

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION

EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

Documento CONPES SOCIAL 001 DNP-UDS-MinSalud
Santafé de Bogotá, 23 de febrero de 1993

Circulación: miembros del CONPES SOCIAL
Versión: para discusión

CONTENIDO

Introducción

- I. JUSTIFICACIÓN
- II. EL PROGRAMA
 - A. El Paquete de Servicios
 - B. El Sistema Institucional Propuesto.
 - 1. La Empresa Solidaria de Salud
 - 2. Los prestadores de servicios de salud
 - C. Descripción de la operación del sistema.
- III. FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EN 1993
- IV. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO

- V. ORGANIZACION INSTITUCIONAL DE APOYO
- VI. EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LAS ESS
- VII. RECOMENDACIONES

ANEXOS

1. El paquete de Servicios
2. Criterios para la selección de comunidades
3. Requisitos para la operación y administración de las ESS
4. El papel de las diferentes instancias y el Cronograma
5. Papel y características de una ONG partera
6. Banco interno para el control diario del gasto.

INTRODUCCION

Con el propósito de poner en marcha una nueva modalidad de subsidio a la demanda para ampliar la cobertura en salud para la población más pobre, el Ministerio de Salud ha formulado el programa "Empresas Solidarias de Salud" -ESS-. El presente documento tiene por objeto someter a consideración del CONPES SOCIAL los objetivos, componentes, costos y financiamiento del programa, y formular recomendaciones que faciliten su puesta en marcha.

I. JUSTIFICACION

El Gobierno ha impulsado el desarrollo de un conjunto de estrategias y políticas para mejorar el nivel de salud de la población. No obstante, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para mejorar la oferta de servicios a la gente más pobre, no se han obtenido los aumentos esperados en su cobertura y calidad. Cerca de un tercio de la población continúa con un acceso extremadamente limitado a los servicios más esenciales, lo cual constituye, sin duda, el problema de salud pública que requiere de atención prioritaria.

Esta deficiente cobertura tiene en realidad un doble origen. De una parte, la falta de capacidad de pago de los mas pobres. Por otra, el sistema institucional y de asignación de recursos de que hoy se dispone no genera incentivos para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios ni permite ampliar la cobertura a las regiones y comunidades más pobres. La entrega a cada hospital, centro o puestos de salud de un presupuesto que apenas sigue la inercia histórica, independientemente de las intervenciones concretas en salud, o de sus resultados, no estimula el adecuado uso de los recursos y, paradójicamente, premia la ineficiencia y el desempeño mediocre.

De otro lado, el sistema actual convierte a los individuos y comunidades en sujetos pasivos de sus actividades y no permite que esas comunidades ejerzan el derecho a cuidar de su salud y a recibir y exigir del sistema servicios oportunos y de buena calidad.

Se requiere entonces acciones de Salud para mas de diez millones de colombianos que hoy no pueden tenerla en condiciones adecuadas. Se precisan acciones de Solidaridad, que privilegien las acciones públicas hacia las poblaciones mas pobres. Y se requieren formas de organización empresariales modernas, que incentiven y potencien la participación directa de las comunidades en la resolución de sus problemas, a la vez que modernicen la gestión sanitaria y la prestación de servicios de salud, asegurando el logro de resultados. A este conjunto de propósitos se orienta el programa de Empresas Solidarias de Salud que, aunque constituye una responsabilidad del nivel municipal, su innovación e implicaciones sobre la población más pobre amerita iniciativa y financiación del gobierno nacional para su puesta en marcha.

II. EL PROGRAMA

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

El programa tiene innovaciones importantes: crea un subsidio directo a la gente para la prestación de un paquete básico de salud, y fomenta la organización de un sistema de operadores con mucho arraigo y control en las propias comunidades

A. El paquete básico de servicios.

Con los recursos del programa la comunidad tendrá acceso a un paquete básico de servicios de salud, que comprende:

- 1) servicios de promoción de la salud, mediante acciones educativas;**
- 2) atención preventiva y protección específica, con acciones tendientes a evitar y controlar los factores de riesgo mediante acciones que incluyan, entre otras, las inmunizaciones y el control del embarazo;**
- 3) atención resolutive, que corresponde a los servicios de atención médica y hospitalaria; y,**
- 4) servicios de apoyo, como medicamentos esenciales, laboratorio clínico y rayos X.**

Estos servicios, que se describen con mayor detalle en el anexo 1 y que cubren mas del 80% de las necesidades de salud de la población mas pobre, son complementarios de otros que presta el Estado, tales como el control de las enfermedades tropicales o las campañas de vacunación. Las entidades territoriales, no obstante, podrían contratar a las ESS estas tareas para su ejecución.

El costo promedio del paquete, por persona y por año, oscila alrededor de \$20.000 pesos. Este paquete básico debe tener, no obstante, alguna flexibilidad, contemplando intervenciones de salud específicas a las necesidades de la zona (por ejemplo, donde exista malaria o dengue), según el perfil epidemiológico. Otros servicios que vayan mas allá del paquete básico deberán ser financiados plenamente por la entidad territorial desde su comienzo.

La nación contribuirá cofinanciando una transferencia per cápita -que en el lenguaje de la Seguridad Social se ha denominado "capitación" -que cubre el costo de este paquete de servicios. Este "subsidio a la demanda" -en el lenguaje de los economistas- es el principal incentivo al sistema organizativo que se describe a continuación.

B. El sistema institucional propuesto.

El desarrollo de esta nueva modalidad de aseguramiento de los servicios de salud para los colombianos mas pobres requiere el posible concurso de tres componentes, que se describen en el gráfico 1.

- La comunidad organizada para administrar los recursos, ejercer control y recibir los servicios de salud.
- Los agentes gestores que permitan a la comunidad la organización y contratación de los servicios de salud.
- Los operadores del servicio de salud, que atiendan los diferentes componentes de la salud en cada comunidad.

1. Las Empresas Solidarias de Salud.

Las ESS son una modalidad de organización empresarial de las comunidades que les permite adquirir servicios de salud con la financiación del subsidio directo otorgado por el Estado para este fin. Tienen, entonces, un componente de organización de la comunidad y otro de gestión para la adquisición de tales servicios.

La salud no es, en general, un bien de consumo individual, sino también en gran parte un bien de consumo colectivo. Por ello, la organización de la comunidad es el eje básico para el montaje del nuevo programa. La organización de las comunidades puede partir de formas de asociación hoy existentes (como las Juntas de Padres de los Hogares de Bienestar Infantil, Las Juntas de Usuarios Campesinos, las Cooperativas, las Mutuales y los Comites de Participación Comunitario en Salud)¹, o de nuevas formas de organización que combinen las anteriores.

Las comunidades requieren de agentes especializados que organicen la contratación de los servicios de salud y el seguimiento de sus resultados. Estos gestores podrán ser individuos que contrate la ESS u organizaciones independientes que cumplan tales labores en forma sistemática.

¹o también podrían ser una de éstas, cuando se cumplan ciertos requisitos.

La organización de la comunidad para contratar servicios de salud es lo que se denomina Empresa Solidaria de Salud-ESS. La ESS está conformada entonces por los usuarios de salud en cada comunidad, que se vinculan a ella mediante una cuota de afiliación o compra de una acción o participación en la empresa. La Asamblea de socios elige una Junta Directiva que, con el apoyo de los gestores, toma las decisiones de administración de los recursos de salud, la contratación y el pago de los servicios a los proveedores². La comunidad así organizada decidirá el tipo de operador que le va a proveer y/o administrar finalmente su servicios de salud.

La ESS deberá tener personería jurídica para poder contratar con el Estado. Como tal, podrán organizarse en modalidades tale como asociaciones sin ánimo de lucro³, como entidades del sector solidario (pre-cooperativas y cooperativas⁴ o asociaciones mutuales⁵) o como sociedades anónimas. Las empresas solidarias deberán cumplir con los requisitos legales, administrativos y técnicos establecidos por el Ministerio de Salud, antes de estar en capacidad de administrar los recursos del subsidio.

El tamaño de cada Empresa Solidaria dependerá del tamaño de las comunidades y de la necesidad de una escala mínima que permita justificar la inversión y cubrir los costos de operación y administración en una forma sostenible. Se ha identificado, preliminarmente, que cada empresa podría afiliar entre 500 y 6.000 familias. En el anexo 3, se mencionan las funciones específicas de las empresas solidarias.

2. Los prestadores de los servicios de salud.

Uno de los fundamentos del programa es la competencia entre los proveedores de servicios de salud. Las ESS contratarán los distintos tipos de servicios de salud con médicos u otros trabajadores de la salud o con entidades públicas y/o privadas, de acuerdo con las

² Las ESS podrán establecer cuotas moderadoras, de acuerdo con el carácter de los servicios y la capacidad de pago del usuario, para garantizar una racional utilización de los servicios.

³ reglamentadas por el decreto 1088 de 1991

⁴ reguladas por la ley 79 de 1988

⁵ reguladas por el decreto 1480 de 1979

necesidades⁶. De contratarse con entidades públicas, los recursos aquí previstos aparecerían como venta de sus servicios, como producto de la ampliación de cobertura⁷. La flexibilidad contractual, por demás, permitiría romper con el problema actual de desincentivos al personal de salud para localizarse en las zonas mas pobres y apartadas.

C. Descripción de la operación del Sistema

Como se observa en la gráfica 1, la nación girará sus recursos de cofinanciación, a través de una fiducia para que los entes territoriales contraten con Empresas Solidarias de Salud. En caso que las Empresas no estén completamente conformadas, podría girarse a las organizaciones de apoyo o al Fondo Municipal de Salud, que se describen en la sección siguiente, para que estos a su vez las administren. Las ESS, o los gestores que las complementen en forma temporal, deberán contratar con los operadores -tales como promotores, enfermeras, médicos y laboratorios, puestos y centros de salud y hospitales- los servicios de salud para las comunidades mas pobres.

III. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DURANTE 1993

El programa de ESS es una combinación de esfuerzos para la mejora de los servicios de salud y para la organización comunitaria. La organización completa del sistema de ESS - que elijan y gestionen- y de operadores de servicios de salud -que los presten- es una meta que podrá lograrse progresivamente. En el corto plazo, para la puesta en marcha del programa, y la ejecución de los 20.000 millones de pesos que se incluyeron en el presupuesto de 1993, se sugieren diversas combinaciones institucionales que permitan lograr resultados de salud que no tengan necesariamente como requisito un desarrollo completo de la organización comunitaria.

El gráfico 2 describe las posibles modalidades de interacción entre la comunidad, los gestores y los prestadores de servicios. La modalidad de organización mas completa es la ESS, que incluye en su seno no sólo la comunidad sino al gestor (línea punteada gruesa).

⁶Todos ellos deben estar registrados ante la Dirección Seccional de Salud.

⁷ En algunos casos, las propias ESS podrían entrar a administrar o poseer algunas instituciones públicas prestadoras de servicios tales como los puestos y centros de salud.

Otra modalidad de organización requiere el concurso de un agente gestor profesional, como sería una empresa de medicina prepagada, que podría a su vez contratar servicios de salud (línea punteada fina). Otra forma sería una organización comunitaria que fuese atendida completamente por otra organización empresarial de la gestión y prestación de Servicios, como sería una Caja de Compensación Familiar (línea de rayas finas).

Se sugiere que en las fases iniciales del programa puedan utilizarse, cuando las ESS estén en fase de constitución, y cuando exista oferta empresarial y de servicios de salud las dos últimas modalidades expuestas. Los entes locales, con la participación decisoria de las comunidades, podrían subastar con organizaciones como las descritas, la prestación del paquete básico de salud para comunidades identificadas como pobres.

Asímismo, para facilitar la organización y consolidación de las ESS, se podría acudir a algunas organizaciones no gubernamentales con amplia experiencia en la organización comunitaria o de salud ⁸ para que jueguen el rol de "parteras" de las ESS. Estas entidades podrían contribuir a organizar la participación de la comunidad para la creación de las ESS y acompañar temporalmente su crecimiento y consolidación. Durante esta etapa la organización "partera" transferirá a la ESS las técnicas administrativas desarrolladas en los campos de la contratación y control de los servicios y en la de clasificación y carnetización de los usuarios. En el anexo 5, se describen las características y funciones de estas organizaciones.

La organización de las comunidades a lo largo de 1993 deberá permitir que durante 1994 los recursos se ejecuten crecientemente a partir del sistema completo de ESS⁹, como aquí ha sido descrito, y que la mayor parte de su cofinanciación nacional provenga del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social (FIS).

IV. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO

Este programa permitiría cubrir en un plazo máximo de 5 años el 100% de la población

⁸tales como FES, FUDESCO, CORFAS u otras que existen

⁹ Después de una evaluación que se hará a comienzos de 1994 para evaluar las bondades de operación de las diversas modalidades aquí contempladas.

pobre del país que hoy tiene un acceso tan restringido a la salud. Para el primer año, 1993, la cobertura podría ser de 1'000.000 de personas, mediante 60 u 80 proyectos. Con un esfuerzo de desarrollo institucional permitiría una ampliación de cobertura entre 1 a 2 millones de personas adicionales cada año, lo cual, si existe el financiamiento, podría permitir una cobertura total en un período relativamente corto.

Como se detalla en el cuadro 1, el programa se financiará con:

- 1) recursos del presupuesto de la Nación, inicialmente a través del Ministerio de Salud, y que progresivamente serán incorporados en el presupuesto del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social; Para financiar la ampliación del programa, en la ley de Seguridad Social el gobierno presentó una serie de opciones que proporcionan nuevos recursos al sector.
- 2) recursos de los departamentos, distritos y municipios. Los entes territoriales asumirán gradualmente la financiación de este subsidio con cargo a las mayores transferencias de inversión social, de forma que al final de los 4 o 5 años su financiación sea casi completamente local.
- 3) contribuciones comunitarias e individuales, mediante el pago de cuotas de afiliación y co-pagos.

Es de destacar que el logro de la financiación completa de este programa depende, en gran medida, del éxito que tenga el componente de Salud dentro del proyecto sobre Seguridad Social que presentó el gobierno al Congreso en el segundo semestre del año anterior.

V. ORGANIZACION INSTITUCIONAL DE APOYO.

Para la implementación del programa se requiere del concurso coordinado de la nación, los departamentos, los distritos y los municipios.

Los distritos y municipios serán encargados de la ejecución de los proyectos en sus respectivas localidades. Esto exige la identificación de las comunidades potencialmente beneficiarias, la formulación de proyectos, la promoción, conformación y fortalecimiento de organizaciones comunitarias y de empresas solidarias y, finalmente. Estas tareas las harán en coordinación con las Direcciones Seccionales de Salud, y podrían buscar apoyo de las

organizaciones parteras.

Las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud actuarán como intermediarias entre la nación y los municipios. A través de ellas se promocionará el programa y se apoyará la presentación de las propuestas que serán enviadas, para su estudio y evaluación, definición y asignación de recursos, al Ministerio de Salud¹⁰. La coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación son responsabilidad de la Dirección Seccional de Salud.

El Ministerio de Salud hará la definición normativa y operativa del esquema de Empresas Solidarias, promoverá su conformación a través de las Seccionales de Salud y, finalmente, asignará los recursos de cofinanciación, hará una supervisión general y la evaluación del impacto del programa¹¹.

Las funciones que desempeñarán el Ministerio de Salud, los departamentos y los municipios se describen en el anexo 4.

De conformidad con el artículo 365 de la Constitución Política, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y podrán ser prestados por éste, directa o indirectamente, por comunidades organizadas o por particulares. Es claro que el artículo 49 de la misma Carta Fundamental, define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Los servicios de salud deberán organizarse en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Las ESS son, pues, una forma de organización de las comunidades para la prestación del servicio público de salud, y como tales, su apoyo financiero por parte del Estado, a través de contratos, se acoge plenamente a la Constitución Política.

La celebración de contratos con ESS, cuyo objeto sea la administración de recursos para el reconocimiento y pago de servicios de salud no constituye auxilio o donación por corresponder a un servicio público, siempre que las ESS cumplan los requisitos de idoneidad que reglamente el Ministerio de Salud.

¹⁰ En el anexo xx se presentan las fases de ejecución del proyecto.

¹¹ Esta función de asignación de los recursos de cofinanciación será trasladada paulatinamente al FIS, quien actuará bajo los criterios y procedimientos definidos por el Ministerio.

VI. EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LAS EMPRESAS

La selección de las propuestas de proyectos de ESS en las diferentes localidades deberá combinar los criterios de necesidad (para que se llegue efectivamente a la población mas pobre y desprovista de salud) y de factibilidad (para que la pobreza institucional no lleve al traste la iniciativa).

- 1) **La necesidad:** medida por la población con necesidades básicas insatisfechas o grado de pobreza; además, cuando ello sea posible, de los indicadores propios de la pobreza en salud: tasas de mortalidad materna e infantil, estado nutricional y otros indicadores de morbimortalidad. En principio, la selección de municipios privilegiará aquellos que tengan un índice de NBI mayor al 60%, y para las grandes ciudades se trabajará exclusivamente en los estratos 1 y 2.
- 2) **La factibilidad:** medida por el grado de organización social, el compromiso y la capacidad de las entidades territoriales y la existencia de oferta de servicios o posibilidades para su desarrollo.

Tan importante como la necesidad y factibilidad de llevar adelante las Empresas solidarias de Salud, es el diseño de mecanismos adecuados de control sobre su funcionamiento y logro de resultados. Para ello se han definido los procedimientos y responsabilidades que se describen a continuación.

Desde el inicio del programa se aplicarán instrumentos de seguimiento y evaluación que permitan monitorear el avance en la ejecución del programa y el impacto sobre el nivel de salud y la organización institucional de las comunidades beneficiarias. Los objetivos de salud se medirán por el número de familias inscritas y atendidas en las empresas, y con encuestas periódicas sobre los logros de las metas en salud con indicadores sencillos de morbilidad, nutrición y mortalidad¹². El desempeño institucional se medirá mediante el uso sistemático de información sobre los resultados administrativos y financieros de las empresas. El carácter periódico y sistemático del seguimiento es clave para el crecimiento y consolidación de empresas eficientes.

¹² que podrán desarrollar los logros obtenidos en el Sistema de Vilancia Nutricional (SISVAN).

El programa ha sido diseñado para que el control del mismo pueda ser ejercido primariamente por las propias comunidades. Los municipios, como responsables de la ejecución de los proyectos específicos, deberán apoyar y reforzar los sistemas de control. La nación, a través del Ministerio de Salud, deberá realizar encuestas aleatorias para evaluar la ejecución del programa en algunos proyectos.

VII. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES:

- 1. Aprobar el programa de ESS descrito en este documento.**
- 2. Solicitar al Ministerio de Salud que adelante las siguientes actividades, para continuar la ejecución del programa:**
 - A. Garantizar en el presupuesto de inversión los recursos necesarios para la ejecución de las actividades del programa. Para ello deberá constituir una Fiducia que garantice, con agilidad, los pagos en todo el país.**
 - B. Asesorar a las Direcciones Seccionales de Salud en los procedimientos para seleccionar las áreas de intervención con el programa (NBI y estratificación), metodologías para la clasificación socioeconómica de los usuarios, y para la contratación de servicios.**
 - C. Precisar la definición del paquete de servicios y de sus costos, así como los posibles rangos de variación en las distintas localidades.**
 - D. Suscribir los convenios con las Direcciones de Salud para lograr su compromiso en el apoyo y promoción del programa.**
 - E. Reglamentar en forma explícita, mediante resolución o decreto cuando sea necesario, las condiciones de existencia jurídica, operación y financiación de**

los diferentes agentes involucrados en la puesta en marcha del Programa. Con ello deberá definir "contratos-tipo" entre la nación y los departamentos, entre los municipios y las ESS, y entre estas y los prestadores de Servicios.

- F. Hacer un Manual de Operaciones para la organización y constitución de las empresas.
 - G. Coordinar la conformación de boticas comunitarias en las zonas en donde operarán las ESS.
 - H. Conformar un grupo de gerencia del programa, que garantice la agilidad y coordinación de acciones.
 - I. Incluir el apoyo a la formación de ESS en el crédito para atención en salud para la población mas pobre y vulnerable que se prepara con el BID.
3. Solicitar al DNP, de acuerdo con la evolución del Programa y las autorizaciones que contenga la ley de Seguridad Social, hacer las apropiaciones en el proceso de elaboración de los presupuestos de 1994 y 1995 que permitan dar continuidad al programa que se inicia durante este año, y se logren las metas previstas para los años siguientes.
 4. Solicitar al CONFIS la aprobación de vigencias futuras para facilitar la puesta en marcha de ESS.
 5. Solicitar al PNR ajustar sus recursos de salud prioritariamente a promoción del programa de ESS.
 5. Solicitar a FINDETER que en su asignación de recursos de cofinanciación para agua potable dé prioridad a las áreas cubiertas por las ESS, de forma que pueda obtenerse un impacto mas integral de la acción pública en salud.
 6. Solicitar al DNP (en especial sus Unidades de Desarrollo Social y de Desarrollo

Territorial) que se incorpore activamente en las fases de desarrollo e implementación del programa.

ANEXO 1

EL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS EL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS

Promoción de la salud

Para los efectos de este proyecto se entenderá la promoción como el conjunto de acciones que, a través de la educación y el mercadeo social, generen los cambios necesarios para estimular estilos de vida saludables y que generen una cultura de salud. Con este fin se podrán utilizar diferentes metodologías incluyendo la apertura de espacios dialógicos, de reflexión, que permitan recoger la experiencia de las comunidades en torno a su problemática de salud-enfermedad y el desarrollo de sus potencialidades en la solución (aumentar su capacidad resolutive). Esto se enriquecerá con los aportes científicos, técnicos e instrumentales de los recursos humanos prestadores de los servicios de salud.

Se deberán ofrecer entre otras, acciones educativas para:

- Mejorar la higiene y seguridad de la vivienda y del espacio público
- Control de zoonosis
- Manejo de aguas, excretas y basuras
- Manejo de alimentos
- Mejorar las condiciones nutricionales
- Estimulación adecuada del niño
- Sexualidad y salud reproductiva

Atención Preventiva y Protección Específica

Se refiere a aquellas acciones tendientes a controlar los factores de riesgo mediante intervenciones dirigidas a los individuos y familias.

- Clasificación de riesgo familiar
- Tamizaje según riesgo por ciclo vital
- Vigilancia y control epidemiológico
- Vigilancia alimentaria y nutricional¹³
- Inmunizaciones
- Control del embarazo, parto y puerperio
- Planificación familiar (incluyendo la atención al adolescente)
- Detección precoz de cáncer de cuello uterino¹⁴
- Profilaxis dental
- Control y prevención en salud ocupacional y seguridad industrial
- Vigilancia de problemas auditivos y visuales en escolares y menores de siete años

En las zonas en que se encuentren condiciones epidemiológicas especiales las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud podrán contratar con las Empresas Solidarias intervenciones destinadas a controlar los factores de riesgo.

Atención resolutiva

Son aquellas acciones tendientes a restaurar la salud y recuperar al individuo para una vida social productiva.

- Atención médica general y en las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General)
- Hospitalización para problemas de baja complejidad (Primer Nivel de Atención)
- Pequeña cirugía, cirugía primer nivel (Hasta el grupo VI del manual de tarifas del Instituto de Seguros Sociales)
- Atención del parto en cualquier grado de complejidad
- Atención de urgencias
- Rehabilitación en el primer nivel de atención

La atención resolutiva de urgencias y el suministro de medicamentos estará sujeta a cuotas moderadoras.

4. Las ESS deberán coordinar y concertar con el Instituto de Bienestar Familiar el suministro de complementos alimentarios.

5. Para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, los prestatarios de servicios de salud deberán realizar las tomas de citología, y las empresas comunitarias gestionaran con las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud el procesamiento de las muestras, de acuerdo al Plan Nacional para el Control del Cáncer.

Servicios de apoyo

- Suministro de Medicamentos esenciales¹⁵
- Laboratorio clínico esencial¹⁶
- Servicio de imagen diagnóstica (se sugiere reconocer el 50% de las tarifas establecidas por la Sociedad Colombiana de Radiología)
- Red de transporte
- Patología

Estos servicios tendrán mecanismos de regulación del gasto. (ver anexo 5).

El desarrollo del paquete de servicios estará enfocado hacia la ampliación de la cobertura, ofreciendo garantías de suministro en términos de calidad. Debe contemplar, adicionalmente, una red de comunicaciones y el desarrollo de un sistema de información para el seguimiento y la evaluación. Tanto este sistema como la prestación de servicios deberán orientarse por las normas y protocolos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud.

Las actividades asistenciales se podrán organizar en un programa de servicios dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, que se podrán realizar en lugares como el trabajo, la escuela, el domicilio o las instituciones de salud.

Estos servicios deben considerar la complementariedad con las instituciones de atención que ofrecen servicios de complejidad mayor a la que se ha logrado contratar y desarrollar con la entidad prestadora del servicio de salud. Lo que implicaría el establecimiento de convenios en ese sentido, y un sistema de referencia y contrarreferencia.

ANEXO 2

CRITERIOS PARA LA SELECCION DE COMUNIDADES

Criterios de necesidad

- Grado de pobreza en el área seleccionada;
- Mortalidad materna e infantil;
- Estado nutricional;
- Otros indicadores de morbimortalidad específicos para el área seleccionada;
- Disponibilidad de servicios asistenciales de salud y accesibilidad de la comunidad a éstos.

Criterios de factibilidad

- Compromiso político de las autoridades territoriales para cofinanciar el proyecto; se

¹⁵ Se subsidiarán formulas hasta de \$10,000, de los cuales el usuario sufragará el 20%. Si el paciente requiere formulas por mayor valor tendrá que pagar la diferencia.

¹⁶ Se refiere a exámenes de laboratorio tales como: Acido Urico, Amilasas, Antibiograma, Bilirrubinas, Colesterol, Coprológico, Creatinina, Prueba de Embarazo, Glicemia, Hemoclasificación, Hemoparasitos, Parcial de Orina, Recuento de Plaquetas, Proteína C Reactiva, Sangre Oculta, Transaminasas, Velocidad de Sedimentación Globular, entre otros.

debe garantizar el 20% de contrapartida local.¹⁷

- Avances logrados en el proceso de descentralización;
- Capacidad administrativa de la Dirección Departamental de Salud;
- Fortaleza de los procesos de desarrollo comunitario y de organizaciones sociales que desarrollarán el proyecto;
- Debe existir en el área escogida como mínimo una organización con su personería jurídica reconocida.
- Capacidad futura para desarrollar gestión administrativa para las potenciales ESS del proyecto
- Compromiso de las autoridades locales y la sociedad civil para el desarrollo e implementación de acciones complementarias que muestren la solidez de una política social;
- Existencia de oferta de servicios de salud o posibilidades para su desarrollo.
- Identificar áreas donde en lo posible no se vaya a duplicar la prestación de servicios con otras instituciones de salud.
- El área seleccionada debe tener la potencialidad de afiliar entre 500 a 6.000 familias (podrán presentarse proyectos con volúmenes diferentes en situaciones poblacionales especiales).
- Compromiso de la comunidad para generar la Empresa Solidaria.
- Debe contener mínimo un indicador de evaluación.

ANEXO 3

REQUISITOS PARA LA OPERACION INDEPENDIENTE DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD (ESS)

Antes de recibir los primeros desembolsos, las ESS deberán haber adquirido los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar las siguientes actividades :

- Establecer indicadores de salud de las comunidades, a través de encuestas o mejorando las estadísticas del sistema de salud.
- Empadronar y carnetizar a todas las familias seleccionadas de la comunidad. Este carnet se puede vender a un precio módico (dependiendo del nivel socioeconómico) como ya lo hacen algunos centros médicos privados en algunas ciudades del país.
- Clasificar a las familias de acuerdo a capacidad de pago (se puede usar, por ejemplo, la estratificación de tarifas).
- Establecer mecanismos de prestación de servicios a porcentajes variables de acuerdo a la clasificación socioeconómica dando un mayor subsidio a los más pobres.

¹⁷ Esta podrá ser en recurso económico para la prestación de servicios, o estar representada en infraestructura, recurso humano o desarrollo de servicios públicos que conlleven un el control de factores de riesgo prevalentes en la zona de influencia del proyecto.

-Establecer convenios de prestación de servicios con entidades publicas o privadas.

-Establecer el sistema de co-pagos o coaseguros de los usuarios, con diversas modalidades.

-Establecer mecanismos para evitar fraude de los proveedores y los usuarios del sistema. Esto debe hacerse en forma computarizada, con cuenta individual o familiar de los usuarios y de los proveedores para hacer cruces y facilitar la auditoría interna y externa.

-Recolectar los fondos para salud de las diferentes fuentes de financiamiento;

-Seguir el progreso y dar información veraz y oportuna a los financiadores de los servicios.

-Contratar auditoría externa de cuentas y resultados, preferiblemente departamental para que se realice en términos preventivos y de acompañamiento.

-Presentar balance anual o semestral del estado de cuentas y resultados

Tamaño y requerimientos Administrativos de las ESS

Toda vez que la administración eficiente de un fondo solidario de salud requiere de un cierto grado de desarrollo técnico y administrativo que pocas comunidades tienen en el momento, se requiere de un cierto tamaño de la comunidad para justificar la inversión en salud, el gasto administrativo necesario y la diversificación del riesgo. El tamaño de la comunidad usuaria deberá estar entre 500 y 6,000 familias que se considera podría ser un tamaño manejable para los fondos de salud (las comunidades podrán asociarse); en casos excepcionales, se pueden considerar tamaños por fuera de estos límites.

Para efectos administrativos se proponen como posibles alternativas las siguientes:

1. Que la comunidad contrate a una administradora especializada en fondos de salud (ONGs o Empresas Privada) para adelantar la administración.

2. Establecer un programa de capacitación en administración de fondos comunitarios de salud, el que podría contratarse con personal seleccionado con experiencia en las compañías de medicina pre- pagada, ISS, etc. En este programa se podrían capacitar unos pocos administradores provenientes de la comunidad para realizar las experiencias iniciales.

3. Usar las actuales Juntas de padres de los Hogares Comunitarios para administrar los fondos de salud. Esta opción es bastante atractiva, pero debiera capacitarse al recurso humano para desarrollar la tarea de administración en salud.

ANEXO 4

EL PAPEL DE LAS DIFERENTES INSTANCIAS Y EL CRONOGRAMA EL PAPEL DE LAS DIFERENTES INSTANCIAS Y EL CRONOGRAMA

PAPEL DEL MINISTERIO DE SALUD

- Fijar las políticas y normas con documentos que las difundan.
- Financiar la capacitación.
- Aportar el 80% del subsidio a la demanda.
- Constituir la fiducia.
- Recibir periódicamente informes con indicadores de evaluación.
- Promover la investigación en esta modalidad de prestación de servicios de salud.
- Apoyar la sistematización del proceso.

PAPEL DE LAS SECRETARIAS DEPARTAMENTALES

- Recibir los dineros del Ministerio de Salud o avalar el desembolso a la Empresa Solidaria u ONG tutora.
- Nombrar un gerente departamental para el proyecto.
- Hacer cumplir las normas del Ministerio de Salud.
- Participar en la cofinanciación del proyecto con un 20% del costo.
- Coordinación, apoyo, seguimiento y asistencia técnica al municipio.

PAPEL DE LAS ALCALDIAS

- Participar en el cofinanciamiento del 20% del costo.
- Participar en el comité de concertación.
- Promocionar encuentros de las Empresas Solidarias de su Municipio.
- Realizar auditoría fiscal a las Empresas Solidarias.
- Realizar coordinación, seguimiento y asistencia técnica a las Empresas Solidarias de Salud.

ANEXO 5

PAPEL Y CARACTERISTICAS DE UNA ONG PARTERA

- La ONG que participa en la tutoría idealmente debe tener una relación con la comunidad donde se va a generar la Empresa Solidaria.
- La ONG tutora debe poseer un buen concepto de honestidad en la comunidad.
- La ONG tutora debe tener una personería jurídica con 6 meses mínimo de antigüedad.
- La ONG tutora debe haber desarrollado algún tipo de convenio con el estado o con otra institución reconocida en la zona.
- La ONG tutora debe poseer una estructura administrativa o garantizar que la tendrá con experiencia en Salud y que garantice la transferencia tecnológica a la Empresa Solidaria en un tiempo no mayor de 1 año.

- Poseer sistematizada la información y su contabilidad.
- Ser avalada por la Secretaría de Salud Departamental y/o municipal como idóneo para esta intermediación.

FUNCIONES DE LA ONG PARTERA

- 1- Elaborar contrato con los profesionales o equipo de salud para la prestación de los servicios.
- 2- Llevar la contabilidad y estadística del programa de salud (Sistematizada).
- 3- Asistir a las reuniones del comité de concertación
- 4- Entregar oportunamente informes a la Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y a las Alcaldías.
- 5- Transferir en un tiempo menor a 1 año las técnicas administrativas en salud desarrolladas a la Empresa Solidaria.
- 6- Velar porque las políticas y normas del Ministerio de Salud y Secretarías Departamentales se cumplan.
- 7- Implementar las afiliaciones y carnetizar a los usuarios.
- 8- Implementar un sistema de costos y tarifas.
- 9- Implementar un sistema de información de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.

ANEXO 6

BANCO INTERNO PARA CONTROL DIARIO DEL GASTO

Es una herramienta administrativa sencilla participativa ya probada en instituciones de salud donde se busca que el equipo de salud y los administradores conozcan diariamente sus gastos, para tornarse en gerentes de la consulta y de la actividad en salud y no únicamente en "giradores de cheques en la chequera de otro".

Esta herramienta orienta las medidas administrativas pertinentes para que la ONG tutora o la Empresa Solidaria realicen ajustes a tiempo.

Para un buen manejo del banco debe existir motivación y capacitación a los miembros de la Empresa Solidaria, y el equipo de salud debe contar con un folder con tarifas actualizadas de medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos para que a este se le facilite la "ordenación" del gasto.

Diariamente la persona coordinadora del banco interno informará al profesional que prescribió, sobre su balance y se lo hará firmar.

En caso de "sobregiro" por un evento de salud urgente o prioritario el profesional de salud deberá justificarlo ante el administrador quien se lo podrá autorizar. Este deberá ser compensado durante el mes siguiente.

Este banco interno debe estar sistematizado y permitirá tener:

- * **Consolidados diarios,**
- * **Consolidados semanales y mensuales discriminados,**
- * **Reconocer cuales son los mayores "ordenadores" del gasto (Equipo de Salud),**
- * **Administración participativa.**