidos componentes en el manejo del Plan de Beneficios, en una secuencia, que permite constituir programas, procesos y equipos, con perfiles pertinentes para asegurar la eficiencia, la racionalidad, y el enfoque del modelo de salud. Así tenemos, que la línea de coberturas se secciona en cuatro tramos específicos: Promoción, prevención atención y rehabilitación.
- *Promoción:* En este primer tramo, es preciso, identificar y concretar condiciones, y estándares de la salud y de los servicios para atenderla, estableciendo estrategias para la construcción de cultura, sobre el concepto de salud que debemos promover. Ubicando en este tramo toda estrategia y

proceso de gestión, que implique en el usuario, una actitud participativa, vinculante y entusiasta, en la aceptación de sus responsabilidades y en los procesos de atención, el propósito de asegurar altos niveles de eficiencia y calidad en el servicio.

Se ubica así, la promoción de la salud, en el eje central de la calidad de vida del usuario, su familia y la sociedad, relacionándose estrechamente con las políticas públicas que afectan la salud y los estilos de vida, y en estos se crean espacios para la formación de conductas saludables.

En este tramo se transversaliza el modelo de salud en la comunidad beneficiaria, a través de los procesos y agencias de atención al usuario, con la coordinación de la referencia eficiente y conducente a los servicios demandados y en la agencia social, que orienta e induce la demanda, en el marco del planeamiento de manejo preventivo del modelo de salud. También corresponde a este concepto la gestión de las características, condiciones y términos que garantizan la calidad en los servicios ofertados en el plan de coberturas; como condición para asegurar la efectividad del derecho a la salud. A éste objetivo corresponden las funciones de la dirección y coordinaciones programáticas, además de los gestores de servicios en salud, en los diversos niveles de atención.

La promoción de la salud, en este paradigma de la salud pública, creada en el contexto de la vida cotidiana de los usuarios, sugieren un plan estratégico que promueva y resuelva, todos los factores determinantes de la salud, a través de la calidad de vida, de las conductas, los modos, y las condiciones en que se vive; es decir, este tramo incluye el desarrollo de planes y programas sobre los aspectos y factores determinantes de la salud, en un concepto totalizador, integral y holístico de salud.

La promoción de la salud, es un componente cuyas actividades corresponden a los primeros escenarios de intervención; de manera colectiva y como mecanismo extraordinario de armonización de responsabilidades, entre la Empresa y el Usuario. Sus procesos son básicos y tienen su mayor despliegue en el primer nivel de complejidad.

En conclusión, actividades como:

- La información e inducción a la demanda,
- la referencia oportuna y pertinente a los servicios,
- la gestión de servicios, a fin de garantizar la efectividad de la accesibilidad,
- La dirección y programación de un plan, que asegure los riesgos, en acciones preventivas y
- Las acciones sobre los factores que afectan las condiciones de vida de los afiliados; tienen como objetivo, promocionar la salud; facilitando procesos para movilizar a los usuarios hacia el control sobre la salud, actuar para mantenerla y mejorarla, para alcanzar un estado adecuado de condición de vida y realizar sus propósitos y satisfacer sus necesidades; siempre enfocado a prevenir la enfermedad, como deber en el contexto del modelo de salud.

Prevención: Este tramo, es de fundamental importancia en la conceptualización del modelo de salud, en el se ubica el enfoque, para el aseguramiento del riesgo. A partir de este segmento, se abocan los procesos de atención de los servicios de salud; actuando en primera instancia en la adopción de medidas, actividades, procedimientos e intervenciones encaminadas a impedir que se produzcan o se presenten deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

La prevención en el contexto del modelo de salud, implica una concepción científica, de prevenir y atender los riesgos de la salud, lo cual requiere una organización en la estructura de provisión del servicio, que gerencia los términos del enfoque previsto en él. Su custodia y dirección, corresponde a quien programa y establece las metas de cobertura de este y los demás tramos previstos en la línea de los procesos de servicios.

Para efectos de los contenidos de este tramo, se remite a los contenidos del Plan obligatorio de Salud Subsidiado, en el literal a, del artículo 2, en el esquema de referencia de las normas técnicas y guías de atención. Básicamente, corresponden a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública; comprende además los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según las guías y normas adoptadas en la resoluciones 412 de 2000, 3384 de 2000 y 968 de 2002.

Debe incluirse en este componente los procedimientos, que permitan la detección precoz de los diferentes riesgos prevenibles.

El modelo de salud, nos exige medir el impacto social del plan de coberturas, en las prácticas de prevención, lo que conlleva al establecimiento de estrategias contundentes, que toquen con las practicas, de la desprofesionalización de las acciones de prevención, la subvaloración de las mismas y el predominio de un modelo “médico centrista”, focalizado en la atención por consulta.

En primer término, la atención básica primaria, dada la modalidad de contratación en este nivel; debe ser programada en toda su extensión posible.

En otros niveles de complejidad se propone a tenerse, a la clasificación basada en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad. Pudiéramos citar a

modo de ejemplo la clasificación de Caplan y la de Stevenson S que Bleger utiliza al abordar este punto, y que si bien fueron pensadas para el abordaje de las enfermedades mentales, han sido aplicables en general en las prácticas de salud. Caplan se refiere a la existencia de una prevención primaria que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad. La prevención secundaria que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la prevención terciaria que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social. (Bleger, 1994).

Stevenson S. realiza la clasificación en prevención presuntiva como aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, prevención relativa la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la prevención absoluta que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas (Bleger, 1994).

En estos segmentos de prevención regados en los diversos niveles de complejidad, se propone, incluirlos como acciones articuladas a los protocolos de manejo, de las patologías implicadas.

Atención: Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario de forma accesible y equitativa, en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, en las fases de diagnóstico y tratamiento que se prestan en toda la población.

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia, alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Comprende medidas encaminadas a compensar la pérdida de una

función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

3.2.6 Estructura de servicios del Modelo. Para lograr un instrumento metodológico y pedagógico, que sirva como herramienta en la referencia y autorización de los servicios, de manera que se asegure la accesibilidad controlando los diversos procesos de administración del Plan de Beneficios; se propone definir y organizar los contenidos del POSS, teniendo en cuenta los niveles de complejidad, como estructura general, para la distribución de responsabilidades y competencias en la organización funcional de la empresa.

En este sentido, constituye elemento básico en la estructuración y organización de los servicios, el concepto de tramos de cobertura, (Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación); que se implementan como segmentos de manejo en los diferentes niveles de atención o complejidad, en proporciones que se indican, como guías de atención y como estándares de manejo de la salud. Los tramos de cobertura, permiten la administración objetiva del modelo de salud propuesto por la empresa; dado que indica el enfoque logrado en el manejo preventivo y de riesgos en salud.

Cada tramo de cobertura incluye en general, actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, medicamentos, tecnologías, guías de atención y normas técnicas, contenidas en el marco de referencia del POSS. Conformando, planes de gestión de demanda, especialmente en el nivel primario, de atención de oferta en los diferentes niveles de complejidad, por cada uno de los cuales se establece relación contractual, en la articulación de la red de servicios.

La administración del modelo de Prevención y Atención del riesgo en salud, tiene en los tramos de cobertura, el presupuesto básico, para el planeamiento operativo de los servicios y por tanto, genera los contenidos con sus objetivos y

metas en la provisión de los prestadores que constituyen la red de la empresa. Siendo así, los tramos de cobertura, son el constante sobre la que se evalúa el comportamiento de la oferta de servicios, y el desempeño de la demanda inducida, a través del despliegue del modelo de Salud.

De otro lado, se hace preciso definir el concepto de servicios trazadores, como una clasificación de los diversos servicios, que constituyen unidad de manejo en los cuatro niveles de atención, tenemos en estos:

- Promoción de la Salud
- Prevención de la enfermedad
- Consultas médicas
- Procedimientos diagnósticos
- Salud Oral
- Hospitalización (quirúrgica y no quirúrgica)
- Medicamentos y suministros
- Traslado de pacientes
- Procedimientos ambulatorios (quirúrgica y no quirúrgica)

Así las cosas, tenemos finalmente como conclusión, la administración del POSS, disgregada en cuatro niveles de complejidad: El primer y Segundo nivel de servicios, relacionados estrechamente por sus procedimientos; manejados desde la gestión de servicios en los departamentos, con énfasis en la prevención y como punto de partida en el acceso a los servicios de manera integral, asegurando los esquemas de referencia y contrarreferencia a otros niveles de complejidad. El Tercero y Cuarto nivel, constituyen la administración de la alta complejidad, desde la gestión de la salud; siendo fundamental el aseguramiento y la dispersión de los riesgos y el control de la oferta.

En cada uno de los niveles, se ocurren diversas actividades, procedimientos, intervenciones y suministros clasificados por guías de atención y normas técnicas especialmente la resolución 5261 de 1994, cuyos contenidos deben a su vez, ser administrados por cada uno de los servicios trazadores, en el orden propuesto en este modelo.

La responsabilidad funcional de este esquema de administración de los servicios de salud, corresponde a los eslabones de aseguramiento y conformación de Red prestadora, en su etapa de diagnósticos y planeamiento. Los eslabones de agenciamiento y auditoria cumplen función especial en la implementación y medición respectivamente, de la oferta y la demanda de los servicios; pero es el eslabón del análisis de la siniestralidad y control del riesgo, desde donde se direcciona y asegura la administración del enfoque del modelo, como vértice de la propuesta de la E.P.S'S. Comparta, en su condición de administradora del régimen subsidiado.

Finalmente, la administración de los servicios se hace desde la unidad, denominada CENTRO DE ATENCION, como homologo del centro de costos.

Plan de coberturas y contenido de servicios de salud. Atendidos a la estructura técnico-organizacional expuesta, y sujetos a las disposiciones señaladas especialmente por:

- El Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, adoptado mediante Resolución 5261 de 1994, o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
- El Manual de Medicamentos y Terapéutica, adoptado mediante Acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS, o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

- El Conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, Resolución número 412 del 2000, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

Para efectos del enfoque del presente proyecto se hace necesario considerar los aspectos de promoción y prevención contenidos en el primer nivel de atención, ya que en este nivel, tiene despliegue, todo el esquema de intervención de la demanda; al ser el portal de los servicios, el usuario actúa en los principales supuestos que determinan la razones de acceso, es preciso entonces en este nivel asegurar la inducción al enfoque propuesto en el modelo de salud; como establecer un esquema comunitario organizado y participativo, que convence la necesidad, de hacer adherencia programática a la propuesta preventiva y al objetivo de una buena condición de salud, haciendo del usuario el interlocutor, frente a los proveedores de servicio.

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

3.3.1 Ubicación dentro del Contexto de la Provincia de García Rovira. La provincia de García Rovira tiene una extensión territorial de 3.051 km², presenta variedad de pisos térmicos, con predominio del clima frío. La temperatura varía desde los 26 grados centígrados a orillas del río Chicamocha hasta temperaturas de clima frío y de Páramo con promedios de 8 grados centígrados. Las mayores alturas con ecosistema de Páramo corresponden a los municipios de Guaca, San Andrés, Cerrito, Concepción y Carcasí.

Se trata de una Provincia extensa, densamente cultivada, minifundista, quebrada y aislada, el paisaje que brinda, los miradores naturales, sus montañas, bosques, poblaciones y su clima encantan y cautivan. Tiene como capital al municipio de Málaga y dentro del departamento de Santander es centro nodal, por que

mantiene una dinámica propia independiente, su capacidad de atracción está determinada por la concentración de ciertas actividades económicas, y sociales en una amplia zona geográfica, formada por doce (12) municipios cada uno de ellos con sus propias especificidades en su estructura productiva, su construcción social y sus expresiones culturales, pero también con muchas similitudes que hacen posible su articulación en el contexto de lo departamental.

Lo característico de la provincia es el de ser un espacio polarizado por la concentración de procesos económicos, la relevancia de los hechos culturales y el asentamiento de decisiones políticas que permiten identificarla como una región relativamente homogénea, aislada por vía terrestre y con vocación agrícola en productos de pan coger, últimamente se ha convertido en atracción de servicios educativos, de salud, institucionales y financieros e igualmente en centro de acopio y distribución entre Bucaramanga, Santa fe de Bogotá y Cúcuta.

Presenta en contraste dos paisajes predominantes: hacia el oeste, colinas y llanuras aluviales en el valle del Magdalena medio, y al oriente por un relieve montañoso, quebrado con diversidad de climas y microclimas, como prolongación de la cordillera Oriental. Las tradicionales formas de tenencia afectan negativamente la sostenibilidad del medio ambiente, por la sobre- explotación de los recursos, que se manifiesta en la tendencia decreciente de la capacidad hídrica, de fertilidad del suelo y por la extinción de fauna y flora nativa. Con efectos económicos negativos, por usos tecnológicos costosos en adecuación de tierras, fertilización intensiva, riego, control fitosanitario, que afecta tanto a los productores como a la región.

En cuanto a la agricultura, pese a los múltiples problemas que tiene como la ausencia de créditos de fomento, canales de comercialización para sus productos, tecnologías apropiadas, violencia e inseguridad, su valor agregado se mantiene con relación al departamental. La provincia produce el 100% de

Santander en zanahoria, melón y ajo; más del 70% en maíz anual y tecnificado, frijol tradicional, tabaco, trigo y es el segundo productor de tomate de árbol.

Las actividades económicas desarrolladas en los sectores urbanos tienen que ver con el turismo, alimentos, comercio. Se destaca el empleo femenino en las actividades de educación, sociales y de salud donde casi triplica en número absoluto a los hombres; los servicios comunitarios de salud y servicio doméstico donde existen nueve veces más mujeres y en organizaciones extraterritoriales y sin clasificación. El rubro sin clasificación parece incluir el empleo informal que afecta porcentualmente más a las mujeres que a los hombres y más a la población urbana que a la rural.

En las cabeceras municipales, cerca de la quinta parte del empleo es requerido por el sector secundario, la cuarta parte por el comercio, una quinta parte por actividades sin clasificación y el 30% por servicios. Aunque no existen criterios internacionales unificados, el sector informal urbano puede describirse como unidades de producción en pequeña escala, de organización rudimentaria, sin gran distinción entre los factores de producción, con bajos grados contractuales en las relaciones laborales, precarias garantías formales e ingresos relativamente bajos. La provincia de García Rovira, ha sido afectada por la violencia, fenómeno que tuvo sus efectos sobre el desarrollo económico y el crecimiento demográfico por cuanto promueve la emigración y la baja integración entre localidades. Las inadecuadas vías terrestres que unen las localidades y las zonas de conflicto de la región la mantienen en un relativo aislamiento, donde es más fácil conectarse con Bucaramanga por avión que por vía terrestre, no obstante estar relativamente cerca. La agricultura minifundista y el arraigo a la tierra de la población, la mantiene cohesionada por localidades dándole el carácter de una región homogénea. Esta tiene posibilidades de crecimiento si se procede a explotar los recursos minerales y su potencial agropecuario. Actualmente, Málaga es centro de servicios estudiantiles y de salud, pero presenta altos índices de desempleo

especialmente en la juventud inmigrante que además choca culturalmente con las tradiciones rurales.

La provincia presenta redes más complejas de relaciones sociales y culturales por el encuentro de poblaciones procedentes de diferentes regiones, por contar con una infraestructura educativa adecuada y por sus posibilidades de convertirse en un centro de desarrollo tecnológico. El subsistema político-administrativo, abre un espacio con la nueva Constitución de 1991, los procesos de descentralización, la coordinación interinstitucional y la creciente participación de la sociedad civil, pero hay serios límites institucionales y económicos en la mayoría de los municipios, aunque existe voluntad de constitución de comités locales de empleo y de relacionar los agentes de desarrollo local.

Figura 9. Municipios que conforman la provincia



Fuente. Instituto Agustín Codazzi 2001

Descripción general de cada uno de los municipios sujetos de atención.

Véase el Anexo B.

- Capitanejo
- Carcasí
- Cerrito
- Concepción
- Enciso
- Guaca
- Macaravita
- Málaga
- Molagavita
- San Andrés
- San José de Miranda
- San Miguel

3.3.2 Los comunales saludables sujetos de atención.

Tabla 3. Caracterización General

N° TOTAL	HOMBRES	MUJERES	OCUPACION PREDOMINANTE	RANGO ETAREO	%	NIVEL EDUCATIVO	NIVEL SISBEN	RESIDENCIA	NIVEL INGRESOS
265	212	53	AGRICULTORES	21-30 30-49 >50	6% 45% 49%	PRIMARIA	NIVEL 1 - 89% NIVEL 2 - 11%	RURAL 92%	0.28 SMML V

En el proyecto han participado hasta el momento 265 comunales de la Provincia de García Rovira, de los cuales el 80 % (212) son hombres y el 20 % (53) son mujeres, evidenciando de esta manera, el bajo nivel de participación que registran las mujeres y que de una u otra forma dan cuenta y razón del problema de la inequidad de género presente en las comunidades, especialmente agrarias, pues

son ellas las que a raíz de sus labores domésticas y de trabajo fuera del hogar, disponen de menos tiempo para dedicarse a otro tipo de actividades.

Igualmente, la mayoría de los participantes están dedicados a labores agrícolas, lo que implica mayores dificultades, por las grandes distancias que deben recorrer a la hora de trasladarse hasta los cascos urbanos de los municipios para asistir a las diferentes actividades.

De otra parte, se observa, que los grupos etéreos que registran mayor participación están entre los rangos de edad de 30 a 50 años y que las personas de menor edad no tienen un tipo de participación activa, aunque los pocos jóvenes que están tienen una visión mas proactiva de la participación.

El grupo en su mayoría tiene un nivel mínimo de escolaridad de básica primaria y registra muy bajos niveles de ingresos que les permita acceder a condiciones materiales mínimas de vida, pues los trabajos como jornaleros y del sector agrícola en general están por debajo del ingreso medio per cápita que se registra en el país.

A nivel general, los comunales saludables son personas de la misma comunidad quienes han recibido adiestramiento para llevar a cabo actividades de información en su comunidad, básicamente sobre promoción de la salud a nivel comunitario a partir del acercamiento con la familia, direccionando los grupos familiares para que participen en los programas de promoción y prevención en salud, fomentando la organización comunitaria con fines de mejoramiento de la salud impactando no sólo en su núcleo familiar sino en su entorno.

Básicamente, su responsabilidad gira alrededor de su núcleo geográfico de referencia, donde debe generar a partir del contacto permanente con la comunidad, una completa adhesión en su unidad de gestión a los esquemas de

demanda establecidos, así como a los programas especiales y proyectos que se propongan desde la EPS`S COMPARTA teniendo como foco esencial, la convocatoria a la población que representa para que se vinculen a los espacios establecidos para el manejo de una cultura de vida saludable.

Funciones:

- Orientar a los afiliados frente a los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad a los que debe asistir el afiliado.
- Conocer el estado de salud del municipio y su unidad de gestión (vereda o barrio) y darlo a conocer a su comunidad de referencia junto a las recomendaciones definidas.
- Informar a la comunidad sobre los requerimientos administrativos para el acceso a servicios, para la referencia, para el mantenimiento de la condición de afiliado, etc.
- Socializar los programas y actividades propuestas desde Comparta y el ente territorial.
- Participar en los espacios donde se manejan los datos epidemiológicos de la población y socializarla en su comunidad (CAVPEC)
- Conocer las condiciones socio-económicas de la población de su Unidad de Gestión Administrativa y apoyar la recolección de información.
- Apoyar las jornadas y actividades sociales a desarrollarse en su unidad de gestión.
- Brindar información a las organizaciones de su comunidad (JAC, Asociación de padres de flias y otros) y a la comunidad en general sobre aspectos relacionados con los servicios de Comparta.
- Proponer a la IPS municipal la realización de jornadas de salud, acorde a las condiciones de salud, necesidades y al cumplimiento de las coberturas establecidas según la composición de género y edad de la Unidad de Gestión.

Perfil del comunal saludable. El Comunal saludable escogido por la misma comunidad, es ante todo un líder que por su diario contacto con la población, comparte con ella sus limitaciones y necesidades, comparte sus actividades, tiene un conocimiento profundo de las características, problemas y costumbres de su comunidad, lo que le permite intervenir con ella, brindándole información y orientación sobre las opciones para asistir a los servicios de salud y promoviendo la organización en la búsqueda de soluciones a los problemas colectivos de salud, así como presentando alternativas para su solución.

Dentro de las características y cualidades que debe reunir el comunal saludable están, la empatía, amabilidad, el interés por el bien colectivo de la salud y el trabajo comunitario, que tenga una adecuada percepción acerca de los demás como sus iguales, que cuente con la aprobación y apoyo de su familia, que esté interesado en aprender y tenga una mentalidad abierta al cambio, que entienda y respete las creencias y tradiciones de la gente y que se identifique con los intereses de los más necesitados de su comunidad.

Es una persona reconocida y aceptada por su comunidad como estrategia para lograr su apoyo y credibilidad, que le permita encontrar eco y adhesión a sus recomendaciones y sobre todo abordar fácilmente los espacios e instancias familiares y locales en pro de identificar los factores que afectan su salud.

Igualmente, como comunal y líder saludable, es porque en sí mismo se convierte en un testimonio vivo de lo que es un estilo de vida saludable y reúne requisitos mínimos como saber leer y escribir, tener disponibilidad de tiempo para participar en los diferentes eventos y no pertenecer a la Asociación de Usuarios.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 ROL DE TRABAJO SOCIAL

Dentro de la estructura operativa de E.P.S'S COMPARTA como Empresa Solidaria de Salud, el proyecto se enmarca específicamente en la oficina de atención al Usuario (SIAU), considerado como uno de los elementos que inciden dentro de los eslabones de la empresa como tal y determinante en su posicionamiento ante la comunidad. En este espacio de especial coyuntura, la función de trabajo social se perfila como un dinamizador del sistema de atención que facilite el acercamiento y vinculación comunidad-empresa, como un enlace proactivo para lograr la promoción y atención en salud.

En este sentido, el trabajo implica el desarrollo de una dinámica en las comunidades beneficiarias para tratar de construir una conciencia del trabajo colectivo y el liderazgo social como la principal herramienta de acceso a la salud.

Este rol, se desarrolla en el marco del reenfoque del Modelo de salud creado por E.P.S'S COMPARTA y se apoya en la experiencia adquirida por las trabajadoras sociales responsables del proyecto, durante su trayectoria en cada una de las áreas de la empresa, desde el nivel operacional hasta el nivel gerencial, que les generó una visión holística de la dirección organizacional, desde donde asumir el compromiso para la estructuración de estrategias de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la gestión y la participación comunitaria en salud, que le permita a la empresa, no solo el ajuste de la organización a los modelos estándar exigidos por el ministerio de Protección social, sino que garantice la institucionalización de la Gestión de la Calidad como elemento indispensable de la cultura organizacional con enfoque de responsabilidad social.

Para el desempeño como trabajadoras sociales en la implementación del proyecto, la formación académica cumple un papel muy importante a la hora de

identificar, diagnosticar, conceptuar, contextualizar problemáticas y necesidades de individuos, familia y organizaciones, sobre todo teniendo en cuenta, que si bien es cierto éste se lidera aprovechando el espacio en la oficina de atención al usuario SIAU, su cobertura transversaliza dentro de la empresa, todos los espacios de participación y encuentro con las comunidades sujetos de atención. Para clarificar y apropiar nuestro rol se hace un análisis descriptivo de las áreas en las cuales la intervención de las trabajadoras sociales tuvo incidencia directa.

Tabla 4. Roles y Funciones

ROL	FUNCIONES
DIRECCION	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar la toma de decisiones respecto a la proyección social empresarial y los diferentes programas que se desarrollan bajo su coordinación. - Aportar en la construcción de la política social propia de la empresa. - Identificar los índices de gestión en relación con los objetivos planeados. - Generar informes de las acciones realizadas desde la Oficina e impacto en la relación costo / beneficio. - Realizar el balance social empresarial. - Orientar la conformación de las estructuras de acción participativa ajustadas a los objetivos estratégicos definidos en el Modelo de Salud.
COORDINACION	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación del equipo interdisciplinario en el planeamiento y ejecución de las actividades. - Gestionar con organizaciones públicas y/o privadas enlaces interinstitucionales. - Garantizar la participación acción de la comunidad, mediante los procesos propios de auto diagnóstico, auto valoración, participación en el diseño, ejecución, e impacto de los programas propios del cumplimiento de la Responsabilidad Social Organizacional. - Elaboración, ejecución y evaluación de programas de proyección social comunitaria. - Definir e Informar las acciones a desarrollar por el área y promover la vinculación de todos los funcionarios de la empresa. - Diseñar el plan de capacitación en las áreas requeridas y la administración de los métodos de comunicación .

Continuación Tabla 5. Roles y Funciones

ROL	FUNCIONES
EDUCADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la autogestión y el compromiso de las comunidades mediante la ejecución de programas de capacitación. - Programación del plan de capacitación, elaboración de contenidos y materiales de apoyo. - Orientación y suministro de información, ofrecer explicaciones (aclarar, reconciliar, negociar, interpretar acontecimientos). - Interpretaciones y lectura de los hechos y acontecimiento que inciden en la salud de la población - Mediador entre las comunidades y las instituciones
EVALUADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y seguimiento de las acciones y programas desarrollados desde la empresa con el objeto de dar cumplimiento a la Responsabilidad Social . - Evaluar y emitir valoración de las solicitudes que llegan a la empresa con relación a prioridad, necesidad, impacto, costo y beneficio de los servicios no incluidos en los planes de beneficios. - Evaluación de las condiciones socio demográficas de cada una de las poblaciones objeto de intervención. - Evaluación de los procesos adelantados para el fortalecimiento de la participación de las comunidades para mejorarlos y adecuarlos.

Fuente: Autoras del Proyecto

4.2 DIAGNÓSTICO INICIAL

La intervención profesional dentro de E.P.S´S COMPARTA como empresa solidaria de salud, parte del reconocimiento de una necesidad institucional y social, desde la cual se evidencia claramente que los actuales espacios de Participación Social (colectiva) creados a nivel normativo, no responden al ideal de la dinámica que se espera se debe generar desde el sector salud, en tanto se requieren verdaderos espacios de participación colectiva, desde los cuales los usuarios incidan real y efectivamente tanto en el desempeño del sistema, como en el mejoramiento de la calidad de vida de sus comunidades.

Este reconocimiento, se concreta específicamente a partir de dos premisas básicas:

Primera. Las comunidades locales no están suficientemente representadas porque el sistema no alcanza a responder a sus necesidades y expectativas, y segunda, porque los usuarios no saben o no les interesa participar.

La primera premisa, nos ubica precisamente en las limitaciones que presenta la normatividad vigente, específicamente el decreto 1757 referente a la participación social en salud:

- Crea dos espacios de participación social, los veedores en salud y las asociaciones de usuarios, pero establece como única obligatoriedad para las IPS y EPS la conformación de dichas asociaciones.
- El seguimiento que hace el estado al cumplimiento de esta obligación en las instituciones de salud, se limita a la exigencia de presentar solo las actas de conformación de las asociaciones y de sus posteriores reuniones.
- El papel de los participantes al interior de estas asociaciones se reduce únicamente a un primer nivel de verificación e información en relación con aspectos puntuales, tales como, el cumplimiento o no de las instituciones de salud en cuanto a sus servicios, los horarios de atención, el tratamiento dado a los usuarios, la oportunidad en la atención y el acceso a los servicios de salud en general. De otra parte, dentro de las funciones que se les asignan a las asociaciones está la de planear, pero no hay una instrumentalización de dicha función que les permita hacerlo y los integrantes no tienen los elementos de formación para cumplir con esta posibilidad. Igualmente la ley no crea ni operacionaliza espacios válidos de interlocución para la participación.

- En general, las empresas adoptan una política de atención o asistencial y reducción de costos y gastos, basados en el aplazamiento o contención de servicios, desconociendo o restando importancia a la generación de programas orientados a la promoción y prevención en salud, como principal reductor de costos y aquello a lo que se tiene derecho según el POS.

La segunda premisa. Hace relación a la actitud de los usuarios de salud frente a sus posibilidades de participación y organización, como mecanismos vitales para lograr mejorar sus condiciones de vida y de salud en sus comunidades.

Desde el punto de vista institucional, a partir de la instauración del nuevo modelo de salud empresarial en E.P.S'S COMPARTA como un Modelo de Prevención y Atención del riesgo en salud, la salud se convierte no solo en una responsabilidad de atención medica sino en una atención preventiva de la salud, que implica acciones de demanda de servicios programada de atención.

Este nuevo estilo de demanda de servicios programada, requiere que la comunidad de beneficiarios decida acceder en forma planificada o previamente planeada a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se tienen definidos desde el Ministerio de Protección Social .

Sin embargo, ésta decisión no es espontánea y requiere la promoción de un contexto participativo que interiorice en sus vinculados, sentimientos y acciones de co-responsabilidad y auto-cuidado con su propia salud, aspiración que se ve limitada por los siguientes factores:

En el plano político, Colombia es un país que se autodefine como un estado social de derecho que en la práctica tiene dificultades para vivenciar el verdadero sentido de la democracia y la participación ciudadana.

A nivel social, el sistemático proceso de violencia estructural arraigada en lo rural y urbano, ha impedido el desarrollo de verdaderas propuestas de intervención y participación ciudadana a todo nivel.

El sistema de salud en la práctica a pesar de la normatividad vigente, sigue dando mayor énfasis a una visión asistencialista que privilegia la atención, contrario a la promoción de la salud y la prevención del riesgo.

A nivel general, no existe una política unificada para el manejo de los diferentes aspectos que inciden en la salud de la población (servicios públicos, saneamiento básico, educación, medio ambiente etc) y por esta razón las diferentes instituciones no orientan de manera coordinada y sistémica sus actuaciones hacia el bienestar social en salud y la promoción de la misma.

En las instituciones de salud, la falta de apertura y la centralización del poder, la falta de decisión política, el conflicto de intereses, la falta de iniciativa para implementar verdaderos canales de participación y romper las barreras.

En el plano económico, la precarización de las condiciones materiales de vida de las comunidades, les impide el acceso a la formación académica, a las condiciones de bienestar mínimo y a la participación colectiva.

A nivel cultural, la población participa de una mentalidad e ideario social que favorece el individualismo y obstaculiza la solidaridad, el colectivo; no ha interiorizado los principios y valores que definen una cultura democrática y participativa; no ha cultivado una cultura de auto-cuidado y prevención, ya que en su imaginario colectivo sólo se demanda atención en salud cuando se está enfermo.

En el plano de lo subjetivo, la falta de interés, iniciativa, motivación y las actitudes de timidez, recelo y miedo para participar en procesos sociales.

Las consecuencias de este estado de cosas, produce dos impactos de especial consideración:

A nivel social, en la situación de salud de la población, ya que según estudios sobre la morbi-mortalidad, especialmente de la provincia de García Rovira, esta se orienta a las cinco principales causas de enfermedades prevenibles, es decir, la gente se enferma y muere por falta de prevención (Véase el Anexo C).

A nivel de las instituciones de salud, por cuanto, al no considerar dentro de sus programas el componente de la prevención del riesgo y la promoción de la salud a través del fortalecimiento de la participación de las comunidades, se privilegia la atención que es mas costoso y que genera, traumas administrativos por la atención de tutelas presentadas; en el 90% por desinformación de los usuarios.

4.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO

La intervención de trabajo social a nivel institucional y comunitario, se fundamenta en el reconocimiento básico, que el ser humano en la cotidianidad, construye su subjetividad a partir, no de sí misma, sino de la Inter-subjetividad, de la relación e interacción con los otros miembros de la sociedad y con su entorno natural, para desarrollarse como un ser pensante, creativo, reflexivo y sobre todo vinculante dentro de una colectividad.

De igual manera, reconoce que es en la realidad de la vida cotidiana, en la vivencia y experiencia en la que el ser humano construye un sentido de vida, a la luz de los códigos de la cultura y de un sistema de relaciones que mas allá de su conciencia y voluntad, lo vinculan a niveles macro, que de una u otra manera lo impactan profundamente y afectan la orientación y desarrollo de su proyecto de vida a nivel personal y colectivo. Desde esta perspectiva, la intervención realizada tiene relevancia social, porque se relaciona con la realidad de un país que como el

nuestro, registra un número considerable de situaciones problemáticas que a nivel social, político, cultural, económico y familiar, afectan la calidad de vida de grandes conglomerados y trata de un fenómeno social como la organización y participación comunitaria que se configura como un referente de acción, del cual depende la capacidad y la calidad de la respuesta de la población frente a este estado de crisis.

Para la E.P.S'S COMPARTA como institución de salud, la intervención profesional en el desarrollo del proyecto, tiene relevancia en tanto le permite cumplir con su objeto y compromiso de responsabilidad social, igualmente desarrollar un proceso que le permita a futuro balancear los costos financieros del sector salud teniendo en cuenta la relación prevención – atención y a nivel comunitario la construcción de capital social cuando las comunidades logren empoderamiento y unión de esfuerzos para orientar las acciones de salud hacia la solución de sus necesidades.

Para las comunidades de la Provincia de García Rovira, es fundamentalmente un punto de partida para reconocer el poder de la asociación y los beneficios que obtiene una colectividad participativa y organizada, pero igualmente muestra las dificultades para lograr pasar de los deseos a las realidades, sugiere un camino, que no por beneficioso, deja de ser sensiblemente espinoso y duro, porque se trata de lograr el consenso de voluntades, el respeto por las diferencias, el trabajo en equipo, el establecimiento de canales de comunicación claros entre las personas, las organizaciones y el Estado y sobre todo la construcción y acatamiento de las reglas del juego, que favorezcan y permitan la institucionalización de una realidad que se sostenga en el tiempo.

En el campo personal, la intervención es una oportunidad para cuestionar desde el plano personal y profesional, las formas de relación que usualmente usamos en nuestros espacios familiares, laborales y comunitarios y la capacidad de superar una doble moral que implicaría predicar desde el conocimiento y no aplicar desde la práctica individual.

En cuanto a la disciplina, sus aportes tienen que ver, primero con la posibilidad de enfrentar como trabajadoras sociales, un trabajo de campo apoyadas en los presupuestos teóricos de la teoría de sistemas, para ratificar la esencia del vínculo que se establece y debe existir a través de las interacciones, entre el individuo y la sociedad y segundo, reconocer los resultados que produce en una comunidad la aplicación de una metodología participativa, para lograr el empoderamiento de una comunidad frente a sus posibilidades de transformación.

A nivel práctico, la fortaleza de la intervención tiene que ver con el hecho que ésta se realiza en el marco de un proyecto institucional liderado por una empresa solidaria de salud, que tiene cobertura en la provincia de García Rovira y por lo tanto cuenta con los apoyos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos y cuyos resultados pueden servir para continuar su ejecución y seguimiento y como limitante la misma capacidad de las comunidades para permanecer en el tiempo trabajando por el mejoramiento de sus condiciones de vida, superando una cultura y mentalidad dependiente, contraria a las aspiraciones de la prevención del riesgo y la promoción de la salud.

Desde el punto de vista de los sujetos activos de la intervención, el proceso de comunales saludables que se proyecta hacia la conformación de redes saludables, como estrategia de participación y organización, permite la vivencia de una experiencia gratificante y exigente que les muestra nuevas formas de pensar, sentir y actuar en relación consigo mismos y con los demás, si se quiere acceder a lograr mejores condiciones de vida, apoyados en el poder del colectivo.

A nivel local, las acciones realizadas con los(as) líderes que participan en el “Proyecto de comunales saludes” promovido por E.P.S’S COMPARTA en la provincia de García Rovira, posibilita el acercamiento hacia la construcción de una cultura de la participación y organización que contribuye a la posibilidad real del ejercicio de la toma de decisiones, en las instancias de planeación, ejecución,

fiscalización y gestión en las esferas de la salud, en busca de una vida saludable que mejore la calidad de vida de las diferentes comunidades sujeto de atención.

4.4 OBJETIVOS

4.4.1 Objetivo General. Promover la participación, organización y movilización de las comunidades, a través de la operacionalización de la estrategia de líderes comunales saludables como mecanismo para mejorar los niveles de prevención del riesgo y promoción de la salud de los usuarios sujetos de atención de la E.P.S'S COMPARTA en la Provincia de García Rovira en Santander.

4.4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar institucionalmente a la E.P.S'S COMPARTA a nivel orgánico, funcional y de los factores que inciden para lograr su desempeño como institución de salud.
- Caracterizar a nivel social, económico y cultural a la población vinculada a la estrategia de implementación del proyecto de comunales o líderes saludables.
- Describir el tipo de prácticas de organización y participación presentes en la comunidad sujeto de intervención del proyecto.
- Identificar cuáles son los factores influyentes que favorecen o no la participación de las comunidades en los procesos de gestión local.
- Implementar la estrategia de comunales saludables en cada uno de los municipios sujetos de atención de la provincia de García Rovira.
- Movilizar a los comunales saludables, para que participen activamente en todas aquellos eventos que favorezcan la prevención del riesgo y la promoción de la salud en los municipios de su referencia.

4.5 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención, apoyado en las metodologías de acción participativa, para lograr la promoción de la participación de las comunidades sujetos de intervención, se realiza en (3) grandes fases, de las cuales dos ya se realizaron y la última se está ejecutando.

Sin embargo, es necesario observar que en todas las acciones desarrolladas por las Trabajadoras Sociales desde la institución y dirigidas a las comunidades, se ha ido construyendo un recorrido que se convierte en los antecedentes del proyecto de comunales saludables, porque aportan al fin último planteado en la E.P.S'S COMPARTA, cual es el de lograr "una comunidad activa y participante frente a sus cotidianidades y realidades sociales y de salud.

Especialmente hay cuatro grandes estrategias que se han desarrollado y cada una de ellas ha hecho un aporte, para la construcción de este camino (Véase el Anexo D).

- Diplomado formación ciudadana y desarrollo local
- Impulso y cofinanciación de proyectos productivos
- Conformación de la red de veedores y asociación de usuarios
- Reactivación de la dinámica agropecuaria y la seguridad alimentaria RESA.

PRIMERA FASE: Diagnóstico situacional

Objetivo. Identificar la situación problema relevante en la institución en relación con la participación de las comunidades sujeto de atención.

Actividades. Abordaje a fuentes primarias y secundarias, análisis documental, bibliográfico, institucional y de las herramientas del SISBEN, entrevistas semi-estructuradas y colectivas y la observación directa, que permitieron:

- La caracterización a nivel institucional acerca del funcionamiento del sistema, los factores que inciden y determinan su desempeño; las lógicas, interpretaciones de la normatividad y comportamiento de los agentes institucionales que influyen en la cobertura, el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios.
- La caracterización del contexto para identificar las posibilidades y limitaciones del sistema para su adecuación y planificación local; los perfiles epidemiológicos y las condiciones ambientales.
- Identificación de los espacios de participación, funcionamiento y promoción por parte de las entidades, los objetivos y las prácticas de participación.
- Caracterización socio económica y de infraestructura de las poblaciones sujetos de atención en la ESS COMPARTA.
- Identificación de los factores influyentes que favorecen o no la participación de las comunidades en los procesos de gestión en salud.

SEGUNDA FASE: Implementación de la estrategia de intervención

OBJETIVO: Implementar la estrategia de comunales saludables en cada uno de los municipios de la Provincia de García Rovira. Para la implementación de la estrategia de intervención se plantearon cuatro etapas:

Etapas. ***Etapa uno. Abordaje a las comunidades.*** Conformación de las UGA's (Unidades de Gestión Administrativa) en cada municipio, con participación de líderes de las JAC, organizaciones de mujeres productoras, grupos de catequesis teniendo en cuenta sus características comunes de ubicación y cercanía a los centros urbanos, las instituciones de salud y las características sociales y culturales.

En cada una de las UGA's, presentación, discusión y validación de los diagnósticos situacionales. Identificación y formulación de la propuesta de intervención: Comunales saludables.

Etapa dos: Identificación de comunales o líderes saludables.

- Realización de la convocatoria a través de volantes, carteleras y cuñas radiales a través del programa “compartir campesino” transmitido diariamente a la comunidad.
- Realización del proceso de inscripciones con apoyo de las Unidades de Gestión Administrativa, la Asociación de Usuarios de la EPS-S, los órganos de vigilancia y control de la cooperativa.
- Elección de los comunales o líderes saludables en cada Unidad de Gestión Administrativa.

Etapa tres: Capacitación y formación. Realización de talleres de formación-acción dirigida a los líderes elegidos en los que se buscó el fortalecimiento de sus capacidades y habilidades frente a la participación y organización en el contexto de la salud, apoyados en materiales impresos tales como: Guía práctica de orientación al usuario del Régimen Subsidiado, Cartilla sobre el Régimen Subsidiado, plegable sobre el régimen subsidiado y un afiche sobre el diagrama de los actores y procesos del régimen subsidiado.

- Realización del Foro “Conozcamos el funcionamiento del Régimen Subsidiado en nuestro municipio.
- Realización del encuentro “por la salud y el liderazgo social”, en el que participaron los líderes saludables buscando fortalecer sus actitudes saludables en el contexto de su cotidianidad.
- Implementación de campañas educativas a través del programa radial “Compartir Campesino” para reforzar su conocimiento y manejo de los Planes

de Cobertura en el Régimen Subsidiado, tema identificado como de importancia vital para todos los participantes.

Etapa cuatro: Intervención de los líderes saludables.

- Participación en los procesos de planeación a través de las estructuras operativas de la EPS (CAPVEC).
- Estudio de los diagnósticos de su Unidad de Gestión y verificación y confrontación con la realidad.
- Formulación de proposiciones de acción dirigidas a las instituciones del sector salud.

4.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Etapa uno: Abordaje a las comunidades

ETAPA 1		ESTRATEGIA		
Abordaje a las Comunidades		Conformación de las UGA's (Unidades de Gestión Administrativa) en cada municipio		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Organizar los colectivos veredales o barriales objeto de intervención.	Dialogo de saberes con las organizaciones de base.	A través del dialogo de saberes se identifico las areas geográficas que dinamizaran procesos de participación conforme a sus características similares y posibilidades de acceso de la población.	Se estructuraron 265 UGA'S en 12 municipios de la provincia	Se evidencia que la comunidad identifica claramente cuales son los nichos o focos geográficos que propician espacios de concertación y unidad.

- En cada una de las UGA's, presentación, discusión y validación de los diagnósticos situacionales.

ETAPA 1 Abordaje a las Comunidades		ESTRATEGIA: Presentación, discusión y validación de los diagnósticos situacionales en cada UGA's		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Entregar la recopilación de datos diagnósticos UGA's	Convocatoria comunal para consenso de datos y análisis situacional	Se citaron a los 12 municipios en cada UGA's a la comunidad para la discusión y validación de cada diagnóstico. Se convocaron a través de paneles a las instituciones (alcaldía, IPS, ICBF, etc) para el análisis de datos.	Se realizan 265 reuniones de validación y los mismos documentos soporte con las propuestas de análisis	El acercamiento de la comunidad a una realidad con datos técnicos permite redescubrir situaciones y validar realidades. Sin embargo se evidencia la baja participación de las entidades en esta etapa producto de su carencia de planeación.

- Identificación y formulación de la propuesta de intervención: Comunales saludables.

ETAPA 1		ESTRATEGIA:		
Abordaje a las Comunidades		Identificación y formulación de la propuesta de intervención: Comunales saludables		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Diseñar un esquema de participación que logre identificar y promover en cada UGA's líderes comunales que operativicen los procesos de participación colectiva en torno a la salud comunitaria.	Análisis y estudio bibliográfico de la participación. Recolección y listados de organizaciones de base constituidas. Convocatorias para evaluar los canales de comunicación comunidad-empresa	Se seleccionaron 5 municipios de muestra para realizar en análisis de las organizaciones de base, el tipo de participación predominante y los espacios de comunicación existentes entre las comunidad y la empresa. Se citaron a varios comunales de estos mismos municipios con el fin de recolectar impresiones de sus experiencias participativas en cada municipio. Se visitaron organizaciones de base e instituciones con objetivos participativos para identificar espacios de concertación y/o participación en	Se concreta la propuesta de Empoderamiento y liderazgo de los comunales en cada UGA's con el fin de operativizar la participación en el sistema, evaluar necesidades diferenciales entre las comunidades y apropiarse de los espacios legales de participación que la constitución ofrece.	Al interior de las organizaciones de base no se evidencia un sistema democrático de participación ni se presentan nuevos conceptos de liderazgo. El débil sistema de comunicación de las instituciones con las comunidad es solo le permite a estas ser receptivos de programas y no propositivos en la solución de sus necesidades de salud. Las empresas del sector

los programas que se adelantan en estos municipios. salud no asumen una postura de atención del riesgo sino solución de demandas de atención.

Etapa dos: Identificación de comunales o líderes saludables

- Convocatoria pública

ETAPA 2 Identificación de comunales o líderes saludables.		ESTRATEGIA: Realización de convocatoria pública		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Convocar en las UGA's a la población con perfil de liderazgo y autorreconocimiento como ser saludable	Convocatoria a través de volantes, carteleras, cuñas radiales (compartir Campesino)	Se publicaron a través de material informativo (volantes, afiches, plegables) el perfil del líder saludable, sus características y funcionalidad. Invitación a la comunidad a reflexionar sobre el reconocimiento e identificación de posibles comunales. Se pactaron con los medios de comunicación la emisión del programa radial "compartir campesino".	Se publicó y pautó en todas las unidades de gestión a través de la oficina de SIAU municipal la información.	Se sensibilizo a la población sobre el tema de la participación en salud como un deber. Se evidencio que la comunicación mas efectiva para el sector rural es la radial mientras que para la población urbana es la publicidad escrita.

- Inscripciones en las Unidades de Gestión Administrativa, con apoyo de la Asociación de Usuarios, los órganos de vigilancia y control de la cooperativa.

ETAPA 2		ESTRATEGIA:		
Identificación de comunales o líderes saludables.		Realización del proceso de inscripciones en las Unidades de Gestión Administrativa		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Abrir el proceso de inscripción con el fin de promover la postulación de quienes asuman el rol de líder saludable en cada UGA's	Promulgación de formas y reglas de inscripción (directa, delegada) Instalación de mesas de inscripción en el punto central de cada UGA's . las asociaciones de usuarios y los órganos de vigilancia y control social de la cooperativa asumieron la responsabilidad del proceso de inscripción.	Se publicaron a través de material informativo acerca del proceso y reglas de inscripción (volantes). Se seleccionaron las escuelas de cada UGA's como puestos de instalación informativa y de inscripción	Se instalación 250 mesas de inscripción. Se inscribieron un total de 575 personas.	Se esperaba una mayor participación de la comunidad en este proceso de inscripción pero se evidencia que la comunidad aun es temerosa a generar compromiso y se mantiene el continuismo de los líderes tradicionales

- Elección de los comunales o líderes saludables en cada Unidad de Gestión Administrativa.

ETAPA 2		ESTRATEGIA:		
Identificación de comunales o líderes saludables.		Elección de los comunales o líderes saludables en cada Unidad de Gestión Administrativa.		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Elegir democráticamente e el comunal	Bajo el esquema de elección popular se	Se oriento a la comunidad de las condiciones,	Se eligieron en la jornada programada y	Se identifico conforme a los

saludable de cada UGA's	<p>establecieron : Mesas de votación Jurados (conformados por las asociaciones de usuarios y órganos de la coop.) Se establecieron los registros de votación. Se instalaron las urnas de votación.</p>	<p>fechas, horarios y metodología de elección del comunal saludable. (volantes y cuñas radiales) Se oriento a la comunidad rural y urbana en los medios de trasportación existentes que facilitó la empresa para el logro del objetivo. Se realizó el escrutinio público dejando consignado el representante elegido y mediante un acta de verificación se valido con la comunidad dicha elección-</p>	<p>conforme a los métodos democráticos un total de 202 comunales. En zonas urbanas y otras por razones de orden público no se realizo la elección. Se aplazo la elección de 63 comunales. Muchas comunidades no pudieron participar por razones ajenas a su voluntad (orden publico-derrumbes, por lo que el método de elección se modifiko y se procedió a elección por consenso de líderes.</p>	<p>diferenciales registros de votación que en muchas UGA's se vivencia una participación elevada y en otras una muy baja lo cual desequilibra el promedio de votantes. Pese a que en areas urbanas se facilita los medios para participar estos no se involucran en este tipo de procesos.</p>
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etapa tres: Capacitación y formación

- Realización de talleres de formación – acción

ETAPA 3 Capacitación y Formación.		ESTRATEGIA: Realización de los talleres formación acción		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Empoderar a los Comunales elegidos frente a las responsabilidades asumidas con la elección.	Talleres - Plenarias de discusión-convocatorias de análisis intersectorial.	Se establecen las temáticas a desarrollar, priorizando las siguientes. – condiciones y requisitos de acceso a programas de promoción y prevención, - mecanismos de acceso a los servicios. Identificación de grupos étareos de atención primaria- requisitos para la garantía del aseguramiento en salud- funciones y responsabilidades de los actores del sistema frente a la comunidad saludable. – tramites y orientación de peticiones formales ante	Con la participación de 222 líderes se formaron en las temáticas planeadas y bajo el esquema de taller se realizaron 12 plenarias participativas. Se entrego material didáctico de apoyo consistente en: -Manual del usuario (cartilla) - Ruta de acceso a los servicios según niveles de complejidad (volante) - Guia de trabajo del líder saludable.	Los comunales saludables se mostraron activos y con disponibilidad de trabajo , hubo continuidad y cumplimiento del programa, pese al poco tiempo programado. Se relacionaron aspectos importantes como la sinergia del grupo , el autorreconocimiento como comunales del sector y la alta participación del genero masculino en la estrategia. Se evidencia la carencia de mejores técnicas de capacitación por parte de los capacitadores con el fin de salvar las diferencias generacionales y nivel educativo de

	<p>los entes del sistema. Se convocaron a una reunión por cada Municipio con el fin de abordar esta tematica en dos jornadas. Se facilito transportación - refrigerios y hospedaje de comunales.</p>	los participantes
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

- Realización del Foro “Conozcamos el funcionamiento del Régimen Subsidiado en nuestro municipio.

ETAPA 3 Capacitación y Formación.		ESTRATEGIA: Foro “Conozcamos el funcionamiento del Régimen Subsidiado en nuestro municipio		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Capacitar a la comunidad en el funcionamiento del régimen subsidiado	Foro .	<p>Son los comunales saludables quienes se encargan de realizar las convocatorias publicas al foro y mediante la invitación formal de la empresa se promueve el foro, con la participación de los diferentes actores del sistema, en cada municipio.</p> <p>El foro es dirigido y orientado temática y metodológicamente por la oficina de</p>	<p>Se realizaron 12 foros, con la participación de 382 personas de la comunidad.</p> <p>Se entrego material didáctico de apoyo consistente en: -Memorias para cada uno de los participantes.</p>	<p>Al ser esta la primera prueba de convocatoria que tenían los comunales se logro demostrar que los municipios de mayor convocatoria son: Cerrito, Guaca, Molagavita , Enciso, Capitanejo , mientras que los de menor</p>

	<p>SIAU departamental, según el plan de capacitación que se diseñó desde el nivel central,.</p>	<p>participación y convocatoria son Malaga, Miranda y Macaravita. Esto refuerza el concepto de que la población más urbana es más reacia a participar como en el caso de Malaga y Miranda y en el caso de Macaravita municipio con menos población y con difíciles condiciones de acceso obstaculizan significativamente el proceso.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Realización del encuentro “por la salud y el liderazgo social”, en el que participaron los líderes saludables buscando fortalecer sus actitudes saludables en el contexto de su cotidianidad.

ETAPA 3 Capacitación y Formación.		ESTRATEGIA: Encuentro “por la salud y el liderazgo social”,		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Sensibilizar a los líderes	Encuentro recreativo-	Se convoca a los comunales a un	64 comunales participantes	La formación temática permite

sobre la importancia de su rol al interior de la UGA's	formativo	<p>encuentro recreativo formativo en la ciudad de Paipa, en donde además de abordar y reforzar las tematicas concernientes a modelo de salud se involucra al líder en un proceso de integración, autorreconocimiento y valoración del mismo.</p> <p>A través de la actividad lúdica se exalta la labor del líder y se inserta de manera directa como elemento dinamizador de la responsabilidad social empresarial.</p>	<p>del encuentro. Participación de capacitadores del nivel nacional con calidad certificada en formación de liderazgo y formación de grupos.</p> <p>Participación de Acción Social como capacitador y motivador. Expresiones artísticas y paseo turístico por la ciudad de Paipa.</p>	<p>mejorar las técnicas de capacitación y se realizo concretamente el reconocimiento individual y tipificación del liderazgo en cada participante.</p> <p>El invitar e involucrar organismos de orden nacional como acción social enaltece la labor del líder y lo compromete en el ejercicio continuo.</p> <p>El compartir en escenarios culturales y recreativos ayuda a la cohesión del grupo y permite reflexión conjunta en la solución de necesidades de manera pacífica.</p>
--------------------------------------------------------	-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etapa cuatro: Intervención de los comunales saludables

- Participación en los procesos de planeación de la EPS (CAPVEC).

ETAPA 4 Intervención de los comunales.		ESTRATEGIA: Participación en los procesos de planeación a través de las estructuras operativas de la EPS (CAPVEC).		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Activar en forma metodológica	Conformación de espacios de participación con	Se diseña los CAPVEC en cada municipio	Conformación de 12 CAPVEC. Uno	En este espacio creado se analizan el

e instrumentada el accionar de lo líderes	estructura metodología de acción para los comunales e integración intersectorial.	como estrategia de activación de particip. en el sector de salud. Se estructura su composición y estructura organizativa (Ente Territorial , la IPS , Un representante de la EPS-S COMPARTA y el conjunto de Líderes elegidos en cada UGA) . se plantea este espacio como la primer herramienta de deliberación y concertación de los comunales y los actores del sistema.	por cada municipio. Se conformaron de manera metodológica tal como se diseñaron y se logro participación de los organismos convocados	comportamiento epidemiológico evidenciado en el municipio, el cumplimiento de metas de coberturas en programas de PyP, Presentación de Casos Centinelas de la Calidad, Enfermedades de interés en Salud Pública presentado durante el periodo en análisis, para luego de las correspondientes explicaciones establecer unos compromisos por parte de los actores que permitan incidir sobre las situaciones presentadas
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Intervención de los comunales saludables en el logro de metas de promoción y prevención planeadas por la EPS-S COMPARTA.

ETAPA 4 Intervención de los comunales.		ESTRATEGIA: Intervención del líder en el logro de metas de promoción y prevención		
OBJETIVO	METODOLOGIA	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS	ANALISIS
Promover la demanda de servicios en forma racional y programada	Conforme a los acuerdos dejados en el CAPVEC se orienta el fortalecimiento	Se diseña plan de trabajo con una metas a alcanzar los cuales incluyen. -socializacion de	En lo referente a la promoción de la salud a través de acciones educativas se	Esta vinculación de los líderes al direccionamiento a los programas de PyP, ha mejorado su

conforme a la programación de actividades de detección temprana y protección específica.	de la inducción de la demanda hacia los programas que por su baja cobertura pueden impactar la morbilidad e las UGA's.	<p>cronogramas de capacitación en cada UGA's.</p> <p>- búsqueda activa de población que reúna las características y condiciones de acceso a los programas preventivos.</p> <p>- direccionamiento y registro de población a los programas de atención preventiva.</p> <p>- identificación de posibles áreas y factores de riesgo en salud (obesidad, alcoholismos, tabaquismos, etc) en las comunidades</p>	<p>logra la elevación de los niveles de participación. Se mejoraron el cumplimiento en las metas de cobertura en un 30%.</p> <p>Se identificaron factores culturales y sociales como el alcoholismo y la obesidad como factores de incidencia y se reforzaron campañas conjuntas con las alcaldías y las IPS. Tal es el caso de Guaca, Malaga y Cerrito.</p>	<p>vinculación con la comunidad. Empiezan a ser reconocidos como responsables de la salud de su comunidad y autogestionadores de las soluciones a los problemas presentados.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.7 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO

Teniendo en cuenta el concepto de participación establecido a partir de la ley 100 de 1993, éste en la práctica se agudiza y dispersa cuando no se tienen elementos claves como la integración intersectorial, la integración social de la comunidad, la orientación profesional y sobretodo la operación de los espacios ya establecidos.

El papel del concepto, desde lo vivido en el marco empresarial, ratifica que la salud sigue siendo un derecho constitucional derivado de la protección a la vida que es asumido como un servicio y no como una responsabilidad social del sector público y privado. Dicha responsabilidad implica para COMPARTA el

fortalecimiento de sus ejes solidarios y la consolidación de su función cooperativa y retributiva a la comunidad.

Ni normativa, ni operativamente, el sistema de salud brinda a las empresas solidarias un marco referencial que les ayude a desplegar su objeto social y en el plano del desarrollo del Modelo de prevención y promoción de la salud COMPARTA, es donde la institución redefine su misión corporativa y da cumplimiento a su función principal de beneficio de su comunidad de asociados.

COMPARTA ha generado con este modelo participativo en función de la prevención del riesgo y la promoción de la salud, la transformación de una política asistencial a una de comunidad demandante y participativa y si bien es cierto que las expectativas en cuanto a la participación de los comunales saludables se cumplieron, también lo es, que de los 265 Comunales, sólo 131, es decir el 50%, han continuado realizando de manera continua y activa todos los procesos de intervención, vislumbrando su papel como gestores del servicio de salud integrado en una política pública y cogestores de la misma.

Los niveles de deserción para participar en procesos, han sido motivados por factores tales como, los bajos niveles de ingresos de los líderes, dificultades para su desplazamiento, la duración a largo plazo de las acciones a realizar, temores para asumir y enfrentar a los actores que detentan algún grado de autoridad en las instituciones y organizaciones.

5. EVALUACIÓN

Para evaluar el proceso de intervención profesional se acudió a la metodología del análisis estratégico que a través de la Matriz Dofa permite identificar las oportunidades y amenazas que el medio ofrece para el desarrollo de la propuesta, confrontadas con las fortalezas y debilidades que tiene COMPARTA como empresa solidaria de salud en el desarrollo del proyecto, frente a su propósito de apostarle a la promoción de la participación y organización de las comunidades, y sobre todo a la luz de la necesidad de establecer en que estado está el proceso, los avances y el camino a seguir.

5.1 MATRIZ DOFA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

<p style="text-align: center;">ANÁLISIS DOFA DE LA INTERVENCIÓN Y CRUCE DE VARIABLES</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Falta de sentido de pertenencia y compromiso de los comunales. *Vicios politiqueros de algunos líderes en escenarios de participación social *Multiplicidad de programas que impiden su consolidación. *Deficientes herramientas de comunicación con las comunidades y vías de difícil acceso. *Bajos niveles de compromiso de los líderes saludables para asumir la continuidad de un proceso. 	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Conciencia de la Responsabilidad Social Empresarial el cual se amplía al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y un modelo de salud con enfoque participativo . *Posicionamiento empresarial frente a las comunidades y el sector solidario en salud. *EPPS COMPARTA con perfil cooperativo y solidario integrada a una red de empresas solidarias de salud en diferentes áreas de intervención. (agropecuaria-atención- administración de recursos- dirección estratégica- apoyo solidario) *La organización es competente y preparada para abrir espacios de participación y fortalecer actuales *Solidez financiera de EPPS COMPARTA *Poder de convocatoria de la empresa. *Talento Humano Preparado para instalar el proceso participativo
<p>OPORTUNIDADES :</p> <ul style="list-style-type: none"> *Apoyo de los actores del sistema. (alcaldías- IPS- Personerías) *Alta participación de los comunales. *Flexibilidad de los diferentes programas que se promueven en los municipios para crear espacios de participación. *Participación de los medios de comunicación a nivel local y regional. * Apoyo de la iglesia y los gremios *Ejercicio de la responsabilidad social *Consecución de recursos internacionales y nacionales. *Capacidad de asociación y variedad de organizaciones de bases constituidas. 	<p>ESTRATEGIAS DO:</p> <p>DO 1: Articular las alianzas con instituciones y organizaciones que promuevan canales de comunicación efectivos.</p> <p>DO 2: Fortalecer a través de las organizaciones solidarias los gremios campesinos productivos, que permite mejorar sus niveles de ingreso y participar de manera organizada en actividades de promoción de la salud.</p> <p>DO 3: Promover la organización de grupos sociales comunitarios que dinamicen la gestión social de las comunidades.</p>	<p>ESTRATEGIAS FO :</p> <p>FO1: Continuar mejorando el modelo y enfoque de Responsabilidad Social Empresarial.</p>
<p>AMENAZAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Débil y/o ausente marco legal que integre y tipifique la participación en el sector salud. * Desintegración de las políticas de participación en los diferentes escenarios existentes. *Desinformación y falta de orientación sobre las formas y mecanismos de participación. *Falta de continuidad y seguimiento a las políticas de participación en salud ya existentes *Bajos niveles de ingresos de las comunidades 	<p>ESTRATEGIAS DA:</p> <p>DA1: Promocionar el conocimiento de la políticas de participación en el sector salud.</p> <p>DA 2: Gestar desde lo local espacios de análisis crítico con participación de los comunales que permita llevar propuestas de mejoramiento a instancias de decisión tales como los Consejos territoriales de salud.</p>	<p>ESTRATEGIAS FA:</p> <p>FA 1: Articular las alianzas interinstitucionales, integrando a los actores del sistema entre ellos comunales saludables, instituciones públicas y privadas, entidades de salud, los Entes Territoriales hacia la canalización efectiva de la participación y gestión comunitaria</p>

5.2 ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

En el plano profesional, el desarrollo de la propuesta evidencia que la conjugación de elementos teóricos-prácticos permite intervenir en las comunidades para orientar y diseñar métodos de participación a la luz de las teorías tradicionales, pero igualmente se requiere utilizar otras formas más prácticas para profundizar, analizar y promover la participación real y activa al interior de las comunidades.

De igual forma, la acción profesional a nivel organizacional se enfocó dentro del marco de un modelo de prevención y promoción de la salud de COMPARTA EPS^S, que va más allá de las exigencias que le plantea la normatividad vigente, partiendo de la concepción de su objeto y la responsabilidad social en tanto se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

En este sentido, la formación y el proceso de intervención profesional para lograr el fortalecimiento de los niveles de participación de las comunidades en el sector de la salud, permitió no sólo identificar las limitaciones del marco normativo vigente en cuanto a una política de participación, seguir y superarlas a partir del marco interno dentro del modelo de COMPARTA EPS^S a partir del acercamiento, conocimiento y comprensión de las verdaderas dinámicas sociales y comunitarias para lograr la movilización de las comunidades.

El contacto diario y personal con cada uno de los sujetos activos participantes en el proceso de intervención, ha permitido desarrollar una gran sensibilización frente a su ser como personas, sus problemáticas, sus potencialidades y anhelos.

A partir del ejercicio de evaluación del recorrido de la intervención profesional en el plano de la participación de las comunidades en el sector de la salud, si bien es cierto se evidencia, que se ha logrado hasta el momento la conformación de unas estructuras de participación, la ambientación de una política interna enfocada en la

participación con los consiguientes resultados de impacto en los diferentes tramos de cobertura, la humanización del sector salud aislado del concepto de negocio y centrado en la salud como un derecho inherente al Estado Social de Derecho, se reconoce que estas expresiones de participación se deben articular a través de la conformación de redes, a otros actores, espacios y formas organizativas buscando generar mayor impacto en las políticas de participación en salud.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1 CONFORMACIÓN RED DE COMUNALES SALUDABLES EN LA PROVINCIA DE GARCÍA ROVIRA – SANTANDER

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el proceso que se ha desarrollado en COMPARTA EPS`S para lograr el fortalecimiento de los niveles de participación en el ámbito de la salud de las comunidades de la región de García Rovira en donde tiene presencia, se considera necesario continuar dicho proceso, avanzando hacia un nivel superior relacionado con la configuración de una red que logre vincular las experiencias, esfuerzos y sobre todo alternativas de acción de los comunales de cada uno de los municipios involucrados, para que les permita accionar coordinadamente en busca de aumentar cobertura, obtener mayor arraigo, funcionalidad y sobre todo vinculación con todas las instancias y espacios institucionales y organizacionales relacionados con las comunidades sujetos de atención y las instituciones de salud, sociales, etc.

OBJETIVO

Promocionar la organización comunitaria a través de la conformación de la red de comunales saludables que actúan en la provincia de García Rovira, buscando su empoderamiento como cogestores de posibilidades para el mejoramiento de las condiciones de vida de sus comunidades.

PROCESO METODOLOGICO

Etapa uno: Construcción de la red

Objetivo: Estructurar bajo el esquema de red la experiencia de comunales saludables de la Provincia de García Rovira.

Metodología: Convocatorias directas, talleres teórico – prácticos, trabajo de campo.

Tiempo: Seis (6) meses

Actividades:

- Sensibilización a los líderes en cada Unidad de Gestión Administrativa frente a la necesidad de conformar la red.
- Capacitación a los comunales saludables de cada Unidad de Gestión Administrativa sobre las redes, sus implicaciones, organización y funciones.
- Conformación de cada uno de los nodos municipales.
- Realización del proceso de mapeo de la red (identificar instituciones, organizaciones y recursos para la red por municipio).
- Diseño del mapa de red a nivel intramunicipal y Provincial.

Alcances: Conformación de doce redes municipales y una red provincial

Etapa dos: Movilización de las redes municipales

Objetivo: Empoderar a las redes municipales para que desarrollen el trabajo planeado en red.

Metodología: Talleres teórico-prácticos, contactos y gestión interinstitucional.

Tiempo: Permanente

Actividades:

- Fortalecimiento de la estructura grupal de cada uno de los nodos que han sido conformados en los municipios.
- Identificación y reconocimiento de redes pares y de sus logros y alcances.
- Elaboración del mapa de procesos de la red municipal
- Diseño del Plan de Trabajo para la movilización en red.

- Ejecución del Plan de Trabajo
- Evaluación de los resultados.

Alcances: Elaboración de 12 mapas de procesos, diseño de 12 planes de trabajo con sus respectivos planes de mejoramiento, un informe trimestral de seguimiento a cada plan de trabajo y una evaluación semestral de impacto.

Etapas:
Etapas tres: Implementación del trabajo en red a nivel provincial.

Objetivo: Integrar las redes municipales como nodos de una red provincial que se movilice en torno a necesidades, propuestas de solución y gestiones conjuntas.

Metodología:

Tiempo:

Actividades:

- Encuentros de las redes municipales para compartir sus experiencias.
- Identificación y priorización de las necesidades comunes.
- Concertación del Plan de Trabajo Provincial
- Funcionamiento autogestionario de la red
- Seguimiento y evaluación de resultados

Alcances: La conformación de la red provincial con participación de 12 municipios.

7. CONCLUSIONES

Con la intervención profesional desarrollada en el marco de una institución de salud, se puede concluir a nivel general, que si bien es cierto, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado un aumento relativo y absoluto sustancial de la población cubierta por el aseguramiento, pasando del 20% al 57% del total, mejorando con ello el acceso real a los servicios de salud, los estudios más recientes indican que a pesar de los grandes avances en afiliación logrados con la reforma al sistema de salud, la cobertura aún es baja, situación agravada por inequidades sociales y económicas que van en contra especialmente de las zonas rurales y de los grupos poblacionales mas pobres.

Esta situación refleja que a pesar del aumento de la población cubierta con la seguridad social en salud se está lejos de alcanzar, no sólo la meta de cobertura, “Salud para todos en el año 2000”, sino además de reducir los niveles de morbi-mortalidad de las comunidades, por enfermedades que pueden ser fácilmente prevenibles.

Las instituciones de salud, de cara a conceptos como el de Promoción de la salud y a reglamentaciones y políticas públicas que enmarcan los mecanismos de participación de las comunidades, deben por un lado cumplir con las exigencias legales que para tal fin les han sido establecidas con miras trabajar en la búsqueda de mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios, pero igualmente incrementar sus niveles de productividad.

En este mismo sentido, se aprecia que son las organizaciones con sentido de responsabilidad social, como las que hacen parte del sistema de economía solidaria, las que asumen con mayor compromiso una apuesta por la promoción de la salud, aunque la inversión no implique resultados de corto plazo, porque se

relacionan fundamentalmente con la implementación de procesos de larga data, en los que se espera lograr crear una conciencia y cultura democrática y sobre todo del autocuidado y la necesidad de crear estilos de vida saludable como responsabilidad personal y comunitaria.

La empresa solidaria de salud E.P.S'S COMPARTA, en desarrollo de su objeto social, ha implementado la estrategia de comunales saludables como gestores de políticas públicas, aportando con ello un insumo muy valioso de construcción de capital social en las comunidades sujeto de atención, aún por encima de las mismas exigencias legales, sin embargo, la no existencia de una política unificada sobre el manejo de la salud a todo nivel, impide que en el contexto se desarrollen estas mismas experiencias que ayuden a fortalecer el proceso de participación y organización de las comunidades, como estrategia para lograr avanzar en mejores niveles de bienestar y de calidad de vida.

Con el proceso de intervención profesional para lograr el fortalecimiento de la participación y la organización de las comunidades en el sector de la salud, se identificaron algunos factores que influyen para su efectiva realización tales como:

Si bien es cierto, el medio ofrece múltiples escenarios y oportunidades de participación, el grado de aprovechamiento de las comunidades no es suficiente porque culturalmente se ha legitimado una actitud de “cansancio colectivo” y falta de constancia para permanecer en los procesos, situación que se observa cuando son muchos los que aceptan las convocatorias, pero pocos los que logran permanecer en el tiempo en ellas.

En cuando a las metodologías de trabajo con las comunidades se evidencia que lo que más motiva a las poblaciones es el aprendizaje mediante la acción y la participación activa y no los modelos pedagógicos expositivos.

En las experiencias de encuentros académicos con líderes comunitarios se evidencia que es más enriquecedor la aplicación de metodología de interacción y construcción colectiva de saberes, propuestas y alternativas de acción, que permite complementariedad entre sí al reunir fortalezas de orden conceptual y experiencial, además de la creatividad necesaria para proponer.

La superación del modelo paternalista no es un objetivo del proyecto, pero este es un valor agregado que se ha obtenido del proceso de fortalecimiento de la participación, la organización, el empoderamiento social y por ende la construcción de capital social.

En este momento, el camino no se ha terminado, y por esa razón se plantea la necesidad de seguir desarrollando el Modelo hacia nuevas y mejores formas de participación y organización a través de la conformación de las redes de comunales saludables, que logren la vinculación intersectorial en la provincia y con ello la ampliación de espacios válidos de interlocución que le permita a los comunales apropiarse de la experiencia y seguir trabajando sobre el propósito de mejorar los niveles de prevención del riesgo y la promoción de la salud en la Provincia de García Rovira.

El papel de las profesionales de trabajo social que pueden hacer presencia en instituciones y comunidades, adquiere una relevancia fundamental a la hora de identificar, formular, ejecutar, evaluar y proponer caminos de acción para ayudar a transformar las condiciones reales de vida de las comunidades, desde una perspectiva no asistencialista, sino de promoción de la participación, la autogestión, la corresponsabilidad común entre las instituciones y comunidades.

8. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones a partir de la experiencia de trabajo social para lograr fortalecer los niveles de participación y organización de las comunidades en el sector salud, se relacionan especialmente con los siguientes aspectos:

Asumir la salud en sentido positivo, como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, convocando la participación de toda la sociedad incluyendo el Estado, para ofrecer una respuesta social organizada desde el sistema de salud a las necesidades y problemas generados por las condiciones, modos y estilos de vida de la población.

Asumir la salud pública como la forma en que el Estado (gobierno y población) interpretan y actúan sobre los individuos o la colectividad, con el objetivo de promover su salud, prevenir las enfermedades y apoyar su tratamiento y rehabilitación, para garantizar, mas allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y síquicas, así como generar y fortalecer la responsabilidad de las personas y las comunidades en la construcción de estrategias para mejorar su calidad de vida.

Enfatizar la importancia de la Promoción de la Salud, como el factor diferencial entre la prestación de los servicios y el balance en la administración de los recursos del sistema de salud.

Adoptar a los comunales saludables como una unidad de capital social sobre la cual se focalizan las intervenciones y acciones dirigidas a mantener y/ò mejorar la salud de los individuos y garantizar la protección social integral de las comunidades.

Enfatizar la acción de Trabajo Social en salud, a partir de los presupuestos del fortalecimiento del capital social y a través de la extensión comunitaria como responsabilidad funcional del sistema de información, atención al usuario concretado a través de un esquema de pedagogía interactiva que instale responsabilidades en el usuario del servicio de salud y en su colectivo como procurador de condiciones y hábitos saludables y estándares de calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

BERGER, Peter y L. LUCKMAN, Thomas. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1958. p. 58.

BRIONES, Guillermo. Epistemología de las ciencias sociales. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social, ASCUN – ICFES- Bogotá: Corcas, 1996. p. 84

CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración. 3 Ed. Bogotá: Mc Graw Hill, 1992. p. 124

CIFUENTES E. Corte Constitucional. Sentencia T533. Septiembre 23 de 1992.

CUNILL, Nuria. Participación Ciudadana. Dilemas y Perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos. Caracas: CLAD, 1991. p.11

DABAS, Elina y NAJMANOVICH, Denise. Redes el lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós. p. 203-204-344.

GAITAN, Pilar y MOREÑO, Carlos. Poder local. Realidad y perspectiva de la descentralización en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo, 1991. p. 94-157.

GONZALEZ, R. Esperanza y DUQUE, P. Fernando. La elección de Juntas Administradoras Locales de Cali. En: Revista Foro. No. 12. Bogotá: 1990. p. 78

HABERMAS, Jurgen. Teoría de la Acción Comunicativa. Vol. 1. Madrid: Taurus , 1989. p. 15

LURDUY, José. Mecanismos de Participación Ciudadana y Comunitaria. Parcomún. Santafé de Bogotá: 1993. p. 145-189.

MANNHEIM, Kart. Ideología y Utopía. Introducción a la sociología del conocimiento, México: Fondo de Cultura Económica, 1936. p. 145.

Ministerio de Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud. Santafé de Bogotá. OPS/OMS, 1992. pag. 3

OMS. Salud y Bienestar Social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.

VON BERTALANFFY, Ludwing Teoría General de Sistemas. Petrópolis; Vozes, 1976. p. 94.

ANEXOS

Anexo A. Manual de Atención al Usuario

INDICE

1. PRESENTACION
2. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN
3. RERENCIAS NORMATIVAS
4. EL BENEFICIARIO, CENTRO DEL SISTEMA
5. DE ATENCION AL USUARIO
6. ESTRUCTURA OPERATIVA DE SIAU
 - DIRECCION TENCNICO - CIENTIFICA
 - COORDINACION DEL SIAU (REGIONAL)
 - COORDINACION PROGRAMATICA (DEPARTAMENTAL)
 - COORDINACION DE SERVICIOS
 - AGENCIAS SOCIALES
 - COMITÉ TECNICO-CIENTFICO
 - ESTRUCTURA DE PARTICIPACION COMUNITARIA
7. PROCESOS RELACIONADOS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD
 - AFILIACION Y ASEGURAMIENTO
 - AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO
8. REALIZACIÓN DE PRODUCTOS
 - INFORMACION INTEGRAL AL USUARIO
 - CARNETIZACIÓN Y NOVEDADES
 - AUTORIZACION DE SERVICIOS
 - GESTION DE COPAGOS
 - GESTION DE QUEJAS Y RECLAMOS
 - SATISFACION DEL USUARIO

P R E S E N T A C I O N

Se ha expresado como presupuesto fundamental y característica de la Empresa, la generación de líneas precisas de participación. Entendida como la intervención de la comunidad, a través de los beneficios, en los diversos procesos de atención y agenciamiento del servicio.

Para la eficacia de este cometido, es preciso organizar la secuencia de procesos y actividades con el fin de ofrecer de una manera oportuna y eficaz, la información necesaria para el ejercicio pertinente de los derechos y deberes del usuario.

Los procesos de atención e información al usuario, fluyen a través de la estructura de operación de las tres funciones básicas en la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de salud. Esto es: En accesibilidad, en agenciamiento o en aseguramiento. Funciones que implican y requieren relaciones coordinadas, y sistémicas con los diversos actores del sistema; así, frente al usuario, con sus hábitos y cultura de demanda; frente a los prestadores de servicio con sus criterios de oferta, con todo y las complejidades que ello implica.

Comparta en su espíritu de "SERVICIO CON SOLIDARIDAD Y RESOLUCIÓN", dimensiona la organización y focaliza los procesos de atención e información al usuario en consideración a tres contenidos: En primer lugar referido al usuario y los derechos sustanciales que le otorga el sistema y los deberes que le impone su adecuado ejercicio; en segundo término la estructura de coberturas sus tramos y niveles de complejidad; finalmente y como elemento integrador se desarrolla un sistema de información que captura los datos generados en las dinámicas de oferta y demanda. Como materia prima para el análisis de resultados y su consecuente direccionamiento estratégico del modelo de salud y sus causas de implementación.

El manual de atención e información al usuario, como sistema integral de atención al usuario se constituye en herramienta y guía de operación en el desempeño de la estructura funcional que interviene en los procesos relacionados y define las responsabilidades por niveles de decisión.

La implementación del SIAU permite comprender los objetivos centrales, de cada eslabón de cadena de valor identificada en COMPARTA, genera interrelaciones adecuadas de gestión y garantiza la dinámica de mejora continua

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Los objetivos del sistema integral de información al usuario, corresponden a los compromisos de la garantía del acceso oportuno, eficiente y suficiente a los servicios de salud; de aseguramiento de la condición del afiliado; de una referencia precisa a los servicios demandados y a un pertinente enfoque de modelo de atención determinado Por las condiciones y perfiles de los afiliados.

En aquel sentido; con estricta sujeción a las disposiciones normativas que definen los diversos procesos de atención, se pueden definir como objetivos centrales, estos:

1. Proponer como gestión de servicios, una coordinación técnica que involucre al usuario como cliente fundamental del modelo de atención de los servicios de salud.
2. generar un contexto social participativo donde el usuario disponga de canales expeditos para proponer, sugerir y reclamar, sobre todo los aspectos y características de la referencia y la atención del servicio.
3. precisar las actividades correspondientes en cada nivel y oficina con función de atender al usuario en cada una de sus expresiones y necesidades.
4. definir este manual como modelo de operación para todo funcionario de compartía con responsabilidad de atender al usuario y como instrumento para asegurar la gestión de la calidad en el servicio.

La articulación de los diversos procesos relacionados con la atención al usuario, constituye como efecto, un campo de aplicación interna entre los titulares de dichos procesos y los diversos niveles de competencia. Pero muy especialmente genera un campo de relación con los usuarios y con los proveedores de servicios, constituyendo el "modo" como realizamos la misión y constituimos la propuesta de visión de la Empresa.

REFERENCIAS NORMATIVAS

LEY 10 DE 1990, Reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones; (Art. 3.)

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA de 1991, ((Arts. 2, 38, 49, 78, 103, 270)

RESOLUCION 13437 de Noviembre 01 de 1991; Constituye los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

DECRETO No. 2759 de Diciembre 11 de 1991; Organiza y establece el Régimen de Referencia y Contrarreferencia; (Arts. 1- 12)

LEY No. 60 de 1993, Normas orgánicas sobre la distribución de competencias,

LEY 80 DE 1993, Expide el Estatuto General de Contratación de la Administración, (Art. 66)

LEY 100 DE 1993; Sistema De Seguridad Social Integral, Capítulo I, Principios generales (Art. 2); Capítulo II Del Régimen Subsidiado; (Arts. del 211 – 216); Capítulo II de los Afiliados al Sistema, (Art. 157)

LEY 134 de Mayo 31 1994, Dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana; (Art. 1)

LEY 136 de Junio 02 de 1994, Capitulo VIII; Participación comunitaria, (Art. 141.)

DECRETO No. 1298 de Junio 22 de 1994, Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Art. 4, numeral 11)

DECRETO No. 1757 de Agosto 03 de 1994, Organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, Capitulo I. Formas de Participación en Salud, (Art. s 1 y 2); Capitulo II, Participación ciudadana, (Arts. 3,5,6); Capitulo III. Participación Comunitaria, (Art. s 7 y 8), Capitulo IV; Participación en las instituciones del sistema de seguridad social en salud; (Arts. 9 – 14); Capitulo V, Participación Social; (Arts. 18 -23)

RESOLUCION No. 5261 de Agosto 05 de 1994; Ministerio de Salud, Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (ART. S 1- 118) (MAPIPOS)

LEY No. 190 de Junio 06 de 1995, Normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa, (Art. 49)

DECRETO No. 2357 de diciembre 29 DE 1995, Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud; (Art. 10)

CIRCULAR EXTERNA No. 009 de Julio 03 de 1996

RESOLUCION No. 3997 de 1996, Establece las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Arts. 3-11).

ACUERDO No. 77 de noviembre 20 de 1997; Define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud; Capitulo II; Identificación de Beneficiarios; (Arts. 3, 6 y 7); Capitulo III, Selección de beneficiarios; Arts. 8, 9 y 10; Capitulo IV, Afiliación, (Arts. 12, 13, 14 - 16, 18, 19, 22, 23 - 28); Capitulo V; Contratos de régimen subsidiado, (Art. 35)

ACUERDO No. 83 de 1997; Normatividad Relacionada con el Área Farmacéutica; adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Arts. 1-9)

ACUERDO No. 72 de 1997; Define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado; (Arts. 1 - 10)

ACUERDO No. 74 de 1997 de CNSSS, Adiciona el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado. (Art. 1).

ACUERDO No. 110 DE 1998; Normatividad Relacionada con el Área Farmacéutica; Modifica parcialmente el Acuerdo 83 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; (Art. 1)

ACUERDO No. 106 de 1998; Normatividad Relacionada con el Área Farmacéutica; Modifica parcialmente el Acuerdo 83 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Arts. 1- 3

CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA No. 04 MS - 056 SNS, Enero 29 de 1998; Numeral 3. Responsabilidades de las entidades administradoras de los recursos del régimen subsidiado - ARS; (Numerales 3, 4, 5 Y 6)

CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA No. 018 MS - 074 SNS de Junio 30 de 1.998; Ministerio De Salud-Superintendencia Nacional De Salud, (Numeral II, III , IV y Anexo Técnico)

RESOLUCION No. 2390 de Junio 23 dE 1998; Determina los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Capitulo I, Generalidades, (Arts. 3-5); Capitulo II, tipo, formato y codificación de los datos de identificación, (Arts. 9-10)

DECRETO No. 978 de Junio 09 de 1999; reestructura la Comisión Nacional para la Moralización, (Art. 14)

ACUERDO No. 131 de 1999; Define algunos aspectos de operación del Régimen Subsidiado y se modifica parcialmente el Art. 25 del Acuerdo 77; (Arts. 1 - 5 y 7).

ACUERDO No. 138 de agosto 06 de 1999; Establece un mecanismo especial de identificación, selección, afiliación, contratación y subsidio dentro del Régimen Subsidiario del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la población desmovilizada del país; (Arts. 1 - 5 y 7)

No. 176 DE 2000; CNSSS ACUERDO No. 166 de abril de 2000; Fija los criterios para la acreditación de la afiliación al Régimen Subsidiado; (Arts. 1, 2, 4,5, 7, 8)

DECRETO No. 1804 de Septiembre 14 de 1999; Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Art. 4)

ACUERDO, Establece un procedimiento excepcional para afiliar a los potenciales beneficiarios al Régimen Subsidiado, se determina una ampliación de cobertura y se dictan otras disposiciones, (Arts. 2 - 4)

CARTA CIRCULAR No. 039, de octubre 31 de 2000, Superintendente Nacional de Salud, Numeral 2.1.2.

LEY 715 de Diciembre 21 de 2001; Normas orgánicas en materia de recursos y competencias, (Art. 76; 76.13)

ACUERDO No. 192 DE 2001, CNSSS, Establece reglas para la carnetización de los afiliados al régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones, (Art. 1-3).

ACUERDO No. 191 de 2001; Ministerio de Salud; Establece un mecanismo excepcional de movilidad de los afiliados al régimen subsidiado. (Arts. 1 - 2).

RESOLUCION No. 890 de Julio 10 de 2002; Ministerio de Salud; "Dicta las disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud" (Art. 3 -4), Anexo Técnico

ACUERDO No. 228 de 2002, CNSSS; Actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones; Capitulo I. Manual de Medicamentos y Terapéutica del SGSSS; Arts. (1-10)

RESOLUCION No. 001375 de 18 de Octubre de 2002, Ministerio de Salud, Complementa y aclara la Resolución No. 890 del 10 de julio de 2002, (Art. 5).

ACUERDO No. 244 de Abril 01 de 2003; Define la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Capitulo II; (Arts. 2-10), Capitulo III, Afiliación; (Arts. del 11 - 15,16, 18 - 24, 26, 28 - 35), CAPITULO VI, Garantía de afiliación en circunstancias excepcionales; (Art. 53).

DECRETO No. 163 de Enero 22 DE 2004; Reglamenta el Art. 216 de la ley 100 de 1993; (Art. 1)

RESOLUCION No. 3797 de Noviembre de 2004; Ministerio de la Protección Social; Reglamenta los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela. Capitulo I. De los Comités Técnico-Científicos; (Arts. 1-5 - 7 y 8)

RESOLUCION No. 0195 de Febrero 01 de 2005; Modifica parcialmente la Resolución No. 890 de 2002; (Art. 1, 4); Anexo Técnico.

CIRCULAR N° 0006 de Febrero 10 de 2005, Reglamentación Existente para la afiliación de la población indígena al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ACUERDO No. 294 de Junio 28 de 2005, Modifica parcialmente el Acuerdo [244](#) del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado; (Arts. 7 - 10)

ACUERDO No. 306 de Agosto 16 de 2005, Define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; (Arts. 1 - 8)

ACUERDO No. 304 de Octubre 14 de 2005, Modifica el Acuerdo 244 de 2003 y se adoptan otras medidas reglamentarias; (Art. 1).

ACUERDO No. 326 de Diciembre 05 de 2005, Adopta algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas, (Arts. 4, 5, 6)

CIRCULAR EXTERNA No. 021 de Octubre 07 de 2005, Superintendencia Nacional De Salud

CIRCULAR EXTERNA No. 0031 de 23 de Mayo de 2006, Superintendencia Nacional De Salud

DECRETO No. 1011 de 03 Abril de 2006, Ministerio De La Protección Social, Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; (Art. 25).

RESOLUCIÓN No. 1149 DE 2006, Ministerio De La Protección Social; Dicta las disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud. (Art. 4), Anexo Técnico I, Anexo Técnico 2

EL BENEFICIARIO, CENTRO DEL SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO

Atenidos a las características del Estado, expuestas en los principios fundamentales de la Constitución, se sugiere adoptar la estructura administrativa de lo Público, como instrumento impulsor de toda Política Social. Desde esta óptica asumimos al Estado como el garante de un plan de cobertura en Salud, y demás componentes del bienestar como un derecho que se ejerce desde la calidad de ciudadano participativo y responsable.

Los fines esenciales del Estado, de servir a la comunidad, promover su prosperidad general, facilitar la participación, y asegurar la convivencia pacífica entre otros; imponen condición de eficiencia, capacidad de aplicar mecanismos, instrumentos y procesos en la dimensión objetiva del derecho administrativo por la empresa como "Comunidad legal que es en su naturaleza".

Semejante encargo, de encontrar al ciudadano de un segmento de población objetivo; en el centro de un sistema complejo como el de la Seguridad Social en Salud Subsidiada como el Usuario – beneficiario, sujeto de derechos y con deberes como responsable de su propia condición de salud y vida; requiere organizar una estructura operativa, portadora de la misión institucional y del reconocimiento de los derechos del Usuario y gestora de las obligaciones del Estado y los deberes de ese mismo usuario, como soporte de los procesos de atención.

En el sentido expuesto, en el marco normativo y conceptual del Sistema de Atención e Información al Usuario y con el fin de organizar las dinámicas de accesibilidad, agenciamiento y aseguramiento de las demandas del usuario; es preciso, especificar los derechos y los deberes correlativos del usuario como presupuesto para el esquema del SIAU; así tenemos que son DERECHOS del usuario:

1. Ser objeto por su condición socioeconómica, de la política de seguridad social en salud y por tanto ser priorizado como potencial beneficiario
2. Afiliarse con su núcleo familiar en plena disposición de su voluntad, a la Administradora por él seleccionada

3. Registrarse con los datos personales de condiciones y características de Salud y calidad de vida; para reconocer su aseguramiento y ser sujeto de planes y programas de atención con pertinencia y adecuado enfoque
4. conocer la red de prestadores de servicios y suministros oferentes del POS-s, sus términos de referencia, condiciones y características del servicio.
5. Acceder a los servicios programados y planeados para promocionar la salud de su familia y prevenir la ocurrencia de la enfermedad.
6. Acceder a los servicios de atención en salud para tratar y rehabilitarse a una condición sana.
7. Ser informados y formados en los procedimientos de ejercicio de sus derechos y deberes, de novedades y actualizaciones en accesibilidad, agenciamiento y mejoramiento.
8. Promover formación cooperativa, liderar modelos empresariales de protección social, dirigir e integrar órganos de dirección y control y vigilancia de los procesos de administración de los servicios; vigilar el desempeño de la empresa y del sistema en general; para ello tienen derecho a contar con canales de comunicación y de expresión de propuestas, quejas y reclamos, y con mecanismos de participación organizados y formales.

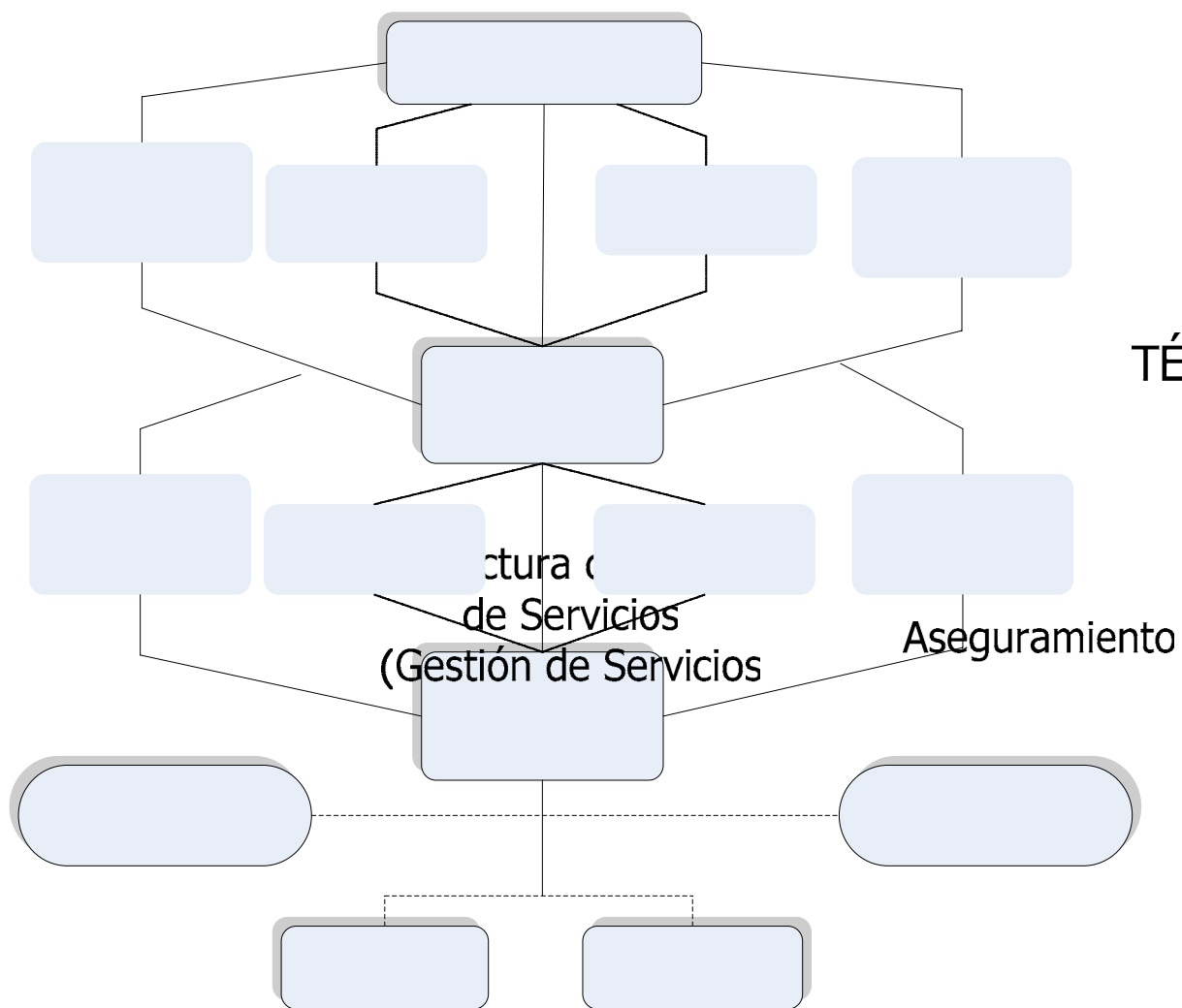
El equilibrio del modelo comunitario requiere del compromiso del usuario en los siguientes DEBERES:

1. Garantizar y responder por que la información consignada en la afiliación e inscripción como beneficiario; y en datos de diagnóstico de perfiles de salud, de sus condiciones socioeconómicas, sean veraz y fidedigna, como condición para recibir una adecuada atención
2. Cumplir y acatar las disposiciones legales y de procedimiento en el acceso a los diversos servicios de atención, información y participación que le correspondan.
3. Hacer uso racional y pertinente de los servicios de salud a que le da derecho su condición de afiliado; en función de su efecto personal e intransferible
4. Procurar el cuidado de la salud, la de su familia y comunidad, atendiendo los programas diseñados para promover la salud y prevenir la enfermedad.
5. Contribuir a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de COPAGOS, según su nivel o categoría fijada por el Sisben.
6. Participar e intervenir a través de los mecanismos pertinentes en la organización, control, gestión y fiscalización de los procesos de atención y administración de los servicios, con el propósito de garantizar el permanente

compromiso en el progreso continuo de los niveles de eficiencia y eficacia de la seguridad social en salud subsidiada, operada en COMPARTA.

ESTRUCTURA OPERATIVA DE SIAU

En un contexto social, participativo, solidario y cooperativo, se define la estructura de operación del Sistema Integral de Atención al Usuario, partiendo del nivel regional, como responsable de la administración de los contenidos del Régimen Subsidiado, en este nivel bajo la gerencia técnico - científica y en coordinación con la gestión de servicios y la dirección de programas, se instalo la Coordinación regional del SIAU; en el nivel departamental en conjunción con la gestión de demanda se establece la Coordinación Programática, quien organiza y despliega la implementación de la demanda programada, y la inducción pertinente; en esta instancia se administran los procesos de agenciamiento en las coordinaciones de servicio y las agencias sociales; en constante relación con la estructura social de participación y los comités Técnico - Científicos.



DIRECCION TECNICO - CIENTIFICA

La Organización referencia de servicios y todos los procesos de atención al usuario se conciben como soporte para el desarrollo de la atención en Comparta; por eso, el sistema de atención integral al usuario está bajo la política y estrategia de la dirección técnico - científica, a quien le corresponde definir su objetivo articulando y armonizando el trabajo de las distintas áreas y dependencias con el objeto de asegurar la calidad en la atención al usuario, como preámbulo para desarrollar las siguientes actividades:

- Coordinar la integración funcional, como insumo de la coordinación del SIAU regional, la estructura de Red de Servicios; la información de la población afiliada y las políticas de cobertura y de modelo de salud.

- Coordinar las políticas generales de gestión de los procesos de atención al usuario.
- Dar soporte técnico de política de relación con el usuario y garantizar los elementos necesarios en la operación de relación con el usuario.

COORDINACION DEL SIAU (REGIONAL)

la coordinación de SIAU, esta concebida como arquitecta de las interfases entre el usuario, la empresa, y los diferentes actores que despliegan servicios, suministros o información al usuario; es decir, es la responsable principal del Sistema de Atención al Usuario; para ello, debe coordinar armónicamente todos los procesos relacionados con el sistema, promocionar y liderar las estructuras organizativas comunales, los modelos operativos y consolidar como estrategia central un proceso pedagógico y de comunicación, interactivo que involucre al beneficiario como centro de la Organización y de aquellos procesos que lo atienden; todo como mecanismos para la realización efectiva de los derechos del usuario y la gestión objetiva de sus deberes, hacia la satisfacción del usuario y el adecuado desempeño de la Empresa dentro del sistema.

Se resaltan especialmente las siguientes actividades:

- Identificar y organizar los procesos de atención, gestionando la garantía de los insumos necesarios para instruir, servir, atender e informar de manera eficiente al usuario
- Diseñar métodos y sistemas de comunicación, que permitan formar al usuario, como sujeto de derechos y responsable de deberes, como condición necesaria de aquel, en la relación con la Empresa y las instituciones de servicios.
- Diseñar todos los instrumentos y formatos de contenido, para la comunicación, educación, socialización y aplicación de los derechos y deberes del usuario.
- Diseñar los términos y soportes para el establecimiento de las estructuras y modelos operativos de los mecanismos de participación del usuario.
- Conocer los perfiles socioeconómicos de la población, en su ámbito de operación, proponer, y gestionar oferta de programas que correspondan a las características indicadas.
- Evaluar la calidad en los procesos del sistema de atención integral al usuario y responder por sus niveles de desempeño.

COORDINACION SIAU (DEPARTAMENTAL)

La Coordinación de SIAU en el nivel departamental, es un espacio de fundamental importancia en el modelo organizacional y en el modelo de salud. Allí se conjuga la necesidad de operar el sistema de atención integral al usuario y direccionar el enfoque preventivo del modelo de salud, de acuerdo a la Priorización que se realice desde la coordinación de programas; ubicando como objetivo estratégico la coordinación.

El desarrollo de estas responsabilidades requiere para el desarrollo de actividades en el SIAU, tener conocimiento y orientación desde la coordinación de programas regional de todo el establecimiento indicativo de los aspectos poblacionales y de los aspectos determinantes de la Salud; el planeamiento de las matrices de programación y del plan de coberturas en Salud, que aseguren e implementen el enfoque del modelo de atención en salud.

Con ese presupuesto se desarrollan las siguientes actividades en el SIAU:

- Estructurar un esquema de georeferencia, que facilite la estructuración orgánica y operacional, para el desarrollo eficiente de todos los procesos de atención al usuario.
- Identificar, definir y diseñar las rutas de acceso a los diferentes servicios y especificar los métodos de información, como también, las formas y condiciones de realización y liquidación de los deberes del usuario, como COPAGOS, y aspectos de pertinencia y racionalidad del servicio.
- Coordinar y responder por todos los procedimientos y actividades que se desarrollan en el departamento, para el cabal cumplimiento de la gestión de la demanda del usuario.
- Formar y capacitar a las agencias de atención al usuario, en la gestión de sus funciones y el desarrollo de los procesos a su cargo.
- Instruir y gestionar la soportación técnica de la garantía de la calidad en los procesos de atención al usuario.
- Aplicar y liderar la conformación de las estructuras de participación comunitaria,
- Relacionar todos los aspectos y hallazgos de condiciones y ocurrencias en salud, que deba conocerse en el comité técnico – científico y que hayan sido identificados en las dinámicas de atención al usuario.

COORDINACION DE SERVICIOS

Las agencias para coordinar la referencia de servicios, constituyen una instancia extraordinaria en la relación práctica de la empresa con el usuario, en esta se asume la función de accesibilidad a los servicios, a través, del agenciamiento y de la información

general, entonces es el canal por excelencia para la realización objetiva de los derechos y de sus deberes correlativos; responsabilidad ejecutada de las siguientes actividades:

- Estudiar y conocer los contenidos del Plan de coberturas de servicios; los aspectos de la calidad de beneficiario de los afiliados a Comparta; las rutas y características de la red de servicios y los flujos y dinámicas de los procesos y procedimientos, de atención al usuario.
- Recibir, identificar y canalizar al usuario.
- Recepcionar la solicitud de demanda de servicios, definir competencia y gestionar el acceso.
- Informar al usuario sobre el derecho de cobertura, las instituciones oferentes del servicio; las características de calidad del mismo, su deber de racionalidad y los términos de liquidación de los COPAGOS si es del caso.
- Informar sobre costos generados en los diversos proveedores, por razón de condiciones del servicio o liquidación de COPAGOS en esa instancia.
- Exponer los servicios de apoyo a condiciones especiales del usuario, y estudiar si procede su aplicación.
- Suscribir autorización a los servicios correspondientes y registrar todos los datos generados en la operación.
- Generar, validar y actualizar la información, generada por las actividades desplegadas en la agencia de coordinación de servicios.
- Recibir, registrar, gestionar y resolver las proposiciones, sugerencias, observaciones, quejas y reclamos; por aspectos de atención al usuario.

AGENCIAS SOCIALES

Las agencias sociales, constituyen la unidad básica de atención al usuario, por cuanto su ámbito funcional y de responsabilidad, corresponde a lo local; al municipio como centro de costo en el esquema administrativo y financiero de la Empresa; pero especialmente como centro de atención primaria de los procesos relacionados con el usuario; a este nivel corresponden las siguientes actividades:

- Informar y socializar las condiciones y características del Sistema de Régimen Subsidiado en Salud y de la empresa como administradora
- Inscribir y registrar a las familias identificadas y priorizadas para obtener el beneficio de la salud subsidiada y que libremente escojan a COMPARTA.
- Identificar y carnetizar a la población afiliada a COMPARTA
- Atender todo requerimiento de potenciales beneficiarios, afiliados y usuarios, e informar de los canales correspondientes a lo requerido.
- Aplicar los diversos instrumentos para actualizar los datos de las condiciones, características y novedades de la identidad o de los perfiles de la población afiliada.

- Aplicar los procedimientos definidos para estructurar la organización comunitaria, para la gestión de los servicios, y participación en el sistema.
- Informar y socializar los programas y planes de gestión de demanda de los servicios, con enfoque preventivo y promocional.
- Informar y socializar los resultados de la operación en servicios y las acciones, que se requieren por parte del usuario y de la comunidad para asegurar el adecuado y pertinente enfoque en el manejo de la salud.

PROCESOS RELACIONADOS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

El modelo de operación de COMPARTA, se define sobre las líneas bases contenidas en los eslabones estratégicos del negocio; como cadena de valor. Ese enfoque abarca la administración y la relación con los proveedores de servicios y con el Usuario. Para efectos de este manual identificamos los procedimientos relacionados con la atención al usuario, mostrando al proceso y al eslabón que corresponden, así:

ESLABON	PROCESO	PROCEDIMIENTO
1. AFILIACION Y ASEGURAMIENTO	1.1. Afiliación Y mantenimiento	1.1.1. Inscripción y registro de la Población 1.1.2. Actualización y Novedades
	1.2. Carnetización A.R.S.	1.2.1. Entrega y registro de Carnetización
2. AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO	2.1. Información General del Sistema	2.1.1. Administración de métodos de comunicación
	2.2. Gestión de Demanda	2.2.1. Referenciación de servicios de salud 2.2.2. Participación social en gestión de servicios
	2.3. Canalización del Usuario	2.3.1. Información del usuario 2.3.2. Autorización de Servicios 2.3.3. Mantenimiento del Usuario

AFILIACION Y ASEGURAMIENTO

En este eslabón, se encuentran en relación con atención al usuario, los procesos de afiliación y mantenimiento y de Carnetización. El primero, Afiliación y Mantenimiento, luego de informar y socializar las características del sistema y de COMPARTA, como administradora; constituye y genera la primera actividad de la empresa en atención al usuario; este proceso también implica la actualización y las novedades en la base de datos, de la población afiliada.

El Segundo proceso de Carnetización, genera la entrega material del carnet personal a cada usuario, o por familia y el respectivo registro que así lo acredite.

AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO

Una vez reconocido y activados los derechos, por condición de usuario, y generados los insumos de provisión de servicios; emerge el eslabón más crítico y fundamental, en la atención al usuario, cual es el de agenciar todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, asegurando criterios de calidad e imagen organizacional. Este eslabón implica los procesos de Información general del sistema, específicamente en lo concerniente a los métodos de comunicación con el usuario, en los que se debe notificar de manera específica y clara los aspectos, efectos, procedimientos y actividades; para la realización objetiva y práctica de los derechos y las obligaciones correlativas del usuario.

En el proceso de gestión de demanda, se implica primero proveer las rutas de provisión de servicios y los escenarios de participación, para la gestión de los servicios conforme a las expectativas del usuario, como presupuesto para la canalización de sus demandas.

En el proceso de canalización del usuario, se recibe a la persona, se le escucha en sus requerimientos, se verifica su condición, se le orienta, se le informa sobre los diversos procedimientos a que tiene lugar su solicitud. Especialmente los usuarios solicitan autorización de servicios, procedimiento en el cual se realizan importantes productos, como la autorización de servicios en sí, los COPAGOS, se realizan actividades de educación y Promoción y se administran datos de la gestión de la demanda. Eventualmente se canaliza el usuario hacia el mantenimiento de su condición de tal, y se obtiene la actualización de sus novedades y demás datos necesarios en el manejo adecuado de su Salud.

En el proceso de Medición de la Satisfacción social, es importante medir de manera separada lo relacionado con el servicio y las características de calidad de su provisión; y por otro lado, medir los aspectos relacionados con efectividad de los mecanismos de participación del usuario y el desempeño en el agenciamiento que la empresa a través de sus oficinas ofrezca, para el adecuado acceso.

REALIZACIÓN DE PRODUCTOS

La función de agenciamiento, como responsabilidad genérica de la empresa, propone la necesidad de integrar los diferentes procedimientos y actividades, que desembocan en las oficinas de agenciamiento, generando productos específicos que orientan mejor la participación del usuario y permiten evaluar el desempeño de la empresa, como administradora del subsidio. Entre estos productos identificamos los siguientes:

1. INFORMACION INTEGRAL AL USUARIO

OBJETIVO: El objetivo de la información integral al usuario y de los métodos de comunicación aplicados en este; es el de crear una interfase que constituya vínculo de interacción de manera que facilite el ejercicio y desarrollo de los derechos y deberes del usuario, generando eficiencia en los procesos de atención y pertinencia en la demanda y demás requerimientos por parte los afiliados.

2. CARNETIZACIÓN Y NOVEDADES

OBJETIVO: El objetivo de Carnetización y novedades, frente al usuario y como producto de la administración del subsidio es, asegurar la entrega del carnet de afiliado, como prueba de esa condición con oportunidad inmediata, manteniendo actualizados todos los datos de permanencia y de novedad en la persona o en la familia del asegurado; reportando todo acontecimiento, para su respectivo aval y soporte de resultados administrativos.

3. AUTORIZACION DE SERVICIOS

OBJETIVO: Asegurar la accesibilidad individual a los servicios, controlando la racionalidad y eficiencia, de manera que sea preciso para el usuario: la cobertura autorizada, las instituciones proveedoras del servicio, las condiciones y características de la oferta a que tiene derecho y las obligaciones que le implican, especialmente la de la participación del pago por determinados procedimientos y por su nivel socioeconómico; (COPAGOS). Generando de todo el proceso, la información posible como base para la generación de acciones que mejoren la condición y la atención en salud del usuario

4. GESTION DE COPAGOS

OBJETIVO: El objetivo de requerir, liquidar y cobrar aportes al usuario de un porcentaje del valor del servicio demandado; es ayudar a financiar costos de servicios de atención, regulando la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción e inducción a la demanda, de los programas de atención integral, propuestos en el Modelo de Prevención y atención del riesgo de Salud, y a los planes que lo implementen.

DESARROLLO FUNCIONAL Y OPERATIVO: Para identificar los procedimientos y actividades que realizan este producto, conviene conocer las funciones de los diferentes niveles y sus responsabilidades, así tenemos que para la gestión de los COPAGOS se interviene de la siguiente manera:

1. Planeamiento Operacional de los ingresos de reinversión, concepto COPAGOS,
2. Definir mecanismos de liquidación de COPAGOS, en contrato de servicios con IPS y en agencias de Coordinación de Servicios

_____ COMITÉ DE PARTICIPACION CORPORATIVA _____
NIVEL NACIONAL

3. Generar la interfase entre los procesos de atención de la empresa y la demanda de los derechos del usuario, en una dinámica educativa para el mejoramiento continuo de los esquemas de relación.
4. Diseñar todos los instrumentos y formatos de contenido, para la comunicación, educación, socialización y aplicación de los derechos y deberes del usuario.
6. Diseñar métodos y sistemas de comunicación, que permitan formar al usuario, como sujeto de derechos y responsable de deberes, como condición necesaria de aquel, en la relación con la Empresa y las instituciones de servicios.
7. Determinar para el ámbito regional, los servicios objeto de COPAGOS, por liquidar, con fundamento en contratos de prestación de servicios y la IPS ejecutora.

_____ COORDINACION DE SIAU (REGIONAL) _____
NIVEL REGIONAL

8. Trazar e instalar el plan de operación de los COPAGOS, en el nivel departamental

9. Determinar para el ámbito Departamental, los servicios objeto de COPAGOS, por liquidar, con fundamento en contratos de prestación de servicios y la IPS ejecutora.
10. Definir para el ámbito departamental los servicios objeto de COPAGOS, por liquidar de manera directa en las agencias de Coordinación de servicios, y las oficinas implicadas,
11. Planear y capacitar a las agencias de liquidación de COPAGOS, en los procesos e instrumentos para la ejecución de este objetivo.
12. Implementar auditorias y seguimiento a las diferentes actividades y procedimientos implicados en los COPAGOS.
13. Evaluar, los resultados de la operación de los COPAGOS e informar al área financiera de los niveles de recudo.

_____ COORDINACION PROGRAMATICA _____
NIVEL DEPARTAMENTAL

14. Informar sobre la aplicaron de COPAGOS, al servicio cuando correspondan y sea ese, el servicio demandado.
15. Definir el despacho al que corresponde la liquidación del COOPAGO, (IPS u Oficina de coordinación de servicios)
16. Liquidar si es del caso, el COPAGO correspondiente, y ordenar su respectivo pago.
17. Registrar e informar sobre la gestión de COPAGOS, en la agencia a su cargo.

_____ AGENCIA DE COORDINACION DE SERVICIOS _____
NIVEL DEPARTAMENTAL

18. Informar y socializar los instrumentos y mecanismos de aplicación y realización de los derechos y deberes de los usuarios, entre ellos los COPAGOS.

5. GESTION DE QUEJAS Y RECLAMOS

OBJETIVO: La gestión de quejas y reclamos tiene por objeto, constituir la expresión del usuario a través de la proposición, la información, las quejas, los reclamos y la evaluación, especialmente las quejas y los reclamos sobre los servicios y la referencia de ellos, como el mecanismo básico, para garantizar la calidad y adecuada atención y prestación de los servicios de salud; también como diagnóstico de necesidades y tendencias de los afiliados, como insumo para el planeamiento de la atención, de acuerdo con los estándares y prácticas que permitan verificar y vigilar la adecuada y suficiente prestación de los servicios de salud.

El suministro de la información, sobre quejas y reclamos, debe permitir establecer las responsabilidades administrativas y de prestación, manteniendo la información necesaria para la vigilancia y control del sistema.

6. SATISFACION DEL USUARIO

OBJETIVO: El objetivo de los procesos de satisfacción al usuario es precisamente lograr el objetivo central y obligación primordial de la administración de los derechos del afiliado, como titular del subsidio a la salud, como primer factor de competencia de COMPARTA ; por tanto se implementan los mecanismos de medición, que permitan conocer la satisfacción tanto en los servicios como en el manejo administrativo y de atención en la empresa; a partir de los hallazgos y resultados tener las vertientes para el diseño y rediseño de todos los procesos de atención al usuario.

Anexo B. Descripción General de los Municipios sujetos de atención

1. CAPITANEJO. Considerado como la capital caprina y tabacalera de Colombia, Colinda con los ríos Chicamocha, guacamayas y servita. Se localiza en el extremo oriente del departamento de Santander, a una distancia 300 Km. De la capital de la república Bogotá y de Bucaramanga su capital 197 Km. Y, por carretera de difícil tránsito comunicándose con los municipios de san José de Miranda, Málaga, San Andrés, Guaca y Piedecuesta. Limita al norte con San José de Miranda y Enciso, al sur con Boavita, al medio Río Nevado y Tipacoque, al este con de San Miguel y Macaravita. Y al oeste con Covarachia y Tipacoque en Boyacá e intermedio río Chicamocha. Según datos arrojados por el SISBEN, Capitanejo posee 6.609 habitantes, de los cuales 3.442 residen el área urbana y 3.167 son del área rural. Los habitantes de este municipio residen en 19 veredas y un centro urbano compuesto por 10 barrios. En el casco urbano encontramos los barrios Centro I, Centro II, Libertadores, Las Acacias, La Palmera, Sagrado Corazón, Santo Domingo, San Antonio, Santa Lucía y Santa Isabel; en el sector rural a las veredas La Playa, Montecillo, Quebrada de Vera, Carrizal, La Mesa, Platanal, Sebaruta, Loma, Datal, Sabavita, Hoya Grande, La Chorrera, Casa Blanca, Los Molinos, Gorguta, El Rodeo, Aguachica, Las Juntas y Ovejeras. 1.523 familias hacen parte de la población del municipio, estas familias están compuestas por 4.44 personas promedio por familia y 1.486 poseen vivienda, existiendo un déficit de vivienda de 37 unidades habitacionales.

Composición Demográfica: Capitanejo posee una población de 6.609 habitantes. Su distribución según grupo vital se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	117	Urbano	57
			Rural	60
	Femenino	106	Urbano	58
			Rural	48
>=1 a 10 años	Masculino	680	Urbano	342
			Rural	338
	Femenino		Urbano	340
			Rural	333
>=11 a 29 años	Masculino	1128	Urbano	560
			Rural	568
	Femenino		Urbano	569
			Rural	523
>=30 a 44 años	Masculino	560	Urbano	296
			Rural	264
	Femenino		Urbano	322
			Rural	221
>= 45 años	Masculino	821	Urbano	398
			Rural	423
	Femenino		Urbano	500
			Rural	389

Fuente SISBEN 2004

Se observa una concentración de población en el rango de edad de 11 a 44 años, y es importante analizar que espacios de formación y ocupación se presentan en el municipio, que permitan a la población generar alternativas productivas que faciliten procesos productivos que proporcionen una mejor calidad de vida a los pobladores del municipio

Servicios Sociales

1- Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Capitanejo	
Régimen Contributivo / Especial	599
Régimen Subsidiado	5.413
Ninguno	597

Fuente SISBEN 2004

En capitanejo el nivel de aseguramiento al SGSSS es del 90.96% de la población total, es decir, pertenecen al régimen contributivo o especial o al régimen subsidiado, solo el 9.03% no presenta ningún tipo de cobertura en salud. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio.

2- Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las condiciones de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen. por tanto se clasifican en:

Población	Condiciones Paredes		Condiciones Pisos	
	Inadecuadas	Adecuadas	Inadecuadas	Adecuadas
Urbana	2	787	374	415
Rural	26	1042	652	45
Total	28	1829	1026	460

Fuente SISBEN 2004

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla.

3- Servicios Públicos

Zona	Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	788	756	703	717	763
Rural	696	561	20	27	180
Total	1484	1,317	723	744	943

Fuente SISBEN 2004

Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población.

El municipio de Capitanejo cuenta con un promedio de 719 viviendas con saneamiento básico, es decir cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos el mayor cubrimiento se da para la energía eléctrica con un cubrimiento del 88.62% de las viviendas.

Promoción Económica:

1- Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

La población en edad de trabajar en el municipio de capitanejo se toma desde los 10 años, donde el 76.5% de la población se encuentra en capacidad de trabajar, y el 23.85% son población dependiente económicamente. si se mide el nivel educativo de este grupo especial, miramos que la mayoría presenta solo el nivel básico de primaria, esto es el 47.34% de la población total, pero es representativo la PET con nivel de secundaria, esta equivale al 25.94% de la población. solo el 7.98% es analfabeta.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Anos	41	1,232	1,048	71
De 30 A 44 Anos	38	651	430	67
Mayores De 45 Anos	449	1,246	237	52
Totales	528	3,129	1,715	190

Fuente SISBEN 2004

El Servicio De Educación Es De Naturaleza Pública. Capitanejo Cuenta Con 20 Establecimientos Educativos Que Cubren Servicios De Educación Preescolar, Primaria, Secundaria Y Media Básica.

Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

2- Nivel de Ingreso

En cuanto a la capacidad económica del municipio, hablando en términos de ingresos y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$194.211 para la manutención de 4 personas promedio

Ingresos Mensuales Población	\$ 288,598,220
Ingreso Per cápita Mes	\$ 43,667
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 194,211

Fuente SISBEN 2004

3- Tenencia de la Tierra

El municipio de Capitanejo basa su economía en la agricultura, la poca tierra que se puede destinar a este fin es altamente explotada. La estructura de la propiedad en el municipio esta dada por propietarios, arrendatarios y aparceros.

Municipios	Rangos De Superficie	No. De Predios	%	No. De Propietarios	%	Superficie	%
Capitanejo	Micro fundios	302	25,38	424	23,27	143,93	0,92
	Minifundios	589	49,5	899	49,34	1397,48	8,9
	Pequeñas Propiedades	229	19,24	373	20,47	2117,36	13,48
	Unidades Familiares	49	4,12	84	4,61	1.659,80	10,57
	Mediana Propiedad	9	0,76	11	0,6	601,80	3,83
	Gran Propiedad	8	0,67	22	1,21	1.787,30	11,38
	Latifundios	4	0,34	9	0,49	8.000,20	50,93
	Total	1190	100	1822	100	15.707,87	100

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

4- Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Cultivo	Área Sembrada Has	Producción Promedio (Ton)
Frijol Arbustivo	190	370
Maíz	256	496
Tabaco Rubio	415	835
Tomate	82	142
Yuca	48	93
Tabaco Negro	251	481
Melón	45	75
Arroz	39	74

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

2. MOLAGAVITA. Se encuentra situada a 144 Km. De Bucaramanga, a una distancia de 222 Km. de Santa fe de Bogota y 234 Cúcuta, esta ubicada en terrenos netamente montañosos, sus vías no están en las mejores condiciones, es decir no están pavimentadas. Limita con los municipios de San Andrés, San José de Miranda y Málaga.

Molagavita con un total 6.098 habitantes, se caracteriza porque el 51.91% de la población equivalente a 3.166 habitantes son del sexo masculino, en contra de 2.932 mujeres. La densidad poblacional esta dada por 50 Habitantes por Km², para el sector Urbano de 68 Hab/Km² y para el sector rural de 45 Hab/Km².

Los habitantes de este municipio residen en 17 veredas y un centro urbano, estas veredas son Vega de Infantes, Higueros, Naranjo, Potrero Grande, Caney, Toma de Agua,

Chicacuta, Hobo, Rincón, Llano de Molagavita, Lagunitas, Jaimes, Potrero Rodríguez, Pantano Grande, Centro, Purnio, Guayabo.

1.477 familias hacen parte de la población del municipio, estas familias están compuestas por 4.44 personas promedio por familia, de estas familias 1.372 disfrutaban de vivienda.

Composición Demográfica

Capitanejo posee una población de 6.098 habitantes. La población según grupo etareo esta distribuida de la siguiente manera

Menor 1 año	Masculino	51	Urbano	5
			Rural	46
	Femenino	46	Urbano	6
			Rural	40
>=1 a 10 años	Masculino	721	Urbano	94
			Rural	627
	Femenino	665	Urbano	93
			Rural	572
>=11 a 29 años	Masculino	1103	Urbano	102
			Rural	1001
	Femenino	971	Urbano	115
			Rural	856
>=30 a 44 años	Masculino	511	Urbano	55
			Rural	456
	Femenino	496	Urbano	71
			Rural	425
>= 45 años	Masculino	780	Urbano	78
			Rural	702
	Femenino	754	Urbano	99
			Rural	655

Fuente: SISBEN 2004

Observamos que el el 11.77% de la población equivalente a 718 habitantes se ubican en la zona urbana del municipio, teniendo el área rural la mayor concentración de población con el 88.22% de la población total.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Molagavita	
Régimen Contributivo / Especial	221
Régimen Subsidiado	5.432
Ninguno	445

Fuente: SISBEN 2004

El cubrimiento en el SGSSS en Molagavita es de 92.70% de su población total, esta participación indica que poseen cobertura de servicios de salud en regímenes contributivo, especial o subsidiado, el 7.29% esta en estado de desprotección por parte del municipio. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen.

En conclusión se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. En el municipio hay un promedio de 1.136 viviendas en “condiciones optimas” que benefician a 1371 familias.

Población	Condiciones Paredes		Condiciones Pisos	
	Inadecuadas	Adecuadas	Inadecuadas	Adecuadas
Urbana	1	173	8	166
Rural	43	1104	319	878
Total	44	1277	327	1044

Fuente: SISBEN 2004

3. Servicios Públicos

Zona	Total Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	174	169	165	167	160
Rural	1198	1.037	15	3	137
Total	1372	1.206	180	170	297

Fuente: SISBEN 2004

El municipio de Molagavita cuenta con un promedio de 159 viviendas con saneamiento básico, es decir cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos el mayor cubrimiento se da para la energía eléctrica con un cubrimiento del 87.96% de las familias.

Promoción Económica

1. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

La PET en el municipio de Molagavita se toma desde los 10 años, donde el 75.68% de la población se encuentra en capacidad de trabajar, y el 24.31% son población dependiente económicamente. Si se mide el nivel educativo de este grupo especial, miramos que la mayoría presenta solo el nivel básico de primaria, esto es el 64.41% de la población total, la población con nivel de secundaria es de 12.39%. El 6.05% es analfabeta.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 a 29 años	40	1663	533	18
De 30 a 44 años	24	862	165	30
Mayores de 45 años	305	1403	58	37
Total	369	3928	756	85

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Molagavita posee una infraestructura educativa compuesta por 31 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población

2. Nivel de Ingreso

En cuanto a la capacidad económica del municipio, hablando en términos de ingresos y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$120.516 para la manutención de 4 personas promedio

Ingresos Mensuales Población	\$ 165.226.874
Ingreso Per cápita Mes	\$ 27.095
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 120.516

Fuente: SISBEN 2004

3. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Molagavita sus habitantes son trabajadores de campo, cultivan variedad de productos, y su costumbre es la recolección de sus productos por medio de los miembros de la comunidad. La estructura de la propiedad en el municipio esta dada por propietarios, arrendatarios y aparceros.

Municipios	Rangos De Superficie	No. De Predios	%	No. De Propietarios	%	Superficie	%
Molagavita	Micro fundios	595	20,28	809	18,61	348	2,03
	Minifundios	1561	53,2	2281	52,49	3834,09	22,34
	Pequeñas propiedades	643	21,92	963	22,16	5.696,78	34,79
	Unidades familiares	109	3,72	196	4,51	3.169,78	18,47
	Mediana propiedad	10	0,34	27	0,62	750,74	4,37
	Gran propiedad	16	0,55	70	1,61	3.089,25	18
	Latifundios	0	0	0	0	0,00	0
	Total	2934	100	4346	100	17.161,64	100

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

4. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Cultivo	Producción Promedio (Ton)
Fríjol	289
Maíz	763
Caña Panelera	1020
Frutales	544
Tomate	13
Papa	148
Yuca	337
Tabaco	32
Arroz	3326

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

3. CONCEPCION. Se Encuentra Ubicado Aproximadamente A 168 Km. Al Suroriente De Bucaramanga, su distancia con respecto a Santa Fe De Bogota es de 204 Km. Y de Cúcuta de 192 Km. Yace sobre Territorios Montañosos Y Con Pisos Térmicos Medio, Frío Y Páramo. Limita con Cerrito, Enciso y Málaga y su temperatura promedio es de 18 C°. Su población total esta compuesta por 6.480 personas según fuente del SISBEN, la relación de hombre y mujeres es proporcional. 1.512 familias hacen parte de la población del municipio, estas familias están compuestas por 4.28 personas promedio por familia, de estas familias 1.505 disfrutan de vivienda. Los habitantes de este municipio residen en 9 veredas y un centro urbano, estas veredas son Ayacucho, Bárbula,,Bombona, Carabobo, Centro Apure, Junín, Palacé, Pichincha, Tenerife

Composición Demográfica

Concepción posee una población de 6.480 habitantes. La población según grupo etareo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	55	Urbano	24
			Rural	31
Menor 1 año	Femenino	71	Urbano	20
			Rural	51
>=1 a 10 años	Masculino	668	Urbano	224
			Rural	444
>=1 a 10 años	Femenino	643	Urbano	214
			Rural	429
>=11 a 29 años	Masculino	1147	Urbano	361
			Rural	786
>=11 a 29 años	Femenino	1162	Urbano	408
			Rural	754

>=30 a 44 años	Masculino	571	Urbano	206
			Rural	365
	Femenino	579	Urbano	243
			Rural	336
>= 45 años	Masculino	755	Urbano	263
			Rural	492
	Femenino	829	Urbano	381
			Rural	448

Fuente: SISBEN 2004

Esta población se divide en 2.344 habitantes en el área urbana y 4.136 en el área rural, siendo esta la mas densa con una concentración del 63.82% del territorio. La densidad poblacional esta dada por 6.8 Habitantes por Km2.

Servicios Sociales

4. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Concepción	
Régimen Contributivo / Especial	482
Régimen Subsidiado	5.114
Ninguno	884

Fuente: SISBEN 2004

En Concepción y en todos los municipios, el nivel de aseguramiento esta estipulado en el SGSSS, donde la cobertura en salud es del 86,35% según fuente del SISBEN, el 13.64% de la población total del municipio esta desprotegida y no cuenta con servicios básicos de salud. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

5. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen. por tanto se clasifican en:

Condición	Sin Paredes	Zinc-Tela...	Guadua-Caña...	Madera Burda	Bahareque	Tapia pisada	Bloque-Ladrillo
Urbana	0	0	0	1	0	108	65
Rural	0	0	1	3	39	1039	65
Total	0	0	1	4	39	1147	130

Fuente: SISBEN 2004

Condiciones del Piso	Tierra o Arena	Madera Burda	Cemento o Gravilla	Baldosa-vinilo	Alfombra-Mármol
Urbana	7	1	98	68	0
Rural	315	4	852	23	3
Total	322	5	950	91	3

Fuente: SISBEN 2004

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Concepción cuenta con 981 viviendas promedio, que se encuentran en “condiciones optimas”

Población	Condiciones Paredes		Condiciones Pisos	
	Inadecuadas	Adecuadas	Inadecuadas	Adecuadas
Urbana	1	173	8	166
Rural	43	1104	319	878
Total	44	1277	327	1044

Fuente: SISBEN 2004

6. Servicios Públicos

Zona	Total Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	574	169	165	167	160
Rural	932	1.037	15	3	137
Total	1506	1.206	180	170	297

Fuente: SISBEN 2004

El municipio Concepción tiene 530 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica con un cubrimiento del 83.85% de las familias.

Promoción Económica

3. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En el municipio de Concepción la PET se tiene en cuenta desde el grupo etareo mayor de 10 años, donde el 77.82% de la población son aptos para realizar actividades productivas, y el 22.17% son población dependiente económicamente o menor de 10 años. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 53.13% tiene una promedio hasta 5 grado de primaria, el 18.65% tiene educación hasta 11 grado de secundaria y educación media, el 10.84% de la población es analfabeta, este es un alto índice si lo comparamos con los niveles nacionales.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	144	1407	784	44
De 30 A 44 Años	90	822	283	57
Mayores De 45 Años	469	1214	142	51
Total	703	3443	1209	152

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Concepción posee una infraestructura educativa compuesta por 36 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico.. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población

4. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$128.935 para la manutención de 4.3 personas promedio.

Ingresos Mensuales Población	\$ 194.047.790
Ingreso Per cápita Mes	\$ 29.946
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 128.935

Fuente: SISBEN 2004

5. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Concepción la actividad económica mas importantes es la ganadería, principalmente la ovina, que es la mas importante del municipio, sus habitantes son trabajadores dedicados a las labores del campo. En el municipio de Concepción se cuenta con 2.507 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha y solo un poco mas de la mitad de los predios de la zona es de propiedad única de sus habitantes es decir un 53.76%.

Municipios	Rangos De Superficie	No. De Predios	%	No. De Propietarios	%	Superficie	%
Concepción	Micro fundios	429	18,33	624	18,04	209,61	0,51
	Minifundios	995	42,5	1453	42,01	2432,18	5,9
	Pequeñas Propiedades	552	23,58	817	23,62	5.183,71	12,58
	Unidades Familiares	211	9,01	320	9,25	6.578,21	15,97
	Mediana Propiedad	78	3,33	116	3,35	5.075,46	12,32
	Gran Propiedad	66	2,82	97	2,8	12.001,85	29,14
	Latifundios	10	0,43	32	0,93	9.170,41	23,57
	Total		2341	100	3459	100	41.191,43

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

6. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Cultivo	Área A Sembrar (Ha)	Producción Promedio (Ton)	Rendimiento Promedio (Kg/Ha)
Cebada	10	6	1.200
Fríjol	40	35	1.000
Papa	430	10.080	24.000
Trigo	5	4	1.000
Total	485	10.125	

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

4. CARCASI

Está ubicado al Nororiente de la provincia de García Rovira, está ubicado sobre la cordillera oriental, posee diversidad de climas predominando el clima frío, se encuentra ubicado desde la ciudad de Bucaramanga a 197 Km. desde Bogota a 187 Km. y desde Cúcuta a 279 Km. y limita con San Miguel, Enciso, Macaravita y Concepción.

La principal actividad del municipio es la agropecuaria. Por tener diversidad de climas se puede cultivar productos tales como: papa, cebada, ajo, fríjol, maíz, trigo, naranja, banano, curuba, tomate de árbol, tomate, hortalizas: cebolla, cilantro, zanahoria, tabaco, hierbas aromáticas, entre otros. Además los habitantes del municipio de Carcasí están dedicados a la ganadería y actualmente uno de los principales productos es la leche y sus derivados. El ganado predominante el bovino, ovino, caprino, porcino y equino. Está ubicado al Nororiente de la provincia de García Rovira, está ubicado sobre la cordillera oriental, posee diversidad de climas predominando el clima frío, se encuentra ubicado desde la ciudad de Bucaramanga a 197 Km. desde Bogota a 187 Km. y desde Cúcuta a 279 Km. y limita con San Miguel, Enciso, Macaravita y Concepción.

La principal actividad del municipio es la agropecuaria. Por tener diversidad de climas se puede cultivar productos tales como: papa, cebada, ajo, frijol, maíz, trigo, naranja, banano, curuba, tomate de árbol, tomate, hortalizas: cebolla, cilantro, zanahoria, tabaco, hierbas aromáticas, entre otros. Además los habitantes del municipio de Carcasí están dedicados a la ganadería y actualmente uno de los principales productos es la leche y sus derivados. El ganado predominante el bovino, ovino, caprino, porcino y equino

En Carcasí encontramos que con una superficie de 524,268 Km² aprox. Alberga a 5.854 habitantes los cuales mas de la mitad son del sexo masculino, 52.18% y el restante 2.799 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 8.95 habitantes por hectárea.

La extensión de este municipio esta compuesta por 12 veredas y su respectivo centro urbano de la siguiente forma: Centro, Vitarigua, Bavega, Páramo, Sirguaza, Petaquera, San Luis, Ropejo, San Jacinto, Quebrada Honda, Saucara, Buenavista

Composición Demográfica

Carcasí posee una población de 6.480 habitantes. La población según grupo etáreo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	128	Urbano	9
			Rural	119
	Femenino	113	Urbano	9
			Rural	104
>=1 a 10 años	Masculino	650	Urbano	59
			Rural	591
	Femenino		Urbano	68
			Rural	507
>=11 a 29 años	Masculino	1149	Urbano	105
			Rural	1044
	Femenino		Urbano	112
			Rural	913
>=30 a 44 años	Masculino	515	Urbano	61
			Rural	454
	Femenino		Urbano	57
			Rural	389
>= 45 años	Masculino	613	Urbano	66
			Rural	547
	Femenino		Urbano	98
			Rural	542

Fuente: SISBEN 2004

Esta población se divide en 644 habitantes en el área urbana y 5.210 en el área rural, siendo esta la mas densa con una concentración del 88.99% del territorio. El grupo con mayor cantidad de habitantes es el de 11 a 29 años con un total de 2.174 personas.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Carcasí	
Régimen Contributivo / Especial	229
Régimen Subsidiado	5.427
Ninguno	198

Fuente: SISBEN 2004

Es un deber del gobierno y un derecho de los ciudadanos gozar de servicios básicos de salud, por esto los habitantes de Carcasí, en su mayoría cuenta con servicios de salud subsidiados, 92.70% de la población, el 3.91% pagan dentro del régimen contributivo, y solo 198 personas no tienen cobertura. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen. por tanto se clasifican en:

Condiciones del Piso	Tierra o Arena	Madera Burda	Cemento o Gravilla	Baldosa-vinilo	Alfombra-Mármol
Urbana	55	11	78	5	0
Rural	745	9	243	6	0
Total	800	20	321	11	0

Fuente: SISBEN 2004

Condición Paredes	Sin Paredes	Zinc-Tela...	Guadua-Caña...	Madera Burda	Bahareque	Tapia pisada	Bloque-Ladrillo
Urbana	0	0	0	0	7	112	30
Rural	0	0	7	3	60	785	30
Total	0	0	7	3	67	897	60

Fuente: SISBEN 2004

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Carcasí cuenta con 240 viviendas promedio que se encuentran en "condiciones optimas".

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	149	139	120	120	138
Rural	1005	877	45	29	457
Total	1154	1.016	165	149	595

Fuente: SISBEN 2004

Carcasí tiene 164 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de Carcasí cuenta con una población económicamente activa de 4.857 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 58.64% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 15.10% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	26	1556	626	39
De 30 A 44 Años	33	889	202	31
Mayores De 45 Años	401	988	56	10
Total	460	3433	884	80

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Carcasí posee una infraestructura educativa compuesta por 24 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$46.903 para la manutención de 4.3 personas promedio

Ingresos Mensuales Población	\$ 54.032.325
Ingreso Per cápita Mes	\$ 9.230
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 46.903

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Carcasí la actividad económica mas importantes es la ganadería, principalmente la ovina, que es la mas importante del municipio, sus habitantes son trabajadores dedicados a las labores del campo. En el municipio de Concepción se cuenta con 2.417 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha y solo un poco mas de la mitad de los predios de la zona es de propiedad única de sus habitantes es decir un 85.78%.

Municipios	Rangos De Superficie	No. De Predios	%	No. De Propietarios	%	Superficie	%
Carcasí	Micro Fundios	393	16,26	622	14,3	223,51	0,7
	Minifundios	1198	49,57	1977	45,46	3086,91	9,64
	Pequeñas Propiedades	595	24,62	1205	27,71	5.086,91	17,51
	Unidades Familiares	141	5,83	351	8,07	4.278,84	13,37
	Mediana Propiedad	47	1,94	93	2,14	3.255,71	10,17
	Gran Propiedad	37	1,53	94	2,16	7.671,10	23,96
	Latifundios	6	0,25	7	0,16	7.891,00	24,65
	Total	2417	100	3349	100	32.014,08	100

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Cultivo	Has Sembradas
Papa	322
Trigo	95
Fríjol	253
Maíz	313
Cebada	12
Total	995

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

5. ENCISO

Enciso se encuentra ubicado en la Provincia de García Rovira en el sector oriental del departamento del Santander, limitado al norte con el municipio de Málaga y Concepción, al sur con los municipios de Capitanejo y San Miguel, al oriente con el municipio de Carcasí y al occidente con el municipio de San José de Miranda. La separa de

Bucaramanga 173 Km², de la Capital de la Republica 178, y de Cúcuta 219km², en su mayoría son vías sin pavimentar.

En Enciso encontramos una superficie de 79 Km², o sea 7900 Ha Alberga a 3.904 habitantes, de los cuales mas de la mitad son del sexo masculino, 5.46% y el restante 1.895 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 49 habitantes Km². El territorio se encuentran dividido en 12 áreas geográficas identificadas como veredas, Agua Sucia, Carrizal, Cochaga, Insula, Juncal, Loma Del Negro, Mosgua, Puertas, Quebrada De Vera, Robles, Santa Helena, Villeta, Zona Urbana, Peña Colorada

Composición Demográfica

Concepción posee una población de 6.480 habitantes. La población según grupo etareo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	36	Urbano	6
			Rural	30
	Femenino	29	Urbano	3
			Rural	26
>=1 a 10 años	Masculino	423	Urbano	67
			Rural	356
	Femenino	407	Urbano	65
			Rural	342
>=11 a 29 años	Masculino	691	Urbano	97
			Rural	594
	Femenino	649	Urbano	94
			Rural	555
>=30 a 44 años	Masculino	365	Urbano	66
			Rural	299
	Femenino	356	Urbano	63
			Rural	293
>= 45 años	Masculino	494	Urbano	64
			Rural	430
	Femenino	454	Urbano	76
			Rural	378

Fuente: SISBEN 2004

Esta población se divide en 601 habitantes en el área urbana y 3.303 el área rural, siendo esta la mas densa con una concentración del 84.60% del territorio. El grupo con mayor cantidad de habitantes es el de 11 a 29 años con un total de 1.340 personas.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Enciso	
Régimen Contributivo / Especial	112
Régimen Subsidiado	3.560
Ninguno	232

Fuente: SISBEN 2004

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en Enciso en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 2.8% en contraste del 91.18% del régimen subsidiado, y solo un 5.94% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen.

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Enciso cuenta con 643 viviendas promedio que se encuentran en “condiciones optimas”.

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	151	147	138	137	144
Rural	841	697	38	30	304
Total	992	844	176	167	448

Fuente: SISBEN 2004

Enciso tiene 167 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica, es decir 844 de 992 viviendas tienen el servicio, y el acueducto se raja pues menos de la mitad de la población cuenta con el servicio.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de Enciso cuenta con una población económicamente activa de 4.857 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 56.78% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 20.38% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	17	877	521	28
De 30 A 44 Años	13	537	207	12
Mayores De 45 Años	234	803	68	8
Total	264	2217	796	48

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Enciso posee una infraestructura educativa compuesta por 19 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$30.040 para la manutención de 3 personas promedio

Ingresos Mensuales Población	\$ 117.274.284
Ingreso Per cápita Mes	\$ 30.040
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 118.339

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Enciso las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se cuenta con 1.313 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 1.887 propietarios.

Municipios	Rangos De Superficie	No. De Predios	%	No. De Propietarios	%	Superficie	%
Enciso	Microfundios	258	19,65	325	17,22	124,46	1,1
	Minifundios	683	52,02	977	51,78	1.713,28	15,13
	Pequeñas Propiedades	311	23,69	478	25,33	2.608,66	23,04
	Unidades Familiares	48	3,66	86	4,56	1.447,68	12,78
	Mediana Propiedad	7	0,53	11	0,58	497,55	4,34
	Gran Propiedad	3	0,23	6	0,32	406,3	3,59
	Latifundios	3	0,23	4	0,21	4.532,52	40,02
	Total	1.313	100	1.887	100	11.324,45	100

Fuente: Consolidado, con base en EOT's, municipios de García Rovira

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Actividad Agrícola	Áreas Sembradas (Ha)	Producción (Ton/Año)	Rendimiento (Ton/Ha)
Frijol Arbustivo	680	544.00	0.80
Maíz	110	154.00	1.40
Tabaco Rubio	700	1260.00	1.80
Tomate	33	462.00	14.00
Trigo	15	12.00	0.80
Tabaco Negro	18	32.40	1.80
Frijol Voluble	15	22.50	1.80
Frutales	60	360.00	6.00

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

6. CERRITO

A 174 Km. de Bucaramanga, sobre territorios montañosos, con pisos térmicos, medio, frío y páramo. En este municipio se explotan minas de carbón, grafito y cobre. Limita con los municipios de Guaca, San Andrés y Concepción. Se encuentra ubicado a 214 Km. de Bogotá y 182 de Cúcuta.

En Cerrito encontramos una superficie de 93.987 Ha Alberga a 6.120 habitantes, de los cuales mas de la mitad son del sexo masculino 51.87%, el restante 2.945 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 15.35 habitantes Has. El territorio se encuentran dividido en 9 áreas geográficas identificadas como veredas, Boyaga, Corral Falso, Platera, Tinaga, Humala, Ovejeras, Volcán, Tuli, Servita.

Composición Demográfica

Cerrito posee una población de 6.120 habitantes. La población según grupo etáreo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	119	Urbano	50
			Rural	69
>=1 a 10 años	Femenino	639	Urbano	44
			Rural	60
	Masculino		Urbano	226
			Rural	413
>=11 a 29 años	Femenino	1176	Urbano	234
			Rural	402
	Masculino		Urbano	426
			Rural	750
Femenino	993	Urbano	389	
		Rural	604	

>=30 a 44 ños	Masculino	606	Urbano	227
			Rural	379
	Femenino	558	Urbano	245
			Rural	313
>= 45 años	Masculino	635	Urbano	258
			Rural	377
	Femenino	654	Urbano	308
			Rural	346

Fuente: SISBEN 2004

Esta población se divide en 2.407 habitantes en el área urbana y 3.713 el área rural, teniendo casi la misma proporción con el área urbana con una concentración del 51.84% del territorio.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De Enciso	
Régimen Contributivo / Especial	420
Régimen Subsidiado	5.183
Ninguno	517

Fuente: SISBEN 2004

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en Cerrito en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 6.8% en contraste del 84.68% del régimen subsidiado, y solo un 8.44% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen. por tanto se clasifican en:

Condiciones del Piso	Tierra o Arena	Madera Burda	Cemento o Gravilla	Baldosa-vinilo	Alfombra-Mármol
Urbana	52	10	284	129	0
Rural	560	10	250	11	0
Total	612	20	534	140	0

Fuente: SISBEN 2004

Condición Paredes	Sin Paredes	Zinc-Tela...	Guadua-Caña...	Madera Burda	Bahareque	Tapia pisada	Bloque-Ladrillo
Urbana	0	2	3	2	8	178	282
Rural	0	3	38	8	111	344	282
Total	0	5	41	10	119	522	564

Fuente: SISBEN 2004

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Cerrito cuenta con 880 viviendas promedio que se encuentran en “condiciones optimas”.

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	474	450	436	447	454
Rural	831	608	21	35	43
Total	1305	1058	457	482	497

Fuente: SISBEN 2004

Cerrito tiene 454 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica, es decir 1.058 de 1.305 viviendas tienen el servicio, y el acueducto se raja pues ni la tercera parte de la población cuenta con el servicio.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de Cerrito cuenta con una población económicamente activa de 4.857 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 57.97% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 14.68% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	49	1485	698	13
De 30 A 44 Años	39	1056	170	29
Mayores De 45 Años	476	1007	31	25
Total	564	3548	899	67

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Cerrito posee una infraestructura educativa compuesta por 29 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y

hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$91.420 para la manutención de 4 personas promedio

Ingresos Mensuales Población	\$ 119.395.000
Ingreso Per cápita Mes	\$ 19.509
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 91.420

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Cerrito las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se cuenta con 1.191 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 1.743 propietarios.

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
Cerrito	Micro fundios	172	14,44	219	12,56	70,96	0,16
	Minifundios	385	32,33	564	32,36	994,45	2,22
	Pequeñas propiedades	317	26,62	436	25,01	3.178,44	7,1
	Unidades familiares	147	12,34	211	12,11	4.703,00	10,5
	Mediana propiedad	58	4,87	109	6,25	4.186,46	9,35
	Gran propiedad	101	8,48	186	10,67	21.972,42	49,07
	Latifundios	11	0,92	18	1,03	9.674,77	21,6
	Total	1191	100	1743	100	44.780,50	100

Fuente: Consolidado, con base en EOT's, municipios de García Rovira

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Actividad Agrícola	Áreas Sembradas (Ha)	Producción (Ton/Año)	Rendimiento (Ton/Ha)
Papa	620	5.000.00	18
Ajo	65	350.00	14
Fríjol Arbustivo	12	10.00	0.80

Actividad Agrícola	Áreas Sembradas (Ha)	Producción (Ton/Año)	Rendimiento (Ton/Ha)
Maíz	90	135.00	1.50
Cebada	160	104.00	1.30
Zanahoria	30	150.00	15
Trigo	30	24.00	1.60
Haba	40	48.00	1.20
Frijol Voluble	25	30.00	1.20
Curuba	49	192.00	12

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

7. SAN ANDRES

104 Km. la separan de Bucaramanga, su mayor encanto, la laguna de los Ortices, rodeada de juncales y sus cultivos que brindan un majestuoso paisaje. Su actividad económica está centrada en la agricultura y la ganadería. Limita con Guaca, Cerrito Concepción, Málaga y Molagavita. Desde Santa Fe De Bogota son 243 Km. y desde Cúcuta son 225 Km. El Municipio de San Andrés tiene una extensión territorial de 27.800 Has (278 Km²) y está conformado por su cabecera Municipal (área urbana), 19 veredas y 2 centros poblados (área rural). Alberga a 10.1046 habitantes, de los cuales mas de la mitad son del sexo masculino 51%, el restante 4.922 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 2.76 habitantes Has, Tanqueva, Laguna de Ortices, San Sebastián, Pangua, La Ramada, Cairasco, Volcán, Santa Cruz, Caracol, Centro, Listará, El Pire, Carabalí, Antalà, Pangote, Mogotocoro, Santo Domingo, Hato de Los Caballeros, San Pablo, Queragà, Salado Negro.

Composición Demográfica

San Andrés posee una población de 10.046 habitantes. La población según grupo etáreo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	141	Urbano	42
			Rural	99
	Femenino	120	Urbano	30
			Rural	90
>=1 a 10 años	Masculino	991	Urbano	237
			Rural	754
	Femenino	934	Urbano	226
			Rural	708
>=11 a 29 años	Masculino	1686	Urbano	395
			Rural	1291
	Femenino	1644	Urbano	446
			Rural	1198
>=30 a 44 años	Masculino	946	Urbano	231
			Rural	715
	Femenino	900	Urbano	261
			Rural	639

>= 45 años	Masculino	1360	Urbano	343
			Rural	1017
	Femenino	1324	Urbano	418
			Rural	906

Esta población ^{Fuente SISBEN 2004} 29 habitantes en el área urbana y 7.417 el área rural, teniendo el área rural la mayor cantidad de población con una participación del 73.83%.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De San Andrés	
Régimen Contributivo / Especial	683
Régimen Subsidiado	8.411
Ninguno	952

Fuente: SISBEN 2004

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en San Andrés en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 6.79% en contraste del 83.72% del régimen subsidiado, y solo un 9.47% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen.

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Cerrito cuenta con 1.362 viviendas promedio que se encuentran en “condiciones optimas”.

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	626	615	579	561	603
Rural	1749	1528	107	21	798
Total	2375	2143	686	582	1401

Fuente: SISBEN 2004

San Andrés cuenta con tan sólo 454 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica, es decir 2.143 de 2.375 viviendas tienen el servicio, y el acueducto solo tienen cobertura en un 58.98% del total de viviendas.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de San Andrés cuenta con una población económicamente activa de 4.857 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 56.66% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 20.27% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	63	2060	1410	66
De 30 A 44 Años	52	1289	413	73
Mayores De 45 Años	541	2344	214	66
Total	656	5693	2037	205

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Enciso posee una infraestructura educativa compuesta por 42 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$182.092 para la manutención de 4 personas promedio.

Ingresos Mensuales Población	\$ 432.651.183
Ingreso Per cápita Mes	\$ 43.067
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 182.092

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de San Andrés las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se cuenta con 4.838 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 7.671 propietarios.

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
San Andrés	Micro fundios	1248	25,8	1736	22,89	680,13	2,46
	Minifundios	2330	48,16	3674	47,89	5526,69	20,01
	Pequeñas propiedades	998	20,63	1664	21,69	8.688,29	31,46
	Unidades familiares	195	4,03	407	5,31	5.790,85	20,97
	Mediana propiedad	49	1,01	108	1,41	3.301,30	11,95
	Gran propiedad	17	0,35	61	0,8	3.060,32	11,08
	Latifundios	1	0,02	1	0,01	570,70	2,07
	Total	4838	100	7671	100	27.618,28	100

Fuente: Consolidado, con base en EOT's, municipios de García Rovira

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Actividad Agrícola	Áreas Sembradas (Ha)
Maíz * Fríjol	612
Café	335
Plátano	302
Caña	163
Papa	104
Yuca	75

Esquema de Ordenamiento Territorial 2003

8. SAN JOSE DE MIRANDA

Es uno de los municipios más lindos de Santander, se destaca por su hermosos, imponente y blanco templo de estilo gótico, hace gala de una fuente milagrosa. En sus cercanías pueden observarse las ruinas de la antigua localidad de Tequia. Ubicado a 160 Km. De Bucaramanga limita con Molagavita, Málaga, Enciso y Concepción. Desde Bogota se ubica a 186 Km.

El Municipio de San José de Miranda está conformado por su cabecera Municipal (área urbana), 15 veredas y 1 centros poblados (área rural). Alberga a 5.093 habitantes, de los cuales mas de la mitad son del sexo masculino 51.05%, el restante 2.493 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 2. habitantes Has, sus unidades de gestión son Hierbabuena, Lucusguta, El Pozo, Tequia, Sagamal, Versalles, Tierra Blanca, Cutaligua, Popaga, Curucho, Salado Bravo, Cruz De Piedra, Cucharito, Moralito Carbonera

Composición Demográfica

Miranda posee una población de 5.093 habitantes. La población según grupo etáreo esta distribuida de la siguiente manera

Menor 1 año	Masculino	49	Urbano	7
			Rural	42
	Femenino	37	Urbano	3
			Rural	34
>=1 a 10 años	Masculino	592	Urbano	80
			Rural	512
	Femenino	562	Urbano	77
			Rural	485
>=11 a 29 años	Masculino	881	Urbano	113
			Rural	768
	Femenino	805	Urbano	134
			Rural	671
>=30 a 44 años	Masculino	400	Urbano	65
			Rural	335
	Femenino	412	Urbano	79
			Rural	333
>= 45 años	Masculino	678	Urbano	90
			Rural	588
	Femenino	677	Urbano	119
			Rural	558

Fuente SISBEN 2004

Esta población se divide en 707 habitantes en el área urbana y 4.326 el área rural, teniendo el área rural la mayor cantidad de población con una participación del 84.94%.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De San Jose de Miranda	
Régimen Contributivo / Especial	338
Régimen Subsidiado	4479
Ninguno	276

Fuente: SISBEN 2004

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en San José De Miranda en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 6.63% en contraste del 87.94% del régimen subsidiado, y solo un 5.41% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen. por tanto se clasifican en:

Condiciones del Piso	Tierra o Arena	Madera Burda	Cemento o Gravilla	Baldosa-vinilo	Alfombra-Mármol
Urbana	8	0	64	105	1
Rural	478	1	419	56	0
Total	486	1	483	161	1

Fuente: SISBEN 2004

Condición Paredes	Sin Paredes	Zinc-Tela...	Guadua-Caña...	Madera Burda	Bahareque	Tapia pisada	Bloque-Ladrillo
Urbana	0	0	0	0	2	78	98
Rural	0	4	3	1	20	716	98
Total	0	4	3	1	22	794	196

Fuente: SISBEN 2004

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. Miranda cuenta con 576 viviendas promedio que se encuentran en “condiciones optimas”.

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	626	176	172	171	174
Rural	1749	807	18	12	381
Total	2375	983	190	183	555

Fuente: SISBEN 2004

San José de Miranda tiene 184 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica, es decir 983 de 1.133 viviendas tienen el servicio, y el acueducto solo tienen cobertura en un 48.98% del total de viviendas.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de Miranda cuenta con una población económicamente activa de

4.857 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 60.12% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 15.68% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	76	1281	508	35
De 30 A 44 Años	17	601	187	38
Mayores De 45 Años	250	1180	104	34
Total	343	3062	799	107

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. Enciso posee una infraestructura educativa compuesta por 15 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$205.344 para la manutención de 4 personas promedio.

Ingresos Mensuales Población	\$ 232.449.546
Ingreso Per cápita Mes	\$ 45.641
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 205.344

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de Miranda las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se cuenta con 2.094 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 4.346 propietarios, es decir un promedio de 2 propietarios por predio.

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
Miranda	Micro fundios	580	27,7	819	25,4 4	331,34	4,41
	Minifundios	1160	55,4	1795	55,7 6	2754,59	36,6 4
	Pequeñas propiedades	311	14,8 5	517	16,0 6	2712,18	36,0 7
	Unidades familiares	33	1,58	67	2,08	962,00	12,8
	Mediana propiedad	8	0,38	18	0,56	467,48	6,22
	Gran propiedad	2	0,1	3	0,09	290,61	3,87
	Latifundios	0	0	0	0	0,00	0
	Total	2094	100	4346	2,21 9	7.518,20	100

Fuente: Consolidado, con base en EOT's, municipios de García Rovira

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Actividad Agrícola	Áreas Sembradas (Ha)	Área Cosechada	Producción obtenida (Ton)
Tabaco	200	200	360
Maíz	340	300	270
Fríjol	240	200	127

Revista Agrícola Gobernación de Santander

9. SAN MIGUEL

San Miguel, se encuentra localizado en el extremo sureste de la provincia de García Rovira, al oriente del departamento de Santander. Limita al norte con los municipios de Enciso y Camplín, al oriente con el municipio de Camplín, al sur con los municipios de Macaravita y Parte de Capitanejo y al occidente con el municipio de Capitanejo

El Municipio de San Miguel tiene de extensión 71 Km², o sea 10000 Ha, está conformado por su cabecera Municipal (área urbana), 9 veredas y 1 centros poblados (área rural). Alberga a 2.860 habitantes, de los cuales mas de la mitad son del sexo masculino 53.67%, el restante 1.325 son mujeres. La densidad poblacional esta dada por 3.49 habitantes Has, sus unidades de gestión son Santa Helena, San Ignacio, San Pedro, Llano Grande, Cenacuta, Zaragoza, Arenales, Camplinita, Tablón, Lajas, Zona Urbana

Composición Demográfica

San Miguel posee una población de 5.093 habitantes. La población según grupo etáreo esta distribuida de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	17	Urbano	2
			Rural	15
	Femenino	22	Urbano	5
			Rural	17
>=1 a 10 años	Masculino	322	Urbano	34
			Rural	288
	Femenino	278	Urbano	40
			Rural	238
>=11 a 29 años	Masculino	562	Urbano	73
			Rural	489
	Femenino	450	Urbano	63
			Rural	387
>=30 a 44 años	Masculino	252	Urbano	40
			Rural	212
	Femenino	226	Urbano	47
			Rural	179
>= 45 años	Masculino	382	Urbano	39
			Rural	343
	Femenino	349	Urbano	50
			Rural	299

Esta población se divide en 393 habitantes en el área urbana y 2.467 el área rural, teniendo el área rural la mayor cantidad de población con una participación del 86.25%.

Servicios Sociales

1. Condiciones De Salud:

Aseguramiento Municipio De San Andrés	
Régimen Contributivo / Especial	137
Régimen Subsidiado	2.619
Ninguno	104

Fuente: SISBEN 2004

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en San Miguel en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 4.79% en contraste del 91.57% del régimen subsidiado, y solo un 3.63% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento. Estos servicios de salud son prestados por el puesto de salud a cargo del municipio y contratados por las instituciones que prestan servicios de salud en la localidad.

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas del municipio cuentan con características físicas adecuadas o inadecuadas, según las características de pisos, paredes y amenazas a su condición donde se ubiquen.

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla. Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población. San Miguel cuenta con 323 viviendas promedio que se encuentran en “condiciones optimas”.

3. Servicios Públicos

Zona	Tot. Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	99	95	93	94	96
Rural	557	494	8	4	349
Total	656	589	101	98	445

Fuente: SISBEN 2004

San Miguel tiene 100 viviendas que presentan condiciones de saneamiento básico, es decir, cuentan con los servicios de agua potable y alcantarillado. Frente al acceso a servicios públicos es normal que la mayor cobertura la tiene el sector de energía eléctrica, es decir 589 de 656 tienen el servicio, y el acueducto solo tienen cobertura en un 67.78% del total de viviendas.

Promoción Económica

4. Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

En la clasificación de las personas que quieran trabajar y que estén en capacidad de hacerlo, el municipio de San Miguel cuenta con una población económicamente activa de 2.860 habitantes. Si medimos el nivel educativo de esta población (PET), se observa que el 53.04% del total de la población únicamente tiene el nivel básico de primaria, y el 19.33% tiene un nivel de secundaria.

PET – Nivel Educativo	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 A 29 Años	32	648	392	19
De 30 A 44 Años	24	346	89	29
Mayores De 45 Años	246	523	72	18
Total	302	1517	553	66

Fuente: SISBEN 2004

La totalidad del servicio de educación es de carácter público. San Miguel posee una infraestructura educativa compuesta por 15 establecimientos educativos que cubren servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media básica y de nivel técnico. Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población.

5. Nivel de Ingreso

El nivel de ingresos esta dado por las personas en edad de trabajar que realizan alguna actividad productiva que genera ingresos, estas actividades en su mayoría son agropecuarias; y

hablando en términos de ingreso y de capacidad de producción, encontramos que cada familia devenga en promedio \$254.898 para la manutención de 4 personas promedio.

Ingresos Mensuales Población	\$ 166.958.003
Ingreso Per cápita Mes	\$ 58.377
Ingreso Prom. Familia Mes	\$ 254.898

Fuente: SISBEN 2004

6. Tenencia de la Tierra

En el municipio de San Miguel las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se cuenta con 1.337 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 2.049 propietarios, es decir un promedio de 2 propietarios por predio.

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
San Miguel	Micro fundios	308	23,04	413	20,16	165	2,23
	Minifundios	723	54,08	1086	53	1705,06	23,05
	Pequeñas propiedades	252	18,85	422	20,6	2.322,84	31,4
	Unidades familiares	36	2,69	84	4,1	1.028,94	13,91
	Mediana propiedad	6	0,45	10	0,49	389,58	5,27
	Gran propiedad	12	0,9	34	1,66	1.785,49	21,14
	Latifundios	0	0	0	0	0,00	0
	Total	1337	100	2049	100	7.396,91	100

Fuente: Consolidado, con base en EOT's, municipios de García Rovira

7. Producción

Las actividades agrícolas que determinan la mayoría de los ingresos son:

Sistema De Producción	Producción Total (Ton)
Frijol Arbustivo	720.00
Tabaco Rubio	240.00
Tabaco Negro	480.00
Maíz	900.00
Trigo	60.00
Arveja	13.20
Papa	240.00

Sistema De Producción	Producción Total (Ton)
Tomate	144.00
Fríjol Voluble	37.50
Yuca	360.00
Caña Panelera	635.00
Frutales	408.00
Café	15.00

Revista Agrícola Gobernación de Santander

10. MACARAVITA

Macaravita, se encuentra localizado en el extremo sureste de la provincia de García Rovira, al oriente del departamento de Santander. Limita al norte con los municipios de Carcasí, al oriente con el municipio de Chiscas en el departamento de Boyacá, al sur con el municipio de Tipacoque en el departamento de Boyacá y al occidente con los municipios de Capitanejo y San Miguel en la provincia de García Rovira.

Su población como todos los municipios de la provincia tiene su mayor componente poblacional en el sector rural. Así del total de la población residente -2876- el 93.15% residen en el área rural y los restantes en el área urbana. Esta población está distribuida en 10 veredas

Pajarito, Rasgón, Huertas, Palmar, Llano Grande, Buraga, Buenavista, La Palma, Ilarguta y Juncal. (Ver mapa con división por unidad de gestión territorial).

De las 665 familias residentes en el municipio 658 poseen vivienda, por tanto se estima que hay un déficit de 7 viviendas para cubrir el requerimiento de vivienda en el municipio.

Composición Demográfica

Macaravita posee una población de 2.876 habitantes. Su distribución según grupo vital se encuentra distribuida de la siguiente manera:

MUNICIPIO	Menor 1 año		≥1 a 10 años				≥11 a 29 años				≥30 a 44 años				≥45 años					
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
MACARAVITA	1	20	0	22	25	285	36	284	18	532	33	430	20	187	16	194	24	372	24	353

Si tenemos en cuenta que gran proporción de la población se encuentra en rangos de edad joven, es decir de 11 a 44 años, es importante analizar que espacios de formación y ocupación se presentan en el municipio, que permitan a la población generar alternativas productivas que faciliten crear vías de desarrollo que ayuden a mejorar el nivel de vida de los macaravitenses.

Servicios Sociales

1. condiciones de salud:

El nivel de aseguramiento esta determinado por el numero de habitantes que cuentan con algún tipo de afiliación al SGSSS, en Macaravita en el régimen contributivo o en régimen especial se encuentra el 3.5% en contraste del 92.31% del régimen subsidiado, y solo un 4.17% no cuenta con ninguna cobertura en aseguramiento

Aseguramiento Municipio de Macaravita	
Régimen Contributivo / Especial	101
Régimen Subsidiado	2.655
Ninguno	120

2. Condiciones de Vivienda

Las viviendas existentes cuentan con características físicas determinantes de condiciones adecuadas o inadecuadas para la población, según las características de los pisos, paredes y las amenazas que existan en el sector de ubicación. las familias cuentan con las siguientes características de vivienda:

POBLACION	CONDICIONES PAREDES		CONDICIONES PISOS	
	INADECUADAS	ADECUADAS	INADECUADAS	ADECUADAS
Urbana	1	48	10	39
Rural	24	552	459	150

Se clasifican como vivienda con condiciones inadecuadas aquellas cuyas paredes estén construidas en un material diferente a tapia pisada o bloque, ladrillo o sus pisos son de tierra, arena, madera burda, tabla.

Igualmente la calidad de la vivienda se mide por el acceso a saneamiento básico y a los servicios públicos con los que cuente la población.

El municipio de Macaravita cuenta con tan sólo 51 viviendas con saneamiento básico, es decir tan sólo el 8% de la población cuenta con los servicios de agua potable y alcantarillado al tiempo.

4- Servicios Públicos

Frente al acceso a servicios públicos el mayor cubrimiento se da para la energía eléctrica con un cubrimiento del 87%

Zona	Tot.Población	Electricidad	Alcantarillado	Rec. Basura	Acueducto
Urbana	49	48	44	40	42
Rural	610	522	14	2	150

PROMOCION ECONOMICA

5- Población Económicamente Activa y Nivel Educativo

La Población en Edad de Trabajar definida según el DANE está dada para el área rural a partir de los 10 años y de los 12 para la urbana, así dadas las condiciones de ruralidad del municipio de Macaravita la población en edad de trabajar se toma desde los 10 años y

representa el 76.5% de la población. Esta población en capacidad de trabajar cuenta en un 69% con algún nivel educativo en primaria y tan sólo el 17% presenta algún grado de educación media cursado. Es importante resaltar que el 12% de la población en edad de trabajar es analfabeta.

Población	Analfabetas	Primaria	Secundaria	Otros
De 11 a 29 Años	18	793	305	11
De 30 a 44 Años	34	312	75	20
Mayores de 45 Años	232	597	47	11
TOTALES	284	1702	427	42

Esta variable incide la condición socioeconómica por tanto los ingresos percibidos por la población dependen en gran medida del nivel educativo alcanzado por la población

La base económica de Macaravita se viene desarrollando alrededor de la agricultura, la ganadería extensiva. Por estos conceptos se percibe un ingreso per cápita de alrededor de \$15.683 mensuales, con un promedio de \$68.548 por familia mes.

Teniendo en cuenta la actividad principal del municipio (agropecuaria) y las condiciones para el desarrollo del proyecto es necesario identificar las características en la tenencia de la tierra como principal medio de producción.

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
Macaravita	Microfundios	496	24,7 5	629	21,3 2	285,09	2,53
	Minifundios	1084	54,0 9	1580	53,5 6	2577,93	22,8 6
	Pequeñas propiedades	328	16,3 7	257	17,8 6	3.090,29	27,4
	Unidades familiares	51	2,54	116	3,93	1.544,10	13,6 9
	Mediana propiedad	38	1,9	86	2,92	2.703,49	23,9 7
	Gran propiedad	7	0,35	12	0,41	1.078,09	9,56
	Latifundios	0	0	0	0	0,00	0
	Total	2004	100	2950	100	11.278,99	100

11. GUACA

Localizado a 90 km del sur oriente de B/manga Limita por el norte con el Municipio de Santa Bárbara y el Departamento de Norte de Santander. Por el oriente con Cerrito y San Andrés. Al sur con San Andres y Cepita y al occidente con Santa Bárbara y Piedecuesta.

Como todos los municipios de la provincia, guaca tiene su mayor componente poblacional en el sector rural. Su población es de 6.913 habitantes -según Sisben 2004- de los cuales el 79% residen en el área rural y el 21% restante en el área urbana. El

municipio se encuentra dividido en 30 veredas y 1 centro urbano (ver mapa con división por unidad de gestión territorial).

De las 1734 familias residentes en el municipio 1614 poseen vivienda, por tanto se estima que hay un déficit de 7 viviendas para cubrir el requerimiento de vivienda en el municipio.

COMPOSICION DEMOGRÁFICA

Sus habitantes se encuentran conformando 1613 familias, con un promedio de 4.2 habitantes por familia y según ciclo vital se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Menor 1 año	Masculino	72	Urbano	18
			Rural	54
	Femenino	63	Urbano	14
			Rural	49
>=1 a 10 años	Masculino	796	Urbano	136
			Rural	660
	Femenino	767	Urbano	141
			Rural	626
>=11 a 29 años	Masculino	1209	Urbano	253
			Rural	956
	Femenino	1138	Urbano	233
			Rural	905
>=30 a 44 años	Masculino	685	Urbano	129
			Rural	556
	Femenino	601	Urbano	150
			Rural	451
>= 45 años	Masculino	772	Urbano	165
			Rural	607
	Femenino	810	Urbano	222
			Rural	588

Condiciones Socio económicas:

El municipio, básicamente rural, cuenta con una población en edad de trabajar de 5215 personas, que representan las tres cuartas partes del total de la población. De esta población el 6.5% son analfabetas y el 82% ha cursado algún grado en la educación primaria.

Población	Analfab	Primaria	Secundar	Otro
De 11 A 29 Anos	20	1822	682	41
De 30 A 44 Anos	22	1070	235	43
Mayores De 45 Anos	297	1405	136	34

En el área de educación se cuenta con 32 establecimientos educativos para cubrir la población escolarizada en el municipio.

En cuanto a Seguridad Social la población está asegurada o tiene algún tipo de seguridad en un 92%, distribuida en 366 personas afiliadas a régimen contributivo o sus beneficiarios o afiliada a algún régimen especial. Y 5997 es decir un 87% correspondiente al régimen subsidiado. Se presenta igualmente presencia indígena de un afiliado.

Aseguramiento Municipio Guaca	
Reg. Contributivo/Especial	366
Régimen Subsidiado	5997
Población Indígena	1
Ninguna	549

La economía de Guaca se soporta principalmente en el sector primario; específicamente sobre las actividades agrícolas y pecuarias, que ocupan la población económicamente activa del municipio; en el ámbito agrícola se identifican como los productos más representativos: la papa, maíz, frijol, cebolla y en el nivel pecuario esta representado por la producción de ganado Bovino y Avicultura.

Esta actividad agropecuaria genera para el municipio ingresos por valor de \$158.722.580 mes, lo que implica un ingreso por familia de \$98.402 y un ingreso per cápita de 22.960.

En cuanto a la estructura de propiedad de la tierra el 71.54% de los predios son propiedad de las familias que las habitan; y el 42.67% de estos son minifundistas. (EOT 2002). El municipio cuenta con 1613 familias que habitan en viviendas en condiciones inadecuadas especialmente por el factor Piso, dado por materiales no apropiados para pisos y/o paredes así:

Población	Condiciones Paredes		Condiciones Suelos	
	INADECUAD	ADECUADAS	INADECUAD	ADECUADAS
Población Urbana	3	344	41	306
Población Rural	72	1019	814	452

Condiciones del Piso	Tierra o Arena	Madera Burda	Cemento o Gravilla	Baldosa-vinilo	Alfombra-Mármol
Urbana	38	3	211	92	3
Rural	810	4	428	22	2
Total	848	7	639	114	5

Condición Paredes	Sin Paredes	Zinc-Tela...	Guadua-Caña...	Madera Burda	Bahareque	Tapia pisada	Bloque-Ladrillo
Urbana	0	0	0	1	2	260	84
Rural	0	4	4	0	64	935	84
Total	0	4	4	1	66	1195	168

Tenencia de Tierra

En el municipio de Guaca las actividades económicas corresponden primordialmente al sector agrario como generador de ingresos, de empleo y de alimentos, En el municipio se

cuenta con 1.004 predios que en su mayoría tiene una extensión menor a 1 Ha con 3.623 propietarios, es decir un promedio de 3 propietarios por predio , tenencia de la tierra

MUNICIPIOS	RANGOS DE SUPERFICIE	No. DE PREDIOS	%	No. DE PROPIETARIOS	%	SUPERFICIE	%
Guaca	Micro fundios	193	14,6 2	431	11,9	158,62	0,54
	Minifundios	849	42,3 7	1412	38,9 7	2650,93	9,03
	Pequeñas propiedades	588	29,3 4	1159	31,9 9	5.646,43	19,2 4
	Unidades familiares	155	7,73	344	9,49	4.852,21	16,5 3
	Mediana propiedad	57	2,84	122	3,37	3.900,23	13,2 9
	Gran propiedad	60	2,99	148	4,09	10.647,38	36,2 7
	Latifundios	2	1,1	7	0,19	1.496,25	5,1
	Total	1004	100	3623	100	29.352,05	100

12. MALAGA

INFORMACIÓN GENERAL:

Localizado al Nororiente del Departamento de Santander a los 6° 42' de Latitud norte y 72° 44' de longitud. El área total del municipio es de 58 Km², de donde el 4.87% (2.82 Km²) corresponde al sector urbano y el 95.13% (55.18 Km²) corresponde al sector rural. Limita al Norte: Municipio Concepción y San Andrés, Oriente: Municipio de Enciso. Occidente: Municipio de Molagavita y San Andrés Sur: Municipio de San José de Miranda.

Composición Demografica

Tiene una población total de 23.766, distribuida en el sector urbano 18.743 y en el rural 5.023. Dividido en 35 barrios habitados por 13.678 personas y en 12 veredas habitadas por 3.662 personas.

Condiciones Socio económicas:

Málaga es el principal centro de actividad económica y social de la provincia de García Rovira, la economía se compone de pequeñas industrias y agencias que prestan servicios a la provincia y la de Norte y Gutiérrez (Boyacá), los sectores mas representativos son el comercial y de servicios con el 51% y el 32% de establecimientos, mientras que en la industria es incipiente con el 15%.

Los niveles de ingreso de la población económicamente activa que goza de empleo son demasiado bajos, alcanzan solamente niveles de sobrevivencia afectando de manera clara el recaudo de ingresos al fisco municipal. El sector que mas genera empleo es el de servicios. La población urbana de Málaga, debido al bajo nivel de empleo y en procura de subsistir han optado por establecer sus propias microempresas, las cuales funcionan en su mayoría en las viviendas, predominando la propiedad individual y la producción de alimentos, confecciones, calzado, prefabricados, etc.

El sector primario de la producción de Málaga se caracteriza por la explotación agrícola, pecuaria y minera. Los cultivos transitorios o temporales son el frijol intercalado con maíz, tomate de mesa, papa, tabaco rubio y arveja principalmente, hay áreas pequeñas y no representativas dedicadas a la cebada trigo y hortalizas. Los cultivos permanentes y semi permanentes encontramos el plátano, los frutales y la caña.

la actividad pecuaria que existente en el municipio es el renglón bovino, leche cría que ocupa una extensión aproximada de 3.730 hectáreas en pastos y una población aproximada de 1.600 cabezas atendidas en 900 fincas de productores, en su mayoría medianos y pequeños ganaderos. En la actualidad se ha incrementado el volumen de producción lechera en razón al fortalecimiento y mejoramiento genético de las razas de producción lechera, las cuales se están comercializando en la ciudad de Bucaramanga con la empresa Fresca Leche.

Los porcinos tienen especial importancia en las fincas del municipio de Málaga por ser la alcancía del campesino, por su resistencia a las enfermedades y facilidad para “reciclar” desperdicios orgánicos provenientes de las obras de alimentación usadas por ellos. Las razas predominantes son los cruces con landrace, york shire y pietrain.

La avicultura existe como explotación familiar, donde la producción de huevos se destina a autoconsumo, quedando algún excedente para el comercio. En general el sector pecuario contribuye con una producción elevada, donde los mayores aportes los hacen los bovinos, seguidos por las aves, porcinos y otras especies.

El sector secundario también denominado manufacturero, hace muy poca presencia en la economía malagueña. La industria minera en el municipio esta directamente relacionada con la producción de cal y ladrillo,

El sector terciario o de servicios marca un renglón muy importante en la economía malagueña, en torno a ella es que se centra la actividad económica del municipio, prevaleciendo sobre el sector agropecuario como generador de ingresos, empleo, alimentación y sostenibilidad de la economía.

De igual forma debido a la escasez de fuentes de empleo, el comercio informal ha aumentado en los últimos años, sin que existan otras alternativas laborales, ni un dato exacto del número de personas que se encuentran en esta situación, debido a que muchos de ellos ejercen sus actividades de forma ambulante y esporádica.

SECTOR SOCIAL

Como consecuencia de la política del gobierno actual de seguridad democrática, la migración de población en Málaga disminuyó, al punto que se ha dado un retorno parcial de las personas nativas y/o oriundas del Municipio, que como consecuencia de la violencia suscitada por los actores armados se habían desplazados a otras parte del país e inclusive fuera de el.

Las personas que han retornado corresponden con los estratos medio y medio bajo y las familias mas pudientes no han regresado, por lo que si bien existe una reactivación económica, es menor que la existente al momento en que se agudizó el conflicto armado. La proyección de la población realizada por el DANE difiere de la existente en la base de datos del SISBEN, lo que ha traído como consecuencia, mayor indicador de necesidades

básicas satisfechas, que no corresponden con el índice real de necesidades básicas insatisfechas que viven los residentes del Municipio de Málaga.

Niveles socioeconómicos

NIVEL	POBLACION	%
1	10.226	59.37
2	5.945	34.28
3	1.091	6.30
4	8	0.05
5	0	0
6	0	0

Fuente oficina SISBEN

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL DANE A JUNIO 30 DE 2005

EDAD EN AÑOS	TOTAL
0-2	1.345
3-6	1879
7-15	4.880
16-24	3.592
MAS DE 25	12.070
TOTAL	23.766

Fuente: Dane Junio 30 2005

Población según sexo y localización:

URBANO				RURAL			
HOMBRE	MUJER	% HOMBRE	% MUJER	HOMBRE	MUJER	% HOMBRE	% MUJER
9.225	9.518	49%	51%	2.472	2.551	49%	51%
18.743		79%		5.023		21%	

Fuente: Dane Junio 30 2005

En el municipio de Málaga se ha venido presentando un cambio en la conformación del núcleo familiar, dando paso a otras formas de conformación de la familia, no solo existe las familias monoparentales, sino que a causa del desplazamiento se han visto las familias recompuestas y con gran número de integrantes; los núcleos familiares estén compuestos por uniones maritales de hecho entre los más notorios. El 30% de la población constituyó vínculo matrimonial o unión marital de hecho, el 20% son separados, el 35% de la población es soltera y el 15% restante son viudos o divorciados.

Desarrollo comunitario. En el municipio están constituidas 45 juntas de acción comunal, 26 en el sector urbano y 19 en el sector rural, estas son el principal enlace entre la comunidad y la administración, se han capacitado por sus propios medios, sin que existan políticas definidas por parte de la administración que propendan por su continua formación en temas relacionados con el desarrollo de sus comunidades. La participación de los ciudadanos en el control social de la gestión administrativa mediante las veedurías es mínima, por la falta de motivación y acompañamiento de las autoridades competentes en su conformación y puesta en marcha. No existen dentro del municipio espacios en los cuales los jóvenes y las mujeres puedan desarrollar sus proyectos y coordinarlos con las políticas municipales, departamentales y nacionales.

SECTOR EDUCATIVO

La población estudiantil del Municipio de Málaga matriculada en las diferentes Instituciones educativas oficiales en los niveles de preescolar, Básica primarias, Básica secundaria y media fue de 5.656 estudiantes en el año 2004 y de 5.426 estudiantes en el año 2005. La tendencia en cobertura en los últimos años de disminución es en un 4.1%. En el año 2.004 con relación al año 2.005 la disminución fue de 230 estudiantes. Las causas son las siguientes:

- El número de hijos por pareja está disminuyendo.
- Muchos niños en edad escolar son utilizados para el trabajo y no van a estudiar.
- Hay desinterés de estudiar tanto de parte de los padres como de los niños.
- La situación económica no les permite pagar costos educativos.

SECTOR SALUD.

Oferta Servicios de Salud

TIPO	No	PERSONAL DE SALUD	No
IPS Privadas	34	Médicos	20
- Primer nivel	34	Odontólogos	12
- Segundo nivel	-	Bacteriólogos	5
- Tercer nivel	-	Nutricionistas	4
IPS Publicas	1	Enfermeras	25
-Primer Nivel	-	Técnicos de Saneamiento	2
- Segundo Nivel	1	Promotoras de Salud	10
- Tercer Nivel	-	Auxiliares de Enfermería	40
EPS	7	Trabajadora Social	8
ARS	2		

Fuente: IPS, EPS, ARS Existentes en el Municipio

Diagnostico epidemiológico

EVENTO	TASA
Tasa Bruta de Natalidad	64.8x1000 hab
Tasa General de Fecundidad	6.4x1000 hab
Tasa General de Mortalidad	4.8x1000 hab
Tasa Mortalidad Infantil	25x1000 hab

Fuente: Anuario Estadístico de Santander

SECTOR DEPORTE, RECREACIÓN, CULTURA Y TURISMO.

El Deporte en Málaga presenta la problemática general que se vive a nivel Nacional, partiendo desde la exigua asignación de recursos en todas las instancias, en contraste con el número de las organizaciones deportivas que cada día aumentan sin la debida organización y legalización a las cuales es imposible responderles para que cumplan con el buen desempeño de sus funciones. Los deportes que cuentan con mayor participación

en Málaga, tenemos el fútbol, baloncesto, microfútbol, atletismo ciclismo y voleibol en su orden, con un nivel bajo en competición pero de gran interés netamente recreativo. Cuenta con un estadio de Fútbol, con capacidad para 2.000 personas aproximadamente, 10 polideportivos en los diferentes barrios, Coliseo, En el I sector rural hay 16 polideportivos en las diferentes veredas del municipio en estado regular. No existen programas institucionales definidos, no coordinados para la realización de los eventos que tiendan a ocupar el tiempo libre de los niños, grupos de tercera edad o discapacitados.

En cuanto al componente **CULTURAL** no existe un plan municipal cultural, ni hay participación de los actores del sector en la elaboración de programas, no hay actividades de fomento que tengan continuidad, dirigidas a niños, grupos de tercera edad y/o discapacitados. El único evento cultural institucionalizado son las ferias y fiestas de San Jerónimo, dentro de las cuales se destaca el festival folklórico, la feria artesanal y agroindustrial, pero que lamentablemente no repercute con gran dimensión en el fomento cultural de los artistas del municipio. El eje central de estas festividades es el “Carnaval del Oriente Colombiano”, magnífica expresión artística de imaginería y lúdica malagueña. Evento que congrega a más de 8.000 personas (población flotante) venidas de todo Santander y el oriente de Colombia.

El **TURISMO** presenta una débil dinámica, aspecto que no ha sido posible consolidar en razón de las condiciones viales de accesibilidad del municipio y la poca información acerca de lo que pueda existir en materia de riqueza turística, el SENA en la actualidad tiene dentro de sus políticas de aprendizaje el Turismo en la región, situación que se viene adelantando en el 2005; finalmente el municipio carece de un patrimonio arquitectónico en general.

Anexo C. Morbilidad 10 primeras causas año 2007



EPS-S COMPARTA

NIT 804.002.105-0 - CODIGO: ESS133

PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD PROVINCIA DE GARCIA ROVIRA 2007 SANTANDER

Actualización: Abril 08 de 2008

Consolidado General		
Casos	Dx	Descripción Diagnostico
13401	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
5186	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
2846	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
2288	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
2147	K295	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA
2035	J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
1820	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
1473	R51X	CEFALEA
1253	K021	CARIES DE LA DENTINA
1000	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA

Anexo D. Matriz de antecedentes del programa

MATRIZ: ANTECEDENTES DEL PROYECTO EN LA ESS COMPARTA

Esta matriz contiene aquellos programas que se han venido adelantando por parte de Comparta con el fin de sedr convertidos en estrategias de fomento al fin ultimo: Comunidad activa y participante frente a SU COTIDIANIDAD Y REALIDAD SOCIAL

ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACCIONES	LOGROS FORMALES	APORTES A LA PARTICIPACION COLECTIVA	TIEMPO DE EJECUCION
* Diplomado Formacion Ciudadana y Desarrollo local	Formar a los asistentes en procesos de participación que promuevan la actuación ciudadana en contextos políticos y sociales, contribuyendo así como la consolidación de la democracia y la modernización del Estado	1. Planeacion y estructuracion tematica del diplomado. Metodología de intervención. Educación Popular con enfoque pedagógico 2. Sensibilización 3. Convocatoria y registro de inscripciones. 4. Formacion. - Accion. 5. Seguimiento y evaluacion 6. Graduacion.	*Diagnosticos situacionales de 15 municipios *Talleres de accion 2855 participantes en temas como: Empresarismo agrario - Granjas Integrales- Mejoramiento de habitos nutricionales. *Acciones de Participacion. 4595 participantes en actividades como : Paneles de servicios publicos- foros en temas de interes- Acciones de participacion democratica. *5538 cartillas entregadas como material didactico. *2005 personas diplomadas por la UIS	El elemento mas importante que aporta este diplomado a la participacion es la posibilidad de vivenciarla a traves de las acciones realizadas. El construir, convocar a los actores de los municipios abrir nuevos espacios de discusion frente a temas como servicios publicos, salud y propuestas politicas. cierran la brecha entre el ejercicio de lo publico y la comunidad	05/ 2005 -11 2005
* Impulso y cofinanciacion de proyectos productivos	Impulsar y motivar a que la comunidad presente por iniciativa propia y de acuerdo a su saber popular proyectos productivos agropecuarios.	1. Difusion . 2. Presentacion de propuestas. 3. Análisis de propuestas 3. estudio de viabilidad 4. Selección de proyectos a cofinanciar 5. Seguimiento y ejecucion de proyectos.	* 12 proyectos de organizaciones campesinas presentados talleres de organizacion comunitaria. * 2 proyectos de seleccionados a cofinanciar	por primera vez las comunidades campesinas conforme y producto de los procesos educativos impartidos presentan iniciativas productivas y sociales. Sin embargo muchos proyectos no enen viabilidad y sostenibilidad.	/01/2006 a 03/ 2007
* Conformacion de Red de veedores y Asociaciones de usuarios.	Conformar grupos de veedores que ejerzan vigilancia y control sobre los programas y proyectos que impulse COMPARTA	1. Difusion . 2. Convocatoria . 3. Capacitacion, Orientacion Profesional - 4. Conformacion 5. Seguimiento	* 3 redes de veedores conformado por 3 municipios cada red y con participacion de lideres de los todos los municipios	Esta estrategia se convierte en la forma hacer responsabilidad compartida entre la empresa y la comunidad, en el logro de los objetivos y metas de proyecto.	11/2007 a 03 /2008
* Programa de Reactivacion de la Dinamica Agropecuaria y la Seguridad Alimentaria . ReSA	Proponer un sistema de integracion y fomento para el desarrollo y fortalecimiento economico social, que mediante el mejoramiento de las condiciones en seguridad alimentaria se genere calidad de viday bienestar social a las familias de la provincia de Garcia Rovira	1. Difusion . 2. Convocatoria. 3. Caracterizacion familiar 4. Proceso de Motivacion: Planeacion y estructuracion e implementacion de la tematica de promocion autoconsumo y reactivacion de la participacion popular. 2. Entrega de incentivos en insumos	* 8550 familias Caracterizadas 1462 talleres de participacion y organizacion social frente al autoconsumo y el autocuidado. * 25650 cartillas y material didactico * 17100 insumos entregados para insentivar el autoconsumo.	Este programa pese a que tiene un gran eje motivador pero asistencial, logra adicionar un componente organizativo participativo frente al tema del autoconsumo y la seguridad alimentaria.	01/12/2006 a 03/ 2008