



**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública**

**Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a
las demandas en las Consultas Ciudadanas Colombia 2011 - 2012**

Juan Carlos Corrales Barona

Santiago de Cali, Diciembre 2012



**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública**

**Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a
las demandas en las Consultas Ciudadanas Colombia 2011-2012**

Juan Carlos Corrales Barona

**Trabajo de Grado para optar al título de
Magíster en Salud Pública**

**Directora
Elsa Patricia Muñoz Laverde**

Santiago de Cali, Diciembre 2012

NOTA DE ACEPTACION

Luis Alberto Tafur Calderón
Presidente del jurado

Amparo Bermúdez Escobar
Jurado

Yolanda Zapata Bermúdez
Jurado

Santiago de Cali, 2012

AGRADECIMIENTOS

Al Padre Celestial, Gran Arquitecto del Universo, por ser la luz en el camino, sus bendiciones, y su orientación en el propósito de mi vida.

A mi esposa Gladys, mis hijos Juan Sebastián y María Isabel por el apoyo incondicional, acompañamiento y comprensión.

A la Doctora Elsa Patricia Muñoz Laverde por su orientación, enseñanza, dedicación, estímulo y confianza en la realización de este trabajo de investigación.

A la Doctora Yolanda Zapata Bermúdez por sus enseñanzas y estímulo académico.

A la Doctora María Eugenia Delgado por su apoyo y colaboración.

A la Superintendencia Nacional de Salud, por su invaluable apoyo y condiciones para el logro de este objetivo.

A los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por su participación y aportes en el desarrollo de este trabajo.

A todas y cada una de las personas de una u otra forma contribuyeron en el desarrollo y finalización de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	10
4. OBJETIVOS	15
4.1. Objetivo general	15
4.2. Objetivos específicos	15
5. METODOLOGÍA.....	16
5.1. Tipo de estudio.....	16
5.2. Población de estudio.....	18
5.3. Procesamiento de los documentos	19
5.3.1. Identificación de criterios para la selección de los casos	19
5.3.2. Criterios para la selección de los casos	20
5.4. Diseño de instrumentos. Guía para la revisión documental	21
5.4.1. Definición del libro de códigos a partir de las categorías de análisis	21
5.4.2 Tabla de categorías de análisis para el estudio	22
5.5. Proceso de recogida de la evidencia	27
5.6. Procesamiento de información documental de los casos seleccionados con el uso de Software de análisis cualitativo Atlas Ti. 6.2	28
5.7. Análisis de la evidencia.....	29
5.7.1 Análisis individual de cada caso	29
5.7.2. Análisis global de los casos	30
5.7.3. Tabla de documentación del caso	32
5.7.4. Entrevistas individuales con expertos. Para contrastación, complementación y recomendaciones a partir de los resultados de la revisión documental de consulta y respuestas del sistema.....	34
5.7.5. Conclusiones generales, rigor y calidad del estudio, e implicaciones de la investigación. Informe final.....	35
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
7. RESULTADOS	39

7.1. Análisis descriptivo de las ponencias realizadas en las Consultas Ciudadanas.....	39
7.1.1. Oportunidad	41
7.1.2. Medicamentos.....	47
7.1.3. Remisión a medicina especializada	49
7.1.4. Barreras de acceso	51
7.1.5. Autorización de procedimientos	54
7.1.6. Problemas de presupuesto	55
7.1.7. Otras inconformidades.....	58
7.2. Análisis descriptivo de las respuestas otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud.....	63
7.2.1. Arauca	64
7.2.2. Bogotá	66
7.2.3. Ibagué.....	68
7.2.4. Manizales.....	70
7.2.5. Cartagena	71
7.2.6. Pereira	73
7.2.7. Riohacha.....	75
7.2.8. San Andrés	76
7.3. Percepción a entrevistados	79
8. DISCUSIÓN	89
9. CONCLUSIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	107

RESUMEN

La Consulta Ciudadana es un mecanismo de participación creado en 2008. Se realizó un estudio descriptivo de revisión documental para identificar la respuesta del SGSSS a las demandas en la Consulta Ciudadana del 2011-2012. Se analizaron 58 ponencias escritas elevadas en diez Consultas y 65 respuestas.

El estudio identificó como principales demandas las relacionadas con la falta de oportunidad en la atención en salud, en la pertinencia de asignación de citas, la entrega inoportuna de medicamentos, barreras de acceso y retardo en autorizaciones.

De acuerdo con los hallazgos la respuesta del SGSSS se centró en comunicación escrita como requerimiento a la entidad correspondiente del SGSSS señalando la normatividad que actualmente rige el sistema para que de cumplimiento de sus funciones y reconozca los derechos de los ciudadanos, o se dio traslado del caso a otra entidad y se informó al peticionario. Así mismo, se observó una discordancia entre las respuestas y el contenido de la ponencia escrita que probablemente puede atribuirse al mayor número de ponencias orales.

Se evidenció que no se tienen definidos para la Consulta Ciudadana mecanismos expeditos para la documentación de las demandas orales. Hay limitantes en canales de comunicación por el carácter centralizado de la Superintendencia Nacional de Salud. Se requieren establecer mecanismos de coordinación entre las entidades que ejercen la función de inspección, vigilancia y control en busca que brindar respuestas oportunas desde el SGSSS a las demandas de la población.

Palabra Clave: Consulta Ciudadana, participación en salud, participación social, demandas en salud, SGSSS.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación busca identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a las demandas de la población en las Consultas Ciudadanas realizadas en el territorio nacional en los años 2011 y 2012. Para ello, se adelantó un estudio descriptivo fundamentado en el análisis documental a partir de la revisión de los textos escritos tanto de las ponencias de la ciudadanía, como de las respuestas a dichas ponencias a partir del análisis de las categorías identificadas.

Se buscó identificar la respuesta y los compromisos adquiridos por la Superintendencia Nacional de Salud desde la Delegada de Protección al Usuario y Participación Ciudadana con el objeto de garantizar el derecho a la salud como lo promulga la Constitución Política de 1991 a través de la Ley de 100 de 1993, LA Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Así mismo, tener una aproximación sobre el ejercicio ciudadano del derecho a la Participación Social Comunitaria por el derecho a la salud.

Esta investigación permitió identificar cómo están llegando los servicios de salud a los usuarios, la protección del mismo y finalmente describir los resultados de las Consultas Ciudadanas para la garantía del derecho a la salud. De igual manera, la investigación permitió aproximarse a las dinámicas sociales donde se construyen espacios para repensar los comportamientos participativos. Es decir, contribuye a la reflexión sobre la experiencia de la comunidad en el ámbito público, como una forma de organizar la interacción entre los actores locales involucrados en el derecho a la salud, desde los compromisos, respuestas institucionales y la responsabilidad social de la comunidad desde el concepto integral de salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad de la prestación, los trámites a que se ven abocados los usuarios para obtener oportunamente la prestación de los servicios de salud, las acciones de tutela para exigir el derecho a la salud, el comportamiento de los recursos en salud desde su fuente, distribución, flujo y uso, en general, las fallas estructurales, regulatorias y de inspección, vigilancia y control, constituyen algunos de los factores que afectan la calidad de vida de los colombianos. Es conocido por todo el país la crisis que afecta al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado a partir de la Ley 100 de 1993, lo cual ha obligado a los diferentes gobiernos a realizar varios procesos de ajuste para que este servicio funcione efectiva y eficientemente en nuestro Estado Social de Derecho, sin obtener hasta estos momentos óptimos resultados.

De otra parte, la Corte Constitucional desde la Sentencia T-402 de 1992¹, dispuso que la salud adquiere el carácter de derecho fundamental cuando se trata de los niños o se pone en riesgo la vida; posteriormente, frente a los graves problemas del SGSSS, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008², ordenó a las diferentes instancias adoptar las medidas para resolver la problemática en salud que aqueja a la población colombiana.

Un elemento normativo determinante en el desarrollo de la investigación es el Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994, debido a que esta norma otorga viabilidad para que los procesos de participación social de una comunidad se desarrollen en forma adecuada permitiendo desarrollar un imaginario colectivo de la salud.

De otro lado, la participación social es un principio de la Atención Primaria en Salud, concepto definido y reconocido internacionalmente a través de la Conferencia de Alma Ata, (Kazajistán 1978), mediante el cual la acción comunitaria organizada otorga la oportunidad a las personas de involucrarse de

manera activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios disponibles para su atención³.

Acorde con principios de la Atención Primaria en Salud – APS –, los procesos en esta área requieren una mayor participación de la población – individuos, familias y comunidades – en las acciones a favor de su propia salud, adoptando conductas y hábitos más saludables y asegurando un ambiente favorable para la salud.

En coherencia con lo anterior, el Decreto 1757 de 1994 dio la importancia de la conformación y formación de las Asociaciones de Usuarios en los procesos de salud y enfermedad. De este modo, se ha motivado y alentado la participación activa en las necesidades de la comunidad, en la planeación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como también en el control social de los recursos asignados por el Estado para el desarrollo de los mismos. Con un principio social determinante uno de los propósitos del decreto es que se asuma el auto-cuidado de la salud en su contexto familiar, entorno comunitario, escolar, laboral, creando un ambiente sano entre otros determinantes sociales donde se desarrolla y vive un grupo social⁴.

De este modo, el estudio retoma las funciones de la Asociación de Usuarios enmarcadas en el decreto anteriormente enunciado, con el objeto de identificar y analizar la dinámica social e institucional a través de las Consultas Ciudadanas desarrolladas en el país a nivel de las Entidades Territoriales en los años 2011 y 2012.

Es importante señalar las funciones de las Alianzas o Asociaciones de Usuarios explícitas en el Decreto 1757 de 1994, las cuales serán analizadas en la presente investigación. Para tal fin, se partirá de la categorización de cada una de ellas, representadas en las Consultas Ciudadanas, las cuales consisten en asesorar, informar y explicar a los asociados los beneficios de los servicios de salud que ofrecen las distintas Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Instituciones

Prestadoras de Servicios, IPS, y los profesionales adscritos a dichas entidades. De esta manera, se otorgan herramientas necesarias para que los ciudadanos puedan elegir las entidades que más les convenga, acorde con el principio de libre elección, reglamentado en la Ley 100 de 1993, y con fundamentos a partir de las evidencias y los resultados de la gestión de aseguradores y prestadores.

Así, en el desarrollo del mandato constitucional y legal de la promoción de la participación ciudadana, asignado a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Decreto 1018 del 30 de marzo de 2007⁵, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, implementó mediante la Circular Externa No. 047 del 30 de Noviembre de 2007¹ el mecanismo denominado *Consulta Ciudadana*. Este instrumento de participación fue definido en la circular como un “espacio de interacción en donde todos los actores del sistema confluyen para plantear irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria o de funcionamiento de las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud, que podrían estar vulnerando los derechos en salud de los usuarios. Así como, las propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud” (Título VII, Capítulo II, numeral 4)⁶.

La Consulta Ciudadana se desarrolla en todo el territorio nacional, a nivel departamental con programación previa e informando con antelación a la comunidad sobre su realización. De acuerdo con el reporte de actas de consultas ciudadanas de la Superintendencia Nacional de Salud, éstas iniciaron el 15 de Marzo de 2008 y hasta el mes de junio de 2012 se han llevado a cabo 48 consultas en el territorio nacional. Para el desarrollo de este mecanismo, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, traslada una *Unidad Móvil De Atención Al Usuario*, en la que se

* Modificada por las Circulares Externas No. 049, 050, 051, 052 de 2008; 057, 058 de 2009; 059 y 060 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud. La única modificación referente a las Consultas Ciudadanas se hace en la Circular Externa No. 052 del 12 de Diciembre de 2008.

pueden presentar las peticiones, quejas y reclamos – PQR – sobre presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

Las PQR son presentadas por los ciudadanos en su calidad de representantes de grupos, comunidades u organizaciones sociales, pero también se aceptan ponencias a nivel personal. Todas esas demandas en salud, son clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud, y se trasladan a la entidad o institución competente para que se estudie la viabilidad e implementación de los correctivos que se consideren necesarios. La decisión tomada, se informa al ciudadano que haya elevado la PQR, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella.

Por lo anterior, es obligatoria la presencia de un representante de la Oficina de Atención al Usuario de las Entidades Aseguradoras y Prestadoras de Servicios de Salud con influencia en el departamento donde se adelanta la Consulta Ciudadana. Éste, a su vez, atenderá los requerimientos que hagan los ciudadanos a través de los funcionarios de la Superintendencia Delegada. Siempre se procura dar solución definitiva en tiempo real a la petición, queja o reclamo. La Superintendencia Nacional de Salud, hace el seguimiento a las peticiones allí presentadas y requerirá, si así lo determina, a la entidad responsable para que, de ser necesario, informe sobre el estado de la petición.

De acuerdo con la modificación realizada a las Consultas Ciudadanas mediante la Circular Externa No. 052 del 12 de Diciembre de 2008⁷, “Los compromisos adquiridos por las entidades en las consultas ciudadanas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y las acciones para dar respuesta y solución deberán ser reportados a través del enlace que para tal fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co dentro de los 10 días después de la realización del evento y en las mismas condiciones el reporte del cumplimiento de los compromisos en las fechas acordadas.”

Si bien existen mecanismos creados para promover la participación ciudadana, existen diferentes elementos que limitan la participación dinámica de los ciudadanos en Colombia. Estos elementos tienen que ver tanto con el funcionamiento de las instituciones como con el ciudadano en sí. En lo referente a las instituciones relacionadas con el sistema de salud colombiano, es posible referirse a por los menos los siguientes aspectos: 1. Dificultades en la destinación y apropiación de recursos en salud en los entes territoriales, 2. Falta de planeación y coordinación entre los actores encargados de orientar y ejecutar la inversión de los programas de salud y 3. Falta de continuidad en los planes de desarrollo que dificulta establecer indicadores de impacto de largo plazo.

Ahora, respecto a los ciudadanos, se puede hacer alusión de al menos dos aspectos que limitan su participación: 1. Baja cohesión, debido en parte a una falta de liderazgo adecuado y malas experiencias con organizaciones que han pretendido realizar la tarea de representación de los ciudadanos, y 2. Falta de conocimiento del entorno y funcionamiento del sistema de salud, atribuible en parte a la falta de credibilidad que ha generado el funcionamiento de las instituciones del mismo.

Fortalecer la participación ciudadana en el ámbito de la salud no es un proceso fácil, debido a que, entre otras cosas y de acuerdo con Castells (1982)⁸ la participación constituye un proceso social mediante el cual el sistema es influido por diversos factores sociales. Por tanto, el buen funcionamiento de los instrumentos que se diseñen para promoverla implica el reconocimiento de las diversidades de la población que es atendida, así como sus principales necesidades. Según Celedón y Noé (2000)⁹, en estos aspectos Latinoamérica no presenta resultados muy satisfactorios, pues “(...) en los países de América Latina y el Caribe la formulación de políticas en el sector de la salud continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad local.”

El instrumento de las Consultas Ciudadanas puede ayudar a Colombia a mejorar en la promoción efectiva de la participación ciudadana, debido a su naturaleza descentralizada y el propósito de reconocer las diferencias en cada región. Sin embargo, hasta la fecha no se ha sistematizado la información generada en estas consultas, la cual resulta necesaria para determinar los aportes reales del instrumento como respuesta coherente y efectiva de las demandas de la población sobre la prestación de servicios de salud.

Los resultados del estudio permitirán en primer lugar a la Superintendencia Nacional de Salud adelantar la revisión del proceso de la Consulta Ciudadana con base en la respuesta dada por parte de los Aseguradores tanto del régimen contributivo como del subsidiado-, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – públicas y privadas - y las Entidades Territoriales.

En segundo lugar, se podrá caracterizar la demanda de los ciudadanos según Asegurador, en cada Departamento en donde el proceso se adelantó en el periodo bajo observación. Además, se pretende establecer una línea de base en aras de establecer un referente del proceso para evaluaciones futuras y ajustes en el corto plazo de acuerdo con los hallazgos del estudio. Probablemente los resultados de la investigación sean un insumo para sugerir una revisión ante el Ejecutivo del Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994, “Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la Prestación de Servicios de Salud en el territorio colombiano”.

A partir de los elementos planteados, la pregunta que conducirá el proyecto de investigación es como sigue: *¿Cuál es la respuesta del Sistema de Seguridad Social en Salud a las Consultas Ciudadanas en Salud en la República de Colombia en el período 2011-2012?*

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

De acuerdo con Nagel (1987)¹⁰ la participación ciudadana o pública puede ser definida en términos generales como la suma de acciones tomadas por miembros ordinarios de un sistema político con el propósito de influenciar, o intentar hacerlo, resultados finales. La decisión de participar es determinada por el balance entre los costos y los beneficios, y si bien los beneficios incluyen objetivos colectivos, los incentivos y costos personales son notoriamente los factores dominantes.

Ahora, en el campo de la salud, según la Organización Mundial de la Salud¹¹, la participación pública significa que los ciudadanos tienen la posibilidad de expresar a los órganos de decisión sus puntos de vista y preferencias respecto a las políticas de salud, convirtiéndose en parte activa dentro del proceso de toma de decisiones. Por tanto, la participación pública impone la responsabilidad, a quienes diseñan e implementan las políticas, de introducir mecanismos que permitan la participación efectiva de los consumidores de servicios de salud. Esto implica, por un lado, el empoderamiento de la población a través del acceso a mejor información sobre salud en general, intervenciones en salud, sistemas de salud y la gobernanza en los sistemas de salud. Por otro lado, significa la responsabilidad de los consumidores de aprovechar las oportunidades de participación en el proceso de decisión de las políticas.

Históricamente son diversas las modalidades que se han desarrollado para la promoción de la participación pública en materia de salud. Sanabria (2004)¹² realiza un recuento de los principales mecanismos implementados desde la década de 1960. De acuerdo con la autora, en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas el proceso se llevaba a cabo mediante Consejos Sociales, que ayudaron a desarrollar los principios de la sanidad pública e incorporaron soluciones a problemas de salud. Por su parte, en la República Popular China se crearon las Campañas Patrióticas Sanitarias. En Tanzania se fomentaron

actividades de autoayuda y en Indonesia se formaron los Comités Coordinadores Mixtos para solucionar problemas de interés grupal.

En Cuba en 1961 se crean Las Comisiones de Salud del Pueblo, mientras que en Centroamérica experiencias como la de *Donde no hay Doctor* de México y la de *Hospital sin paredes* en Costa Rica recibieron un significativo reconocimiento. Así mismo, "... en esa década en todos los programas Federales en Estados Unidos, se habían incorporado leyes de participación ciudadana.

En Colombia se crearon los Comités de Salud; los que eran integrados por vecinos representantes de cada manzana en un territorio determinado y luego como una forma más avanzada de organización, estos dieron paso a los Consejos Locales de Salud." (Sanabria G., 2004). En la década de 1970, afirma Sanabria, se reconoció la necesidad de diálogo y colaboración entre instituciones del gobierno y la población. En 1978, la declaración de Alma-Atá (1978)¹³ enmarcó la participación comunitaria y social constituyéndose en estrategia principal para lograr el objetivo de "Salud para todos en el año 2000". En el marco de dicha estrategia se estableció que la participación comunitaria constituía un elemento principal para que los servicios de salud pudiesen llegar a toda la población, particularmente a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio.

Los mecanismos de participación ciudadana que se desarrollan en cada país pueden enmarcarse en construcciones teóricas ampliamente estudiados dentro de la literatura. Puntualmente, es posible caracterizarlos dentro de los siguientes: 1. Rendición de cuentas, 2. Gobernanza, 3. Empoderamiento y 4. Acción colectiva.

Al respecto, Ruelas et al (2008)¹⁴ relacionan cada una de estos instrumentos teóricos con la participación pública en salud de la siguiente manera: "La rendición social de cuentas, como un derecho y una alternativa de la ciudadanía para vigilar lo que hace el Estado; la idea de gobernanza, que enfatiza la necesidad de

considerar lo público que no es estatal al proveer política pública; el concepto de empoderamiento, como la posibilidad ofrecida a la gente de participar de manera determinante en los procesos de política que afectan su vida cotidiana y las teorías que explican la forma en que estos actores colectivos pueden buscar un interés compartido”. Estos desarrollos sirven como marco de referencia para analizar las maneras en las que las instituciones estatales se relacionan con los ciudadanos.

Ahora bien, de las cuatro construcciones teóricas mencionadas, el empoderamiento (*empowerment*) cobra mucha importancia en el campo de la salud después de la publicación de la Carta de Ottawa¹⁵ que recoge los resultados de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de 1986. De acuerdo con esta carta, “La promoción de la salud 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.” Con esto, no solo se creó un compromiso para los entes gubernamentales de fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, sino también para la población de involucrarse de forma más directa en el proceso de definición de las políticas en salud. Más aún, la Organización Mundial de la Salud, en su Glosario de Promoción de la Salud¹⁶, establece que “una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.”

En cuanto a cómo desarrollar el empoderamiento en las diferentes comunidades, Wallerstein¹⁷ considera que las principales estrategias para lograr este objetivo en las poblaciones locales requieren de un proceso intenso de educación popular, que involucre a los ciudadanos en proyectos de investigación participativa, para así disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados, la planificación de conjunto y la evaluación participativa. Por su parte, Zamudio¹⁸ plantea que en la medida en que se logre crear la capacidad en la población de hacerse cargo de sus propios problemas y unir fuerzas para hacer avanzar su causa, se logra consolidar un sentimiento positivo de control sobre su vida que aleja la sensación de impotencia que sienten ante la realidad que los involucra.

Sin embargo, la participación ciudadana, independiente del mecanismo a través del cual busque desarrollarse, está directamente relacionada con el grado de democratización del Estado, el reconocimiento de las particularidades de cada región y el reconocimiento de los ciudadanos como actores relevantes. De acuerdo con Di Marco et al (2006)¹⁹, “en aquellos países, regiones o comunidades donde existen procesos democráticos en marcha, la participación de sus ciudadanos se ve facilitada.” Por otro lado, Sgombich et al (2008)²⁰ la participación ciudadana en las decisiones es un asunto, primero, de estabilidad del sistema democrático, de hacer transparente las decisiones sobre política pública, y segundo, de ajuste a los valores y costumbres de una sociedad. Es decir, que las decisiones adoptadas para priorizar la atención y los recursos en salud se ajusten a lo que dicha sociedad valora y aprecia. Finalmente, según Sanabria (2004)¹², para fortalecer los mecanismos de participación “es necesario lograr estabilizar el grado de protagonismo de los diferentes actores sociales en las tareas inherentes a la producción social de la salud, ya que en ese sentido prevalecen desequilibrios que en algunos casos son resultado de la iniquidad en la salud y en otros conducen a ella.”

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, Colombia años 2011 y 2012.

4.2. Objetivos específicos

- Describir el mecanismo de Consulta Ciudadana en Salud en Colombia en los años 2011 y 2012.
- Caracterizar las demandas de la población en el territorio nacional en las Consultas Ciudadanas durante el período de observación.
- Identificar los compromisos en las Consultas Ciudadanas de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los años 2011 y 2012.
- Describir los resultados de la Consulta Ciudadana en Colombia en los años 2011 y 2012.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo fundamentado en revisión documental. Mediante el cual se indaga en forma válida y pertinente la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas en Colombia para los años 2011 y 2012, se consideró el análisis documental como herramienta para el estudio, el proceso se compone del diseño, aplicación y análisis de la información del presente estudio.

El análisis documental entendido conjunto de procedimientos destinados a captar, segmentar y representar el significado de los documentos con el objetivo de su recuperación total o parcial, este permite describir aquello de lo que trata un documento y los productos resultantes son la clasificación, indización, resumen analítico. Un mismo documento podrá ser objeto de varias descripciones, todas ellas interdependientes en su proceso aunque diferentes en sus resultados.

Tal como lo sugieren Villarreal y Landaeta (2010)²¹, para Yin (1989, 1998)^{22 23}, este tipo de análisis no permite la “generalización estadística” (desde una muestra o grupo de sujetos hasta un universo), como en las encuestas y en los experimentos, sino que se trata de una “generalización analítica” (utilizar el estudio de caso único o múltiple para ilustrar, representar o generalizar a una hipótesis planteada).

Además, estos autores agregan, que para tipos de estudio donde la cuestión precisa es ver el “cómo” como pregunta de investigación, es decir, se trata de indagar la lógica de funcionamiento de una situación a probar. Tal como ocurriría en el camino de querer saber sobre el funcionamiento de un sistema (el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano desde las demandas en las Consultas Ciudadanas). Se trataría de adentrarse en gran medida a su funcionamiento y características especiales y preguntar sobre “cómo” funciona y

opera actualmente para tratar de identificar su capacidad de respuesta a la comunidad.

En tal sentido, la cuestión de la generalización de los estudios cualitativos no radica en una muestra probabilística extraída de una población a la que se pueda extender los resultados, sino en el desarrollo de una teoría que puede ser transferida a otros casos. De aquí que algunos autores prefieren hablar de transferibilidad, en vez de generalización, en la investigación de naturaleza cualitativa (Maxwell, 1998)²⁴. En palabras de Yin (1989)²², uno de los más renombrados investigadores sobre el estudio de casos como metodología de investigación, un estudio de casos sería “una investigación empírica que indaga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en el que múltiples fuentes de evidencia son usadas”.

El hecho de querer identificar, describir y caracterizar la respuesta del SGSSS para los años 2011 y 2012, es en sí misma una circunstancia muy específica que se enmarca claramente en los criterios metodológicos tal como los propone Yin - entre otros autores. Es así como la credibilidad de las conclusiones obtenidas, en este caso para la validación de un modelo de evaluación, en última instancia, radicará en la calidad misma de la investigación desarrollada. De aquí la importancia del diseño del estudio de una forma apropiada e introducir una serie de estrategias metodológicas cualitativas a lo largo del proceso en que éste se desarrolla.

Bajo esta misma metodología, es posible encontrar un contraste de situaciones entre los diferentes documentos. Es decir, los casos de las demandas de la población en el territorio nacional en las Consultas Ciudadanas interpuestas ante el SGSSS colombiano durante el período de observación seleccionado.

De acuerdo con Yacuzzi (2006)²⁹, “La unidad de análisis ayuda a definir el

alcance, complementa las proposiciones, y permite acotar la búsqueda de información. Para la investigación la unidad de análisis será el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el proceso se confrontaran las demandas escritas de la población presentadas en las Consultas Ciudadanas realizadas en el periodo 2011 – 2012.

5.2. Población de estudio

Para el desarrollo del proyecto se solicitó la documentación de las Consultas Ciudadanas realizadas en el territorio nacional durante los años 2011 y 2012. Las Consultas se adelantaron en 14 ciudades del país, en la cuales se evidenció una diferencia entre el año 2011 y el año 2012, puesto que para el año 2011, de las 10 ciudades que fueron visitadas, sólo en seis de ellas se ubicaron ponencias escritas, mientras que en el año 2012 de las cuatro ciudades visitadas en las que se realizó la Consulta Ciudadana en todas ellas se encontraron ponencias escritas. En ese sentido probablemente se podría decir, con base en la información encontrada que el proceso de Consultas Ciudadanas presentó un comportamiento diferencial con relación al año anterior.

De acuerdo con las Actas de la Superintendencia Nacional de Salud en el territorio nacional para el 2011 se adelantaron diez Consultas Ciudadanas a las cuales concurrieron 2361 ciudadanos registrándose aproximadamente nueve ponentes por cada diez participantes, es llamativo que en la Consulta Ciudadana realizada en Santa Martha no figuran en los documentos ponentes inscritos (tabla1). De acuerdo con el registro se evidencia una participación diferencial en los territorios según las ponencias el cual varía entre el 35% y el 3%. Observándose un mayor registro proporcional de ponentes en ciudades como Ibagué (35%), Cali (23%), y Arauca (15%) y una menor proporción de registro de ponentes en Manizales (3%), Barranquilla (5%); para las demás ciudades el registro de ponentes varió entre 8 y 12%. Sin embargo, en los archivos los documentos encontrados sobre ponencias

escritas en las Consultas Ciudadanas solo representan el 7.4% (17/231) de los ponentes inscritos.

Tabla 1. Consultas Ciudadanas Colombia, 2011

CIUDADES	ASISTENTES	PONENTES INSCRITOS	PONENCIAS ESCRITAS	RESPUESTAS
Cali – Palmira	142	33	3	
Bogotá	231	20	4	4
Putumayo – Pto Asís	123	15		
Bucaramanga	234	26		
Arauca	98	15	2	2
Popayán - Cauca	296	27	1	
Manizales	439	16	3	2
Barranquilla	300	17		
Santa Marta	322	0		
Ibagué	176	62	4	5
TOTAL	2.361	231	17	13

Fuente: Actas Superintendencia Nacional de Salud

Al comparar registro de ponentes en las Consultas Ciudadanas efectuadas en cuatro ciudades durante el 2012 se observa una tendencia similar en el comportamiento del registro de ponentes del año anterior (9.9%).

Tabla 2. Consultas Ciudadanas Colombia, 2012

CIUDADES	ASISTENTES	PONENTES INSCRITOS	PONENCIAS ESCRITAS	RESPUESTAS
Riohacha	220	30	1	1
Pereira	168	23	15	19
San Andrés	322	20	14	19
Cartagena	218	19	11	13
TOTAL	928	92	41	52

Fuente: Actas Superintendencia Nacional de Salud

Sin embargo, como se presenta en la tabla 2, se observa que el 44.5% (41/92) de las ponencias inscritas se encontró registro escrito de la ponencia, lo cual muestra una diferencia en el comportamiento con relación al 2011. Por ello, tres de cada diez documentos analizados en el estudio corresponden a las demandas de la población durante el 2012.

5.3. Procesamiento de los documentos

Considerando que el enfoque cualitativo del, se hace necesario implementar una fase de documentación y procesamiento riguroso mediante la estrategia de revisión documental asistido con el uso de *Software* cualitativo especializado como lo es el programa *Atlas Ti* 6.2, para la lectura y análisis crítico profundo de la documentación obtenida de cada uno de los Consultas Ciudadanas por Entidad Territorial del país. Retomando a Villarreal y Landaeta (2010) y comprendiendo que el proceso se enmarca dentro del análisis documental, lo cual sirve “para describir un fenómeno dentro organizaciones reales para explorar una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido de forma que sirva para preparar otra investigación más precisa, para explicar por qué se producen fenómenos, lo que es la base para la generación de nuevas teorías, para ilustrar buenas prácticas de actuación o validar propuestas teóricas”(Villareal et al, 2010)²¹, por ello se hace necesario estructurar pasos lógicos para la estructuración del análisis del material documental.

5.3.1. Identificación de criterios para la selección de los casos

El primer paso fue realizar la definición apropiada de la unidad de análisis, la cual viene constituida por la propia definición del “caso” (Yin 1989, 1994)²²⁻³⁰. En el presente estudio la unidad de análisis fue el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, así como los casos de consultas y demandas de la ciudadanía presentadas durante los años 2011 y 2012.

Teniendo en cuenta esta unidad de análisis, la selección de los casos a estudiar se basó en un muestreo teórico, no estadístico. Se trató de escoger aquellos casos que ofrecían una mayor oportunidad de identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, de tal manera que permitiera realizar una interpretación analítica de los resultados. Se trató de determinar cuál es el núcleo central de la situación actual del SGSS, así como analizar los resultados de su aplicación en tanto convergencias, divergencias y la comparación exhaustiva de los casos entre sí, con la representación de los casos seleccionados para cada una de las regiones del país.

5.3.2. Criterios para la selección de los casos a explorar

Para el análisis documental se asignó como caso la documentación escrita de las demandas sobre la operación del SGSSS en cada una de las Entidades Territoriales que fueron presentadas en las Consultas Ciudadanas durante el periodo 2011-2012. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios para determinar la calidad y la cantidad de las Entidades Territoriales que serían parte del estudio. Estos criterios se obtuvieron a partir de las peticiones, quejas y reclamos –PQR- documentadas en la Superintendencia Nacional de Salud, relacionada con los siguientes aspectos:

- Oportunidad en la atención en salud
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Calidad de la atención en salud
- Entidad Territorial intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud

5.4. Diseño de instrumentos. Guía para la revisión documental de los casos

Como un primer paso, luego de haber identificado claramente las Entidades Territoriales seleccionadas, se realizó la transcripción o digitalización individual de los mismos en archivos de Word. Esto con el fin de ser procesados de manera documental mediante la generación de una ficha de revisión de documentos.

Esta ficha se definió a partir de las categorías de análisis propias y definidas para el estudio. Las categorías se trasladaron con sus respectivas definiciones a una estructura de códigos que se trabajó en un programa altamente especializado en el manejo de análisis cualitativo documental. En esta parte se conformó un equipo para el proceso de codificación o etiquetación de texto a partir de un libro de códigos generado por el programa de *Atlas Ti* versión 6.2.

Fue necesario contar con un instrumento de apoyo en la situación de adentrarse en cada documento digitalizado y extraído de las demandas-consultas interpuestas. El instrumento a manera de ficha de revisión documental planteó en principio un esquema de preguntas a cada documento. Dichas preguntas a realizar al texto estaban rigurosamente atadas a las categorías de análisis de la investigación.

5.4.1. Definición del libro de códigos a partir de las categorías de análisis

El libro de códigos se construyó para el procesamiento del material recolectado a partir de las categorías de análisis iniciales con sus respectivas definiciones. Estas aludieron en primera instancia a los ejes centrales del estudio y se convirtieron en preguntas para la ficha de revisión documental tal como se ha planteó en el punto anterior.

Al momento del utilizar el *Software* cualitativo especializado, estas se convirtieron en códigos de procesamiento que se trasladaron al programa *Atlas Ti* en su

versión 6.2. La definición de códigos en el *Software* especializado, permitió visualizar los aspectos que se requerirá tener en cuenta en toda la investigación a la luz siempre del enfoque teórico y metodológico del estudio holístico de caso.

5.4.2 Tabla de categorías de análisis para el estudio de casos

				Estudio: Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, Colombia 2011 – 2012		
				Código o Pregunta	Definición del Código	Pregunta
1				RESPUESTAS DEL SGSSS - SUPERSALUD	Seguimiento y monitoreo a las actas de compromiso recepcionadas por la Supersalud en el momento de la Consulta ciudadana.	Seguimiento a las actas de compromiso de las Instituciones prestadoras de los servicios de salud.
1	1			Demandas de la Población	Motivar y facilitar a los asociados para hacer las propuestas ante los organismos de dirección de las entidades a las cuales están afiliados, relacionadas con el mejoramiento de la calidad técnica y humana de los servicios, con la preservación de bajos costos en los servicios,	Calidad. Oportunidad en los servicios. Atención digna. Aseguramiento. Acceso a los servicios. Otros.

					los días y horarios más convenientes para los usuarios de los servicios entre otros.	
1	2			Mecanismo de la Consulta	Dar cumplimiento a la norma interna de la Superintendencia Nacional de Salud.	Período de tiempo por consulta y respuestas a las demandas.
1	3			Compromisos de la Consulta Ciudadana – SGSSS	Seguimiento a los compromisos por cada Ente Territorial, Supersalud y Ministerio de Salud y de la Protección Social.	Respuesta oportuna a las necesidades de la comunidad.
2				RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA	Mantener canales de comunicación interpersonal y por los medios más efectivos del lugar, que permitan conocer las inquietudes y demandas de los afiliados relacionadas con la calidad de la atención, la oportunidad, los horarios de atención, los costos, entre otros.	Participación de la comunidad con incidencia, decisión, desde los colectivos. Asociación de Usuarios, COPACOS, otros grupos sociales.
3				CARACTERÍSTICAS DE LAS DEMANDAS DE LA POBLACIÓN		
3	1			Quejas	Expresión de	

					inconformidad de la gente, ej. “no me dan el medicamento”. Peticiones o quejas.	
3	1	1		Oportunidad	Que la atención integral, (prestación del servicio y del medicamento) sea en el momento en que es requerida.	
3	1	2		Medicamentos	Se refiere al tratamiento farmacológico.	
3	1	2	a	Entrega Inoportuna		
3	1	2	b	Entrega Incompleta		
3	1	2	c	No Entrega		
3	1	3		Remisión a medicina especializada	Negación o falta de oportunidad para este servicio (ej. asignación tardía de la cita).	
3	1	3	a	Demora en la remisión		
3	1	3	b	No remisión		
3	1	4		Barreras de acceso	Obstáculos que se presentan para una atención médica.	
3	1	4	a	Geográficas		
3	1	4	b	Administrativas		
3	1	5		Autorización de Procedimientos	Negación y/o retardo de las autorizaciones.	
3	1	5	a	Inoportuna		
3	1	5	b	No Autorización		
3	1	6		Problemas de	La manera en que se	

				presupuesto	utiliza el dinero para la compra de equipos o para mejorar la infraestructura. La gestión por parte de los directivos de algunas entidades. El estado de endeudamiento que afecta la prestación del servicio.	
3	1	7		Otras inconformidades	En esta categoría se agrupan las quejas de los usuarios que hacen alusión a las problemáticas de tipo social.	
3	2			DESCONOCIMIENTO	Desconocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en lo concerniente a deberes y derechos.	
3	2	1		Del sistema General de Seguridad Social en Salud		
3	2	2		De la Normatividad Vigente	Leyes (actualización permanente).	
3	2	3		De los Derechos y Obligaciones		

3	2	4		Del Plan Obligatorio de Salud		
4				IDENTIFICACIÓN DE COMPROMISOS	Se refiere a los actores con nombre propio que asumen la solución de una Consulta Ciudadana.	
4	1			Entidad territorial: Gobernación del Departamento, Municipio o Distrito		
4	2			Empresa Promotora de Salud		
4	3			Institución Prestadora de Salud: privada o pública (Empresa Social del Estado)		
4	4			Superintendencia Nacional de Salud		
4	5			Asociación de Usuarios		
4	6			Veedurías Ciudadanas		
5				RESULTADOS O RESPUESTAS DEL SISTEMA A LAS DEMANDAS DE LOS USUARIOS	Requerimiento hecho por la Superintendencia a la Entidad territorial o al actor respectivo.	

5	1			Mención de la normatividad legal vigente	Se hace alusión a la normatividad que actualmente rige el	
---	---	--	--	--	---	--

					Sistema General de Seguridad Social en Salud.	
5	2			Requerimiento a la Entidad correspondiente	Se solicita a la Entidad indicada la construcción de ciertos compromisos y el cumplimiento de los mismos.	
5	3			Tiempo de respuesta dado al vigilado	Respuesta referida a 5 días hábiles.	
5	4			Correspondencia del caso a otra Entidad	Cuando el caso presentado en las demandas no le compete a la Superintendencia.	
5	5			Información sobre el estado de la demanda	Se le informa al demandante el proceso que se ha seguido para dar respuesta a sus peticiones.	

5.5. Proceso de recogida de la evidencia

En esta fase se hizo la recolección de toda la información y evidencia que ayudó a identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas. De cara a definir los “hechos” del caso. El estudio propuesto utilizó distintas fuentes de evidencia de manera convergente.

Revisión y búsqueda de evidencia documental sobre las consultas y demandas realizadas durante los años 2011 y 2012, que incluyó el recurso a la información documentaria y la utilización de los registros de archivo. Se buscó evidencia

documental (documentación y archivos). Interna: memorias, informes y estudios internos, páginas web, archivos de presentaciones.

5.6. Procesamiento de información documental de los casos seleccionados con el uso de Software de análisis cualitativo Atlas Ti. 6.2

El *Atlas Ti* es un programa diseñado para la sistematización y análisis de información cualitativa en cualquier formato (texto, imagen, sonido, video). El *Atlas Ti* se ha posicionado como uno de los programas para análisis cualitativo más versátiles y robustos debido a su flexibilidad para el manejo de la información proveniente de información cualitativa documental. El manejo que se puede hacer con el *Atlas Ti* de los archivos de una investigación, más el ahorro de tiempo y espacio de almacenamiento, son dos de las grandes ventajas que este *Software* ofrece.

De esta manera, al utilizar un programa como el *Atlas Ti*, los instrumentos cualitativos de recolección que por lo general consiste en guías de preguntas que se aplican ya sea mediante entrevistas o grupos focales, se trasladan a un marco de categorías o de códigos que serán el soporte posterior para la integración de los textos extraídos en el ambiente de codificación.

Todo lo recolectado en el procesamiento de información es organizado con el programa, el cual permite finalmente la lectura ágil de salidas de texto o de cualquiera de las fuentes de tipo multimedial de datos que en el programa se denominan “documentos primarios”. Al final se obtendrán salidas ya sea mediante la construcción de mapas conceptuales llamadas *Networks* o por el proceso de salida en archivos de Word según lo estime necesario el investigador.

Los textos o documentos de salida contienen la información comprimida en paquetes de alusiones referidas a los textos que el investigador marcó o codificó con los códigos. Estos archivos son los documentos necesarios para generar un

análisis descriptivo y luego de contrastación con los postulados del estudio. Todo el proceso se integró en una sola Unidad Hermenéutica HU. Lo que se pretendió en la investigación con la utilización de este *Software* en el proceso metodológico fue garantizar la rigurosidad en el análisis y confiabilidad en la no pérdida de información en ningún momento, lo cual es ideal cuando se desea minimizar gran inversión de tiempo en la sistematización y análisis de datos de manera manual.

5.7. Análisis de la evidencia

5.7.1 Análisis individual de cada caso

Una vez ejecutada la fase de recogida de datos, el paso siguiente fue el análisis para cada caso de dicha evidencia vinculándola a los objetivos, hipótesis y el marco teórico del estudio. Esta etapa se llevó a cabo una vez completada la obtención de información, pues al obtener los documentos por entidad territorial; “casos definidos”, se pudo hacer la comparación de los mismos entre sí. El objetivo principal de esta fase fue el de manipular (inspeccionando, categorizando, tamizando y/o recomblando) dicha información, confrontándola de manera directa con las proposiciones iniciales de la investigación. En esta fase fue de gran ayuda el material procesado y de salida que arrojó el programa *Atlas Ti*. Siguiendo la recomendación de los autores tomados como base, en este proceso se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- a) Planteamiento de la información clasificada por tablas.
- b) Realización de matrices de categorías que permitan realizar análisis cruzados de evidencias.
- c) Creación de gráficos que agreguen y muestren claramente las evidencias y el material que permitirá hacer las salidas y los hallazgos más representativos.
- d) Tabulación cualitativa de frecuencias sobre comportamientos que se repiten y análisis de éstas, así como sus relaciones mediante el establecimiento de convergencias y divergencias entre casos y alusiones propios de los casos.

- e) Clasificación de la información en orden cronológico. Se clasificará la información del estudio en orden cronológico, tanto en la secuencia de acontecimientos, como en la exposición de datos cuantitativos de las fichas propias que maneja el modelo y la lectura cualitativa de los resultados obtenidos en cada caso aplicado.

5.7.2. Análisis global de los casos

La estrategia recomendada por Yin (1994)³⁰ y más habitual en el caso de estudios explicativos (Rialp, 1998)³¹ es que una vez realizado el análisis individual de cada caso se lleve a cabo una estrategia general de análisis que confronte las proposiciones teóricas que llevaron a la propia realización del estudio con las evidencias disponibles. La etapa comprendió los procesos para exponer con evidencias la respuesta a las preguntas que desde los objetivos se planteó el estudio.

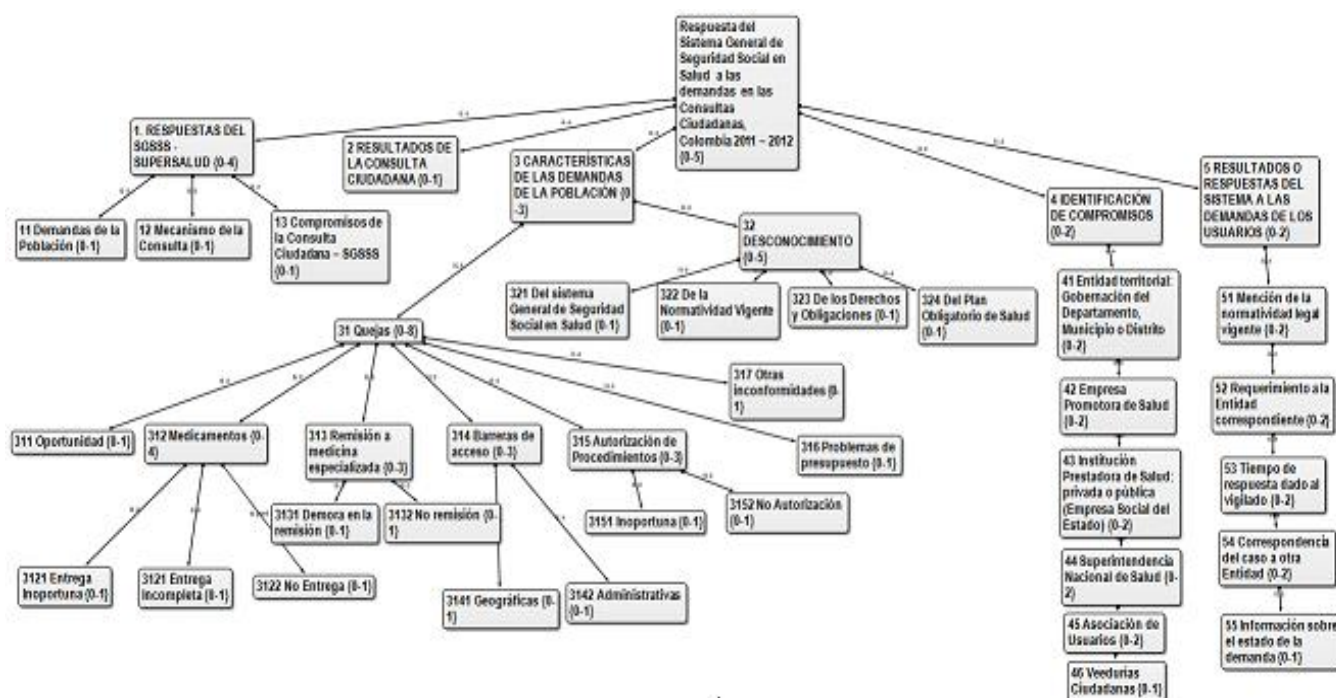
Se buscó un patrón de comportamiento común (análisis “pattern matching”) entre los casos comparados. Como el estudio recogió múltiples variables, se buscó evidenciar lo ocurrido al contrastar los planteamientos teóricos definidos por la investigación.

La creación de explicación (“explanation building”). Se asienta sobre la construcción del análisis con base a los resultados obtenidos. Tomando el primero de los casos para ver si sus datos apoyan la respuesta al objetivo general, se procedió a analizar los datos provenientes del segundo caso en estudio de forma similar, y así sucesivamente hasta revisar todos los casos. Esta vía del proceso analítico global iterativo constituyó el análisis cruzado de los diferentes casos disponibles, siendo necesaria una referencia constante al propósito inicial y la inclusión de explicaciones que se construyan alrededor de todos los casos.

Finalmente, luego de hacer los anteriores pasos, se desarrolló un modelo lógico

para describir e identificar los patrones de análisis que permitieran describir detallada y rigurosamente el fenómeno a partir del comparativo entre casos. Se trató de configurar un modelo que establezca “un patrón o cadena compleja de acontecimientos en el tiempo (serie temporal) que defina las relaciones causales existentes entre las categorías de análisis propias. La recogida de los datos se facilitó con la introducción de códigos cualitativos que permitieron leer e interpretar esta cadena de eventos (grafica 1).

Se consideró que para el análisis global esta última opción sería especialmente útil para la realización de evaluaciones a través del análisis documental de los casos a continuación se presenta el mapa conceptual que fundamento el análisis de los documentos.



Grafica 1. Mapa conceptual para el análisis de las demandas en las consultas ciudadanas 2011-2012

5.7.3. Tabla de documentación del caso

Tal como lo sugieren Villarreal *et al* (2010)²¹, todo el proceso ha de plantearse en un resumen que muestre la propuesta en una ficha técnica del estudio de casos. A continuación se presenta la del presente estudio:

Propósito de la Investigación	a) Identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las consultas ciudadanas en Colombia, años 2011 y 2012. b) Describir el mecanismo de consulta ciudadana en salud en Colombia en los años 2011 y 2012. c) Caracterizar las demandas de la población en el territorio nacional en las consultas ciudadanas durante el período de observación. d) Identificar los compromisos en las Consultas Ciudadanas de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los años 2011 y 2012. e) Describir los resultados de la consulta ciudadana en Colombia en los años 2011 y 2012.
Metodología de Investigación	Estudio de casos contemporáneo múltiple de carácter holístico (unidad de análisis simple). Estudio documental con juicio de expertos.
Unidad de análisis	Entidades Territoriales seleccionadas bajo criterios de inclusión a partir de las peticiones, quejas y reclamos documentados en la Superintendencia Nacional de Salud.
Ámbito geográfico	República de Colombia.
Universo	Entidades Territoriales del orden departamental.
Tipo de muestra	Muestra lógica y teórica (capacidad de generalización analítica del fenómeno estudiado), no de forma aleatoria (muestreo y

	generalización no estadística).
Muestra	Catorce Entidades Territoriales seleccionadas bajo criterios de inclusión.
Métodos de recogida de la evidencia	Proveniente de la base de datos, digitalización y juicio de expertos de tres Universidades colombianas.
Fuentes de información	Ponencias escritas de los usuarios en las consultas ciudadanas, actas de compromiso, acuerdos, archivos físicos y magnéticos.
Informadores clave	Representantes de veedurías ciudadanas, de asociaciones de usuarios y usuarios en general.
Métodos de análisis de la evidencia	1. Fundamentalmente de tipo cualitativo: • Identificación y clasificación estructural de dimensiones estratégicas. • Búsqueda de factores explicativos clave (proposiciones teóricas). • Búsqueda de patrón de comportamiento común. (Proposiciones teóricas). • Creación de explicación teórica (comparación sistemática teórica). • Identificación de relaciones causales (si es posible) • Análisis de decisiones críticas. • Talleres de construcción de hipótesis y conclusiones finales con los equipos de apoyo en campo conformado por: 1. Director del Proyecto de Tesis 2. Sociólogo y Técnico Profesional en Sistemas de Información y Manejo de Metodologías Cualitativas 3. Socióloga experta en revisión y análisis documental. 2. Entrevistas individuales Semi-estructuradas con expertos en el tema para contrastación, complementación y

	recomendaciones a partir de los resultados del análisis documental. Estos expertos fueron: • María Eugenia Delgado – Docente Universidad del Valle • Jaime León Gañán – Docente Universidad de Antioquia • Ligia de Salazar – Docente Universidad del Valle • Francisco Bernate – Docente Universidad del Rosario • Oswaldo Salgado - Consultor OPS
Enfoque científico	Inducción analítica a través de la lógica de la réplica (generalización analítica). Procesos deductivos en la medida que se parte de proposiciones teóricas de la revisión de teorías.
Evaluación del rigor y calidad metodológica	Validez (constructiva, interna y externa), fiabilidad, consistencia (teórico-interpretativa y contextual).

5.7.4. Entrevistas individuales con expertos. Para contrastación, complementación y recomendaciones a partir de los resultados de la revisión documental de consulta y respuestas del sistema

El papel concreto que jugó cada uno de los expertos acercándose a ellos de manera individual, fue que mediante su trayectoria, conocimiento y experticia en el tema sus comentarios y percepciones apuntalen las conclusiones obtenidas en el proceso de revisión documental. Su visión sirvió para contrastar, complementar y dar recomendaciones definitivas para la escritura del informe final.

La guía de entrevista contenía preguntas básicas y generales para abordar los hallazgos principales de la revisión documental sobre la situación actual del SGSSS y su capacidad de respuesta a las demandas ciudadanas. La información extractada desde las conclusiones para el caso de estudio, se retomaron nuevamente mediante una entrevista individual dirigida a cada uno de los Expertos

antes señalados. Bajo esta entrevista, se formularon los aspectos más significativos del estudio y se complementarían los aspectos más analíticos y conclusivos del documento final.

Cada una de las entrevistas se consignó en grabación digital en MP3. La grabación se procesó directamente de manera digital aprovechando las capacidades informáticas del programa *Atlas Ti* Ver. 6.2. El procesamiento se hizo conservando estrictamente los contenidos de los ejes principales del marco categorial para conformar el capítulo final ajustado a cada una de las propuestas teóricas del estudio. Además de contener lo más estrictamente concluyente sobre el estudio, se pudo entre los miembros participantes en las entrevistas, generar recomendaciones, así como algunos aspectos que pudieron haber emergido en el proceso sobre el tema central del estudio.

5.7.5. Conclusiones generales, rigor y calidad del estudio, e implicaciones de la investigación. Informe final.

En el paso final, junto con el análisis de la evidencia y de su confrontación con las proposiciones teóricas, se determinaron las conclusiones generales del estudio, sus implicaciones y las posibilidades de extrapolarlas comparativamente a otras situaciones similares en otros contextos.

Tal como lo sugieren los autores de apoyo para el diseño del presente estudio “hay que ser conscientes de que una investigación basada en el estudio de revisión documental nunca se puede planificar en su totalidad, y de que su desarrollo está condicionado por numerosas variables no controladas por el investigador, lo que hace que no siempre coincida el desarrollo ideal con el real” [21]. Por consiguiente, fue necesario a medida que se avanzó en la construcción de los casos, hacer una valoración propia de la fiabilidad y validez de los resultados que se encuentren, derivadas de la forma en que la metodología se llevó a cabo.

La aplicación de diferentes tácticas vinculadas ciertas pruebas debe determinar la calidad y rigor final del estudio. Estas pruebas fueron la validez constructiva, la validez interna, la validez externa, la confiabilidad, la consistencia teórico – interpretativa y la consistencia contextual. Por último, en la redacción del informe final del estudio se recogen las proposiciones y cuestiones de partida, el diseño del estudio, los procedimientos de recogida y análisis de datos, las relaciones de causalidad que se han encontrado, previa revisión de su validez interna, las conclusiones del estudio y sus implicaciones, la posibilidad de extrapolarlas a otros contextos y la valoración de la calidad, rigor o limitaciones del estudio, teniendo una coherencia con la estructura de los objetivos del estudio y a la audiencia destino y, si es posible, simple y sencilla para el público en general. De esta forma, la difusión que podrá tener será la mayor posible y no se limitaría al ámbito académico en exclusiva”²¹.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud en su Artículo 11, este estudio es catalogado como una investigación sin riesgo, dado que se trata de un estudio fundamentado en la revisión, procesamiento y análisis de información documental que fue colectada por la Superintendencia Nacional de Salud desde la Delegada de Protección al Usuario y Participación Ciudadana en el proceso de las Consultas Ciudadanas efectuadas en doce departamentos colombianos en el 2011 y en el 2012.

Los documentos en su mayoría se encuentran en archivos físicos y algunos pocos en medio digital, todo el material documental fue digitalizado utilizando códigos de identificación para la clasificación y acorde con las categorías variables definidas para el estudio. En ningún caso se utilizaron los datos de identificación (nombre o documento de identidad) de las personas, profesionales o autoridades locales que adelantaron las demandas (peticiones, quejas o reclamos –PQR-), ponencias de aclaración o descargos en el desarrollo de las doce Consultas Ciudadanas adelantadas en el territorio nacional durante el periodo de estudio. Los datos extractados de los archivos documentales fueron usados y revisados exclusivamente por los integrantes del grupo de investigación para los fines detallados en el estudio; no se dio a conocer a personas ajenas a este que puedan hacer mal uso de ellos. En ningún paso del estudio se requirió de la identificación, consulta, contacto o intervención de las personas que participaran en las Consultas Ciudadanas objeto de la investigación. Los resultados del estudio serán socializados con la comunidad académica y entregados en un informe a las directivas de la Superintendencia Nacional de Salud. Posteriormente y con el aval de la Superintendencia se publicará un artículo de investigación científica con fines académicos, sin restricción para su acceso por lo cual podrá ser consultado por toda la comunidad interesada.

El investigador hace parte del grupo profesional de la Superintendencia Nacional de Salud se trato de tener imparcialidad en la interpretación de los hallazgos, sin embargo, es necesario plantear esta relación por el posible conflicto de interés sobre el tema tratado en el estudio. Como punto de control, el material del análisis documental y los resultados fueron discutidos y permanente revisado por un grupo de investigación de expertos y académicos con independencia, el texto fue revisado y leído por profesionales independientes a la entidad con el propósito de analizar el contenido del documento y controlar los posibles sesgos de interpretación del investigador por su relación con el objeto del estudio.

7. RESULTADOS

7.1. Análisis descriptivo de las ponencias realizadas en las Consultas Ciudadanas

Para generar una descripción de las ponencias realizadas en las Consultas Ciudadanas, donde se plasmaron las percepciones y demandas de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional, se clasificaron en primer lugar dichos registros según la ciudad y el año en que fueron realizados encontrando 58 documentos (tabla 3).

En el año 2011 las ciudades en las cuales se adelantaron Consultas Ciudadanas fueron Arauca, Bogotá, Cali, Ibagué, Manizales y Popayán. Para el periodo de estudio del 2012 las ciudades fueron Pereira, Riohacha, Cartagena y San Andrés

Tabla 3. Ponencias Escritas Realizadas en las Consultas Ciudadanas Colombia, 2011 y 2012.

Año	Ciudad	Demandas Escritas Encontradas
2011	Arauca	2
	Bogotá	4
	Cali	3
	Ibagué	4
	Manizales	3
	Popayán	1
2012	Pereira	15
	Riohacha	1
	Cartagena	11
	San Andrés	14
Total		58

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Cálculos del autor

En las diez Consultas Ciudadanas el 51.7 (30) de las demandas fueron realizadas por representantes de Asociación de Usuarios y Veedores Ciudadanos y el 48.3% (28) se presentaron como inconformidades individuales (tabla4).

Tabla 4. Relación del Tipo de Ponente en las Consultas Ciudadanas Colombia, 2011-2012

Ciudad	Asociaciones de Usuarios	Veedores Ciudadanos	Título Personal
Arauca	2		
Bogotá		1	3
Cali	2		1
Ibagué	3	1	
Manizales	2		1
Popayán		1	
Pereira	4	6	5
Riohacha	1		
Cartagena	4		7
San Andrés	2	1	11
Total	20	10	28

El análisis documental de las ponencias escritas se realizó a partir de las siguientes categorías de análisis: oportunidad, medicamentos, remisión a medicina especializada, barreras de acceso, autorización de procedimientos, problemas de presupuesto y otras inconformidades. A continuación se presenta el análisis descriptivo e interpretativo de las ponencias escritas en cada ciudad a través de la utilización del *Software Atlas. Ti*, de esta manera y apoyados en varias citas extraídas en cada caso, se ha podido construir un análisis estructurado según las categorías determinadas para el estudio.

7.1.1. Oportunidad

Esta categoría se refiere principalmente a que la atención prestada al usuario debe ser integral, es decir, que la prestación del servicio incluido el acceso a los medicamentos, debe ser proporcionado en el momento en que es requerido. De acuerdo a las demandas de la población, esa integralidad en el servicio no es óptima, puesto que entre las apreciaciones se califica como deficiente el Sistema de Salud; además, se percibe el descontento frente a temas como la insuficiencia de personal médico, la dificultad para conseguir citas, la falta de insumos para la prestación del servicio e incluso se pudo observar una opinión marcada frente al tema de control y vigilancia por parte del Estado.

Respecto al tema de la insuficiencia del personal médico, las quejas que se identificaron fueron hechas principalmente por la población de Arauca, Ibagué y Pereira. En Arauca, el descontento general está enfocado en la falta de médicos del Hospital San Vicente y del Materno Infantil, para atender la demanda de la población, caso que se da tanto para las personas que pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado como para las que pertenecen al régimen contributivo. Además, se reconoce la falta de gestión tanto para incorporar personal especializado en el área de oncología, principalmente, como para impulsar las acciones de prevención y control del dengue, a través del programa ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores).

En Ibagué, por otro lado, se identifica la saturación de los servicios principalmente en la unidad de urgencias, lo cual sobrepasa la capacidad instalada de las distintas IPS de la ciudad. De otro lado se advierte la sobrecarga laboral del personal de salud, lo cual permite intuir la insuficiencia en la prestación del servicio.

En la ciudad de Pereira, este problema se relaciona con el Hospital de Apia, en el que la necesidad de más médicos se ha visto reflejada en la asignación de citas,

las cuales son percibidas como muy demoradas. Esta situación también fue identificada en el Puesto de Salud Pital de Combia, el cual además de encontrarse en mal estado, necesita un personal médico estable:

“Mi pregunta es ¿qué está pasando con el Puesto de Salud Pital de Combia? Ya que se encuentra en mal estado, no tenemos equipos para consulta médica y el médico lo tenemos sino solo un día en la semana, lo mismo la auxiliar, por esto es que se entorpecen los programas para la comunidad como vacunación, control y desarrollo, citologías, entre otros. Solicitamos un mejor servicio” **[Ponencia Número 5 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].**

En relación al tema de la oportunidad para conseguir una cita médica, queda claro entre las demandas, que se trata de una situación difícil e incluso imposible. Entre las quejas más recurrentes se encuentra el agotamiento de los usuarios con el servicio de citas telefónicas a través de un *Call Center*. La escasez en la asignación de citas está ligada a la insuficiencia de personal médico especializado. Entre las ciudades en las que se destacó esta problemática se encuentran Bogotá, Pereira, Arauca, Cali, Ibagué y Cartagena.

En Bogotá, una de las ponencias hace énfasis en la cancelación del servicio de asignación de citas por medio del correo electrónico y por vía telefónica. Esto ha generado, dentro del Establecimiento de Sanidad Militar de la Sexta Brigada, que la población se desplace muy temprano al lugar y deba hacer largas filas para obtener una cita médica. De acuerdo a la ponencia esta situación genera que *“se viole la dignidad humana y el derecho a la igualdad, ya que otros establecimientos de Sanidad sí tienen una cobertura de citas todo el día y por las tres modalidades que son Presencialmente, Telefónicamente y vía Correo Electrónico”* **[Ponencia Número 1 - Bogotá 4 de diciembre de 2011].**

En Pereira, la población solicita que el servicio de PBX o *Call Center* sea suspendido, puesto que sus llamadas en la mayoría de los casos no son

contestadas y cuando son atendidos se les informa que no hay agenda para la asignación de citas ni de medicina general, ni de otros servicios como odontología o citología, esto fue consignado en una ponencia:

“El Call Center se congestiona entre las 7:00 y 8:00 a.m. y cuando contestan ya no hay citas, lo que genera que muchos usuarios tengan que insistir varios días para conseguir su cita o acudir al representante de prestaciones del sindicato para que la consiga, asignan muy pocas citas por lo que el usuario debe estar muy temprano, pues solo entregan 15 citas diarias” [Ponencia Número 8 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].

En las otras ciudades como Arauca, Cali, Ibagué y Cartagena, los registros indican también una debilidad en la comunicación entre las entidades de salud con los usuarios, lo cual genera que no haya oportunidad para la asignación de citas médicas, ya sea por la dificultad que se presenta en las llamadas telefónicas o que por la alta demanda de consulta por parte de los usuarios la agenda médica no colma las expectativas de los usuarios.

Por otro lado, la falta de oportunidad en la prestación del servicio que se deriva de la escasez o insuficiencia de los insumos necesarios, al igual que la dotación adecuada, es identificada por los distintos ponentes como una consecuencia del mal manejo de los recursos asignados, lo cual ha afectado la calidad del servicio en ciudades como Arauca, Bogotá, Cali, Popayán y San Andrés.

En Arauca, la población manifiesta que en muchas ocasiones el usuario mismo debe comprar los elementos que necesite para la prestación del servicio, como es el caso de las jeringas, además se expone con gran preocupación, que dentro de la intervención realizada por la Superintendencia Nacional de Salud y la UAESA (Unidad Administrativa Especial de Salud), el Agente Interventor no hace un uso adecuado de los recursos asignados, dejando de comprar así, equipos nuevos e incluso ambulancias.

“Por capricho del Agente Interventor, en el Departamento se dejó de comprar un Mamógrafo para el Hospital San Vicente, a sabiendas de que existe un alto número de mujeres enfermas de cáncer de mama” **[Ponencia Número 2 - Arauca 27 de enero de 2011].**

En Bogotá, también se establece una demanda sobre el uso del presupuesto, del cual -según una de las ponencias- el 20% debe ser invertido en el programa de promoción y prevención. Sin embargo se afirma que se compraron dos televisores plasma para las salas de espera, además se presenta una inconformidad con la adquisición de las prótesis para rehabilitación y de los audífonos por medio de intermediarios. En la ciudad de Cali, se logra identificar que en varios puestos de salud, incluso de la ciudad de Palmira, se presenta una carencia en sillas de ruedas y camillas, situación que también se presenta en Popayán, de acuerdo a una de las ponencias:

“Una cama hospitalaria para que sea rentable debe garantizar su ocupación permanente. Las camas en el Cauca son insuficientes para la desmedida demanda de las personas con alto riesgo de enfermar como producto de la violencia, la pobreza y los deficientes programas preventivos, que solo pueden garantizar enfermos poli consultantes” **[Ponencia Número 1 - Popayán 14 de julio de 2011].**

En San Andrés, los usuarios han manifestado que es necesario obtener un banco de sangre, puesto que *“hay un alto porcentaje de pacientes de unidad renal y no hay para hacer diálisis en la Isla”* **[Ponencia Número 6 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].**

El tema de control y vigilancia por parte del Estado, hace referencia a la intervención que deben hacer los organismos pertinentes cuando el Sistema de Salud presenta fallas. De acuerdo con la denuncias de los usuarios a nivel

nacional esta intervención no ha sido la más pertinente. En general se solicita la presencia de las autoridades u organizaciones competentes que se encarguen de investigar a los funcionarios de las instituciones debido a las negligencias médicas y los despilfarros de presupuesto. Además las quejas en este caso hacen referencia puntual a la Constitución Política y a la Normatividad Vigente, este tipo de situación se observó principalmente en las ciudades de Ibagué. Arauca, Manizales y Riohacha:

“Hay debilidad en la vigilancia y control por parte de las autoridades competentes del orden Nacional, Departamental y Municipal. El sistema ha creado los organismo de vigilancia, inspección y control, pero en realidad no se ve el trabajo conjunto, ¿dónde está el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INIVIMA, el Instituto Nacional de Salud- INS, las Entidades Territoriales y los Tribunales de Ética Médica y Odontológica, para ayudar y/o defender al usuario?, no solo los Entes Municipales de salvaguarda de los derechos fundamentales como las Personerías Municipales, deben cargar con el trabajo, ya que es imposible dar solución a tal demanda” [Ponencia Número 4 - Ibagué 2 de junio de 2011].

“La atención en la salud en el Departamento de Arauca venía a travesando una crisis grave, extrañamos que Supersalud no hizo presencia dentro de sus competencias como entes de control y vigilancia para que la salud de los araucanos sea eficiente y de calidad como lo manda la constitución política de Colombia (...) Revisamos detenidamente y no encontramos resultados positivos en hacer cumplir las políticas de estados como lo ordena la constitución y las normas” [Ponencia Número 1 - Arauca 27 de enero de 2011].

“Nuestra asociación hace un llamado no solo a los presentes, sino por intermedio de la mesa directiva de este evento, para que se exija al Gobierno Nacional el cuidado que se debe de tener en cuanto a la asistencia en salud de toda la población colombiana, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, ya que

diariamente se escuchan noticias de la desastrosa prestación en servicios de salud en clínicas y hospitales, haciendo caso omiso los entes encargados de controlar toda esta clase de anomalías y no realizando los correctivos necesarios para regular la prestación como tal y a la vez desconociendo casi en su totalidad la obligatoriedad que como ente central le compete” [Ponencia Número 2 - Manizales 24 de septiembre de 2011].

“La segunda propuesta que presento es la de cumplir con la obligación que tienen las entidades a nivel gubernamental que hacen parte el Sistema de Seguridad Social en Salud del Departamento de la Guajira, de exigir garantías para que algunas Empresas Promotoras de Salud presten sus servicios, respondiendo a los principios expuestos en la normatividad vigente, de calidad, integralidad, complementariedad, pertenencia demográfica, eficiencia y sostenibilidad financiera, participación, transparencia y competencia, no es posible que se acepten entidades que no cumplan con sus afiliados, a diario se escucha las dificultades que tienen muchos usuarios porque no se les atiende sus solicitudes porque no hay funcionarios de esas entidades que respondan a las peticiones de los usuarios” [Ponencia Número 1 - Riohacha 8 de febrero de 2012].

Existe además, una serie de quejas y reclamos que tienen que ver especialmente con la atención a los usuarios. En las distintas ciudades en las que se realizó la Consulta Ciudadana, se presentaron inconformidades y se exigió una mejor calidad en la prestación del servicio. Se resalta entonces que la atención debe ser oportuna, que entre los médicos exista una ética profesional y una sinceridad con los pacientes, que la unidad de urgencias sea más efectiva, presente mejores espacios y mayor oportunidad de atención. También se destaca que la hospitalización de los pacientes debe darse en mejores condiciones, así como los tratamientos quirúrgicos y la entrega de medicamentos debe realizarse de manera apropiada; de igual forma se exige que la atención no dependa de la estratificación socioeconómica.

“Son innumerables las quejas de la comunidad Ibaguereña en materia de atención

a los usuarios y en los servicios de salud, que traen como consecuencia el incremento de las Acciones de Tutela, abandono de tratamientos y pérdida de la calidad de la atención, empeorando las condiciones clínicas de los pacientes” [Ponencia Número 4 - Ibagué 2 de junio de 2011].

7.1.2. Medicamentos

En esta categoría se hace referencia al tratamiento farmacológico que deben seguir los usuarios del Sistema de Salud. A pesar de que se le haya asignado un tratamiento o una fórmula médica específica a un paciente, ocurre en varios casos que en el momento de la entrega del medicamento, ésta es inoportuna, incompleta o simplemente no se realiza la entrega.

Para el caso en que los medicamentos no se hayan entregado oportunamente, las demandas de los usuarios se presentan principalmente en las ciudades de Bogotá, Manizales, San Andrés y Pereira. En Bogotá, se expone que dentro del Establecimiento de Sanidad Militar de la Sexta Brigada, el Comité Científico debe encargarse y ser más eficiente en el tiempo de aprobación para un medicamento no POS. En la ciudad de Manizales también se presenta una problemática sobre la cuestión del POS y el NO POS, especialmente en la Nueva EPS:

“En cuanto a la entrega oportuna de medicamentos, tanto POS como los denominados NO POS, se presenta un padecimiento diario en los usuarios que acuden a diferentes farmacias a recibir por milésimas la entrega de los mismos, ya que las farmacias no han podido configurar un stock de medicamentos, desconociendo los de más alta rotación, se presentan inconvenientes desde la generación de la fórmula hasta la dispensación de los medicamentos NO POS. Estos hechos generan una problemática en el control rutinario de las diferentes patologías, no teniendo en cuenta además el tiempo, las dificultades y el factor socio-económico; casos que son conocidos por los entes de control, pero con una respuesta evasiva para buscar soluciones oportunas y adecuadas” [Ponencia

Número 2 - Manizales 24 de septiembre de 2011].

En San Andrés también se presenta la dificultad para la entrega oportuna de medicamentos NO POS, los cuales se pueden demorar hasta 4 meses en ser entregados, sobre todo en el caso de los pacientes hipertensos y con diabetes. Por otro lado, en la ciudad de Pereira está sucediendo que no hay suficiente dotación de medicamentos en algunos puntos (según la ponencia en la sede centro sucede esto con mayor frecuencia), por lo que los pacientes deben esperar varios días o dirigirse a otros puntos de atención.

Así mismo, puede suceder que la entrega de los medicamentos formulados sea incompleta, sin embargo para este caso, sólo se encontraron registros en las ciudades de Manizales y Pereira:

“Yo soy beneficiaria de mi esposo y no me han entregado los medicamentos completos en 6 meses como son el Omeprazol y el Acetaminofén, perjudicando mi salud y vida como persona de la tercera edad” **[Ponencia Número 1 - Manizales 24 de septiembre de 2011].**

En relación a que no se realice la entrega del tratamiento farmacológico, los usuarios han manifestado que algunas veces ellos mismos han tenido que comprar los medicamentos, sobre todo en la ciudad de Arauca. También se notificó en la Consulta Ciudadana realizada en la ciudad de Cartagena que la Nueva EPS ha presentado una serie de problemas y que debido al colapso del Sistema de Salud, los medicamentos no son entregados. Lo mismo ocurre en San Andrés, donde usuarios de CAPRECOM han declarado su inconformidad frente a esta situación, la cual afecta principalmente a las personas de la tercera edad. En el caso de Bogotá, se advierte que la ponencia presentada especifica la situación y revela los responsables directos:

“La no entrega de medicamentos por parte de Operador Logístico Éticos Serrano

Gómez Ltda., está amparada en el contrato No. 086 del 29 de Diciembre de año 2010, el mencionado contrato es una NORMA JURÍDICA DE RANGO INFERIOR A LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA; de allí se pegan los empleados para negarle los medicamentos a los afiliados y beneficiarios de Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, de igual forma la negación de medicamentos por fuerza del Vademécum y los acuerdos por índole presupuestal lo que conlleva a la elaboración de una lista restringida y estricta” [Ponencia Número 1 - Bogotá 4 de diciembre de 2011].

7.1.3. Remisión a medicina especializada

Esta categoría se refiere a los casos en que se presenta la negación o la falta de oportunidad en la prestación del servicio de asignación de citas con médicos especialistas. Dentro de las ponencias obtenidas en las Consultas Ciudadanas, los usuarios han manifestado la debilidad en este aspecto en cuanto a la demora en la remisión de citas con especialistas e incluso la no remisión, lo cual afecta la calidad del servicio y el nivel de vida de los pacientes que necesitan ese beneficio.

En relación a la demora en la remisión con médicos especialistas, se percibe la inconformidad de los usuarios puesto que el acceso a este tipo de citas no es fácil, sino que se trata de un proceso lento e ineficaz. Esta problemática fue expuesta en las ciudades de Arauca, Cali, Riohacha, Pereira y San Andrés.

En Arauca, se solicita que haya más asignación de citas con el geriatra, lo cual indica que la población afectada son las personas de la tercera edad, por otro lado, En la ciudad de Cali y en la ciudad de Palmira, los usuarios manifiestan que existen problemas con CAPRECOM, puesto que cuando se solicita la autorización para las citas médicas con especialistas, la respuesta es que deben volver después de 10 días hábiles, es decir, que las autorizaciones para este servicio no se otorgan inmediatamente. En la ciudad de Riohacha, los usuarios exponen que se debe revisar la forma de operación del Hospital San José de Maicao, puesto

que se han presentado retrasos de hasta 4 meses en las consultas médicas especializadas, en las intervenciones quirúrgicas y en las citas para ginecología, otorrinolaringología, y oftalmología.

En Pereira también se presenta esta inconformidad en los usuarios, quienes han manifestado que tanto en la asignación de citas de medicina general como en la remisión a medicina especializada, existen demoras de hasta 20 y 30 días hábiles para la prestación del servicio. Además se manifiesta que aparte de la demora en la asignación de la citas, existe un inconveniente en cuanto al personal médico, el cual no es permanente:

“Hay cambio constante de especialistas, porque a unos los cambian y hay otros que renuncian debido a las bajas tarifas que les reconoce la Entidad, perjudicando seriamente a los pacientes en la continuidad de sus tratamiento. En algunas especialidades las citas son asignadas varios días después de los que establece los términos de Referencia” **[Ponencia Número 8 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].**

Es importante también señalar que esta problemática puede traer como consecuencia que los usuarios tomen medidas drásticas y hagan uso de figuras jurídicas como la tutela, esto se manifestó especialmente en San Andrés:

“Como usuaria y veedora de la Asociación de Usuarios, tuve que recurrir a la tutela para que me remitieran a la Clínica El Sol, la cual subcontrata todo por lo que hay más demoras para la prestación del servicio” **[Ponencia Número 19 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].**

En cuanto a la no remisión al servicio de medicina especializada, las ponencias presentadas corresponden principalmente a las ciudades de San Andrés y Pereira. Los usuarios del Hospital Amor y Patria que se encuentra ubicado en San Andrés, informan que cuando el Hospital está en paro y hay cese de las actividades, a los

pacientes se les reprograma la cita con especialistas hasta 3 veces, lo cual hace que el paciente dure más de 8 meses sin ser atendido.

Esta situación también está sucediendo en la ciudad de Pereira, donde en las ponencias, los usuarios manifiestan que en el Hospital San Joaquín, existen casos en los que el paciente debe esperar hasta 7 meses para conseguir la cita con un especialista. En general, los usuarios del sistema de salud en Pereira, solicitan respuestas frente a esta problemática:

“Mi pregunta es, ¿Por qué dijeron que van acabar las órdenes con los especialistas? Si cuando vamos al médico, siempre nos devuelven porque las órdenes llegan casi vencidas cuando las autorizan, si es que las autorizan”
[Ponencia Número 4 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].

7.1.4. Barreras de acceso

Con esta categoría se identifican los obstáculos que se presentan para una atención médica, dichos obstáculos obedecen principalmente a ciertas condiciones geográficas y a algunas situaciones administrativas que pueden afectar la prestación del servicio.

Cuando se hace referencia a las condiciones geográficas, se identifica la percepción de la población respecto al desplazamiento que se debe hacer para acceder a la atención médica, esto ocurre principalmente en las zonas rurales, donde no se cuenta con un servicio integral de salud, haciendo que el traslado a cabeceras municipales sea necesario, lo cual implica, en la mayoría de los casos, un esfuerzo económico adicional por parte de los usuarios. Entre las ciudades afectadas por esta problemática se encuentran Ibagué, Manizales, Popayán y Pereira.

En Ibagué, se advierte el descontento frente al manejo del servicio de

oftalmología, puesto que se debe ir a Bogotá o esperar que las fórmulas lleguen desde Bogotá, además se han presentado casos en los que la montura y los lentes no son los adecuados, aumentando así el tiempo de espera. En Manizales, los usuarios afectados con el desplazamiento hacia otras ciudades se encuentran en el Municipio de Villamaría, quienes deben ir a Manizales para autorizar la entrega de sus medicamentos:

“Que a los más de 2.000 afiliados en la EPS SALUDCOOP y en la IPS Pasbisalud de Villamaría, se les continúe entregando los medicamentos en dicho Municipio y no tener que desplazarnos a Manizales a la oficina principal a que la autoricen y después andar 6 o 8 cuadras al sitio Las Palmas para recibirla, teniendo que pagar 2, 3 y hasta 4 transportes, menguándonos mucho nuestra canasta familiar”
[Ponencia Número 1 - Manizales 24 de septiembre de 2011].

En la ciudad de Popayán, ocurre una situación similar puesto que en algunas ocasiones al usuario le toca desplazarse hacia la ciudad de Cali, lo cual afecta sobre todo a la población de ciertos Municipios y Veredas del Departamento del Cauca, esto se encuentra explícito en una de las ponencias:

“En Cali se concentra la oferta y tecnología del Sur Occidente Colombiano, donde también se ofrecen los servicios que existen en Popayán pero a menores costos, razón por la cual muchas de las EPS contratan servicios especializados en Cali, lo que se convierte en otra de las tantas barreras de acceso para los caucanos, al tener que costear transporte, manutención y hotelería. Así los enfermos procedan de las veredas más lejanas del extenso Cauca”
[Ponencia Número 1 - Popayán 14 de julio de 2011].

En Pereira, la situación también se encuentra ligada al tema de las consultas con especialistas, en especial los usuarios que se ven afectados son los enfermos de cáncer, quienes deben desplazarse a otras ciudades como Armenia, Medellín, incluso Cali, para su tratamiento; los cuales además no cuentan con los recursos

económicos y físicos necesarios para ello:

“Merece especial atención las remisiones a Cali de los pacientes que padecen Cáncer y van a Radioterapias, quienes deben permanecer hasta dos meses en este tratamiento lejos de la familia la cual es un fuerte apoyo moral para su recuperación, conociendo que en Pereira hay una empresa “Oncólogos de Occidente” que ofrece este procedimiento pero la IPS Cosmitet alega dificultades contractuales con esta entidad. No hay derecho que los pacientes sean sometidos a este ostracismo, lejos de su familia” [Ponencia Número 8 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].

También se presentan algunas situaciones administrativas que dificultan el acceso al servicio de salud, en las cuales los usuarios han expresado en las Consultas Ciudadanas su inconformidad con la manera en que son tratados por el personal médico y administrativo de las distintas instituciones a nivel nacional, especialmente en las ciudades de Bogotá e Ibagué.

“De igual forma que los oficiales, suboficiales, soldados, civiles, médicos generales y especialistas, enfermeras Jefes, Auxiliares de Enfermería; borren de su léxico la palabra “LE VOY HACER EL FAVOR”, pues la salud es un derecho Fundamental y un deber de los funcionarios para prestar el servicio de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, más no un favor del cual debemos estar enteramente agradecidos” [Ponencia Número 1 - Bogotá 4 de diciembre de 2011].

“Algunas EPS, limitan el acceso porque niegan servicios sin explicación, presentan fallas en la identificación de los usuarios, interpretan de manera amañada la norma, contratan una red insuficiente, hay un recorte y ambigüedad en los planes de beneficio, excesos de trámites administrativos y no hay libertad de escogencia. Algunas IPS limitan el acceso por insuficiencia en los servicios de urgencias, pobre oferta de especialistas, baja capacidad resolutive del primer nivel y recurso

humano insuficiente” [Ponencia Número 4 - Ibagué 2 de junio de 2011].

7.1.5. Autorización de procedimientos

En esta categoría, se encuentran las ponencias que presentan quejas respecto al retardo en las autorizaciones en los procesos médicos, al igual que las quejas respecto a la negación de dichas autorizaciones.

Los usuarios perciben entonces que el retardo de las autorizaciones se debe en una parte a la disminución en los tiempos de consulta, lo cual significa que la atención al paciente es inoportuna, puesto que al demorarse 15 días hábiles (como es el caso de Arauca e Ibagué) se pierde mucho tiempo para empezar el tratamiento o el procedimiento necesario.

Se encuentra además que a los usuarios se les ha estado negando la autorización de determinados procedimientos, es el caso de la ciudad de Arauca, donde los pacientes se quejan de que a pesar de hacer los trámites necesarios no se les realiza los exámenes médicos, además se presenta una situación particular en la que *“debido a la no cancelación de prestación de servicios, no están atendiendo a los enfermos de cáncer” [Ponencia Número 1 - Arauca 27 de enero de 2011].*

En las ciudades de Bogotá, Manizales y Pereira también se presentan quejas respecto al no cumplimiento de los procedimientos necesarios, es decir, que en las Instituciones se le está negando al paciente la posibilidad de realizar el tratamiento prescrito por el médico tratante, sobre todo en los casos de necesitar cirugía:

“Tengo un hijo de 18 meses de edad a la actualidad, programado para una operación, que debía realizarse al año y no ha sido posible ni con tutela radicado # 17001 40 71 002 2010 00041 00 con fecha 17 de mayo 2011 que salió a favor el día 25 de mayo de 2011 con sentencia número 44 se instauró incidente de desacato a acción de tutela el 1 de Julio de 2011 donde se le ordena a

SALUDCOOP EPS darle cumplimiento al fallo de tutela y hasta la fecha no ha sido posible, corriendo mi hijo el riesgo de morir o quedar en condiciones inhumanas, por no hacer la operación, violando la Ley y la dignidad de mi hijo a sabiendas que los menores tiene prioridad en estos casos” [Ponencia Número 1 - Manizales 24 de septiembre de 2011].

7.1.6. Problemas de presupuesto

Dentro de las ponencias registradas en el marco de las Consultas Ciudadanas, se percibieron además ciertas inconformidades de los usuarios respecto a los problemas con el presupuesto que se han presentado dentro de las Instituciones. En esta categoría se consignan las percepciones de los usuarios respecto a temas como mala utilización del dinero para la compra de equipos o para mejorar la infraestructura, la incorrecta gestión por parte de los directivos de algunas entidades, al igual que el estado de endeudamiento que afecta la prestación del servicio.

Respecto a la falta de inversión en equipos e infraestructura, los usuarios denuncian que los recursos asignados para dicha inversión no están siendo utilizados para ello, además de que los equipos que ya están en inventario no son utilizados o reciclados adecuadamente. Por otro lado se puede inferir que los usuarios tienen la capacidad para averiguar la cantidad de los presupuestos asignados, puesto que en sus reclamos queda señalada la cuantía precisa de los presupuestos; esto denota, de alguna manera, la apropiación que hace el usuario sobre su Sistema de Salud y sobre la entidad que le presta el servicio.

“En la actual vigencia por decisión del señor interventor se están dejando de ejecutar una suma de dinero que supera los 14.000 mil millones de pesos para comprar equipos para los Hospitales” [Ponencia Número 2 - Arauca 27 de enero de 2011].

“Esta Alcaldía visitó a la Supersalud, y hablaron lo del Hospital del Posón que no se ha podido terminar su infraestructura, lo mismo pasa con el Hospital Canapote y el Hospital de San Fernando necesita 1.200 millones para terminar su infraestructura y 2.800 millones para dotarlo y ya dichos Hospitales fueron inaugurados, sin haber terminado su infraestructura y dotarlo completamente” **[Ponencia Número 1 - Cartagena 10 de mayo de 2012].**

En relación al tema de la deficiente gestión administrativa que caracteriza ciertas instituciones, se identifica que en la ciudad de Arauca, la intervención de Supersalud ha sido percibida por los usuarios como deficiente, debido principalmente a la corrupción del agente interventor:

“La intervención en 28 meses, ha manejado más de 300.000 mil millones de pesos y el sistema de salud en el Departamento colapsó por la mala gestión, conllevando a su empeoramiento (...) Esta situación irregular se convirtió en un fortín llamativo para la Supersalud y su agente interventor, pues utilizan sus cargos políticos para llenarse los bolsillos de dinero a costa de la salud de nosotros los araucanos, más no favorecen a las comunidades más vulneradas como lo establece la ley, por esta razón señor Vicepresidente con el mayor respeto le solicito no remitir este documento a al Supersalud, porque este ente a su vez lo remite a la UAESA, para que subsanen las irregularidades hechas por el agente interventor, de las cuales hace parte la Supersalud, dado que se encuentra lejos de cumplir con su función de Ente de Vigilancia, por el contrario, ha demostrado que protege a su designado ante las atrocidades que está cometiendo el agente interventor” **[Ponencia Número 2 - Arauca 27 de enero de 2011].**

En la ciudad de Ibagué, también se presentan reclamos por la problemática del flujo de recursos y de corrupción a nivel de la Red Hospitalaria del Tolima:

“Sumados a los escándalos de los actos de corrupción desmedidos que ya se han pronunciado, como los sobrecostos en los medicamentos Ejemplo: acetaminofén,

ibuprofeno a más de 400%, negación de servicios, paseos de la muerte, falsas tutelas, manipulación a la base de datos I.P.S de papel o de garaje, inversión de los recursos de la salud en equipos de futbol, cachas de golf, hoteles e intermediación onerosa de los servicios, relaciones laborales entre otros, cometido a través de repugnantes hechos delictivos de las E.P.S., a quienes el ejecutivo y legislativo entregaron la administración de los recursos de la salud y gran parte de la prestación de estos servicios, en detrimento de la red pública hospitalaria y de los ciudadanos por ello utilizaron el cabildeo hasta eliminar a los reguladores de precios como lo eran las cajas de previsión social y el ISS, según las investigaciones y las capturas, los repudiables actos contra los recursos de la salud, fueron ejecutados en conveniencia con funcionarios públicos y no resistieron los debates de la corrupción” [Ponencia Número 3 - Ibagué 2 de junio de 2011].

En San Andrés, se percibe que el principal inconveniente, que además ha imposibilitado una buena gestión es el problema del flujo de recursos, lo cual afecta directamente el manejo administrativo de la entidad que presta el servicio:

“La situación de la salud es un problema de la Administración del Archipiélago de San Andrés. Se han hablado con tres directores de CAPRECOM y no ha sido posible lograr algunos acuerdos. Uno de los problemas del hospital es el flujo de recursos y la prestación del servicio en salud” [Ponencia Número 1 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].

En los registros se percibe también que existe un evidente colapso en el Sistema de Salud, lo cual ha generado una crisis económica en varias de las instituciones que prestan los servicios de salud, principalmente en las ciudades de Arauca, Cali, Manizales y San Andrés, lo anterior se comprueba en los estados de endeudamiento que tienen dichas instituciones, que afectan la calidad en el servicio y el cumplimiento de las normas, principios y objetivos establecidos por el mismo Sistema de Salud, perjudicando tanto a los pacientes como a los mismos

trabajadores de esas instituciones.

“En la actualidad la UAESA, le adeuda al Hospital San Vicente más de 4.000 mil millones de pesos y al Hospital del Sarade más de 2.000 mil millones de pesos”
[Ponencia Número 2 - Arauca 27 de enero de 2011].

“El Hospital San Vicente le adeuda a Rayos X trescientos cincuenta millones de pesos (\$350.000.000), a la empresa que suministra alimentos hospitalarios le adeuda doscientos noventa millones ciento cincuenta y seis setecientos cuatro (\$290.156.704), al Dr. Hermes, Patólogo se le adeuda doce millones de pesos (\$12.000.000). La suma total a estas entidades es de SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS (\$652.156.704) y sumando la nómina del personal de planta de los empleados y trabajadores, ¿a cuánto sube la deuda del personal de planta de salarios más el personal de cooperativa, médicos especialistas, enfermeras auxiliares, instrumentadoras, personal de cooperativa, de aseo y de vigilancia?”
[Ponencia Número 2 - Cali, Palmira 10 de marzo de 2011].

“Se encontró una serie de personal médico comprometido, a los que se les debe más de 5 meses de salario. CAPRECOM tiene insolvencia económica, le debe a todos los hospitales públicos del país, una deuda de 5 billones de pesos”
[Ponencia Número 12 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].

7.1.7. Otras inconformidades

En esta categoría se agrupan las quejas de los usuarios que hacen alusión a las problemáticas de tipo social. Es decir, en este punto se identifican ciertos comportamientos de las personas que forman parte del Sistema de Salud y se trata de descubrir lo que está sucediendo con las asociaciones de usuarios, con el personal que trabaja en las entidades, con el tema de la captura política de algunas entidades y cómo se percibe la vigilancia por parte de las distintas

veedurías.

Según el Decreto 1757 de 1994, “por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud”, las asociaciones de usuarios se pueden entender como 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 usuario². Sin embargo, de acuerdo con algunas ponencias, muchas veces estas asociaciones no son bien percibidas entre de la comunidad en general, ni entre los representantes administrativos de algunas instituciones de salud, lo cual queda registrado como una queja en la ciudad de Cali, específicamente en Palmira: “*se viene arremetiendo contra el representante de los usuarios ante la Junta Directiva del Hospital San Vicente De Paul*” **[Ponencia Número 2 - Cali, Palmira, 10 de marzo de 2011]**.

En Riohacha, los usuarios manifestaron la necesidad de un apoyo económico para las personas que hacen parte de dichas asociaciones, además de resaltar la importancia de las asociaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

“Quiero manifestar, el gran esfuerzo que realizamos como Alianzas de Usuarios, para efectuar nuestra labor y cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 1757 de 1994, todos conocen que las personas que hacen parte de estas, somos personas que no contamos con los recursos económicos para desplazarnos de un lugar a otro, sacar una copia o hacer las tareas programadas, propongo que desde el Nivel Nacional se proponga, aprovechando que se viene estudiando y planteando la política de Participación Social, que recibamos un subsidio para poder llevar a cabo bien nuestras funciones. Considérese que el trabajo que

² Decreto 1757 de 1994, Capítulo IV: Participación en las Instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud. Versión virtual disponible en Sitio Web Oficial de la Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>.

realizamos también es para el Estado y todas las entidades que tienen que ver con la Participación Social, sin los insumos que aportamos como líderes no es posible que se realicen los planes, programas y proyectos institucionales dirigidos a la comunidad tanto del sector público como del privado” [Ponencia Número 1 - Riohacha 8 de febrero de 2012].

En referencia a los reclamos de los usuarios respecto a los funcionarios de las instituciones que prestan el servicio, se destaca la falta de compromiso social, que incluso se encuentran médicos que ofrecen sus servicios como especialistas, pero que no lo son; el cambio constante del personal tanto médico como administrativo, y la inoportuna atención al usuario.

“Emdisalud presta el servicio pero los profesionales médicos no dan un buen diagnóstico. Es necesario un buen personal para la atención al usuario y que las prestadoras de salud tengan funcionarios con compromiso social en salud” [Ponencia Número 15 - Cartagena 10 de mayo de 2012].

“La Clínica el Sol tiene contrataciones raras, todo lo subcontrata y engañan con profesionales especialistas que no tienen dicho título con dicha especialidad” [Ponencia número 19 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].

“Sobre las oficinas de atención al usuario: primero, no las conocemos y segundo, son manejadas por funcionarios de la misma Entidad (sería bueno que los funcionarios fueran ajenos a dicha Entidad)” [Ponencia Número 14 - Pereira 18 y 19 de Abril de 2012].

En las ponencias se establecen además algunos casos donde se muestra que al interior de las entidades que prestan el servicio de salud, se mueven ciertos intereses políticos que conllevan al mal funcionamiento de los mismos funcionarios, razón por la cual el Sistema de salud colapsa y se presentan las irregularidades e inconformismos:

“Con el sindicato del Hospital San Vicente de Paul se ha hecho un sondeo con trabajadores y empleados y ellos están de acuerdo que el Hospital sea entregado al Departamento para acabar los intereses politiqueros” [Ponencia Número 3 - Cali, Palmira 10 de marzo de 2011].

“Hay mucha corrupción en salud, hay algunas EPS que informan en papeles a 30.000 afiliados y en realidad son 10.000 afiliados. Por ejemplo Coomeva tiene 182 personas fallecidas y está cobrando servicios por estas personas fallecidas desde el año 2004” [Ponencia número 13 - Cartagena 10 de mayo de 2012].

“Sería interesante la presencia del Superintendente Nacional de Salud, El caos del Hospital Amor y Patria no tiene ni pies ni cabeza, se debe definir cuál es el compromiso de CAPRECOM, ya que se comprometió a dotar el Hospital de especialistas, equipos y pagar oportunamente a su personal, pero en este momento nada de eso se ha cumplido. Se debe definir quién es CAPRECOM y para qué sirve, porque no sirve y no presta oportunamente los servicios en salud” [Ponencia Número 9 - San Andrés 21, 22 y 23 de marzo de 2012].

De igual forma, se encuentra la percepción de que las veedurías deben ejercer un mayor control sobre el servicio médico, sin embargo, esto no ha sido posible porque las instituciones que prestan el servicio no se han prestado para ello, además se percibe en algunos casos que la labor de algunas veedurías no ha sido del todo óptima:

“Deben de reunir a los veedores, porque la Secretaría nos da los talleres para capacitar a la gente y eso yo no lo estoy viendo, nosotros debemos darle a la comunidad las capacitaciones en promoción y prevención, sobre el SISBEN y sobre el régimen subsidiado” [Ponencia Número 11 - Pereira 18 y 19 de abril de 2012].

A pesar que el número de ponencias escritas no fue similar en las diez ciudades, es llamativo que independiente del numero de ponencias en cada lugar en ellas se abordaron varios temas como se observa en Arauca, en donde presentando dos ponencias escritas se hizo referencia a ocho temáticas relacionadas con la deficiencia en prestación de los servicios de salud en el departamento (Tabla 5). En contraste el comportamiento de las demandas comunitarias en Cartagena, San Andrés y Pereira lugares donde se registro el mayor numero de ponencias escritas (15, 14 y 11 respectivamente), las inconformidades presentadas son menores que lo observado en Arauca (6, 4 y 3 respectivamente).

**Tabla 5. Demandas presentadas por la comunidad según ente territorial
Consultas Ciudadanas Colombia, 2011-2012**

Ciudades	OPORTUNIDAD				Medicamentos	Remision Especialista	BARRERAS DE ACCESO		Autorizaciones	Gestion Deficiente	Numero de ponencias escritas
	Talento Humano	Citas medicas	Insumos	IVC			Geograficas	Administrativas			
Arauca	SI	SI	SI	SI	SI	SI			SI	SI	2
Bogota		SI	SI		SI			SI	SI		4
Cali		SI	SI			SI				SI	3
Cartagena		SI			SI					SI	11
Ibague	SI	SI		SI			SI	SI	SI	SI	4
Manizales				SI	SI		SI		SI	SI	3
Pereira	SI	SI			SI	SI	SI		SI		15
Popayan			SI				SI				1
San Andres			SI		SI	SI				SI	14
Riohacha				SI		SI					1

Los temas planteados con mayor frecuencia en las demandas escritas en las Consultas Ciudadanas durante el periodo 2011-2012 fueron en su orden: la gestión deficiente de los entes territoriales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, la falta de oportunidad y disponibilidad de citas para medicina general y las problemáticas relacionadas con entrega y disponibilidad de medicamentos;

seguido en su orden por falta de insumos para procedimientos quirúrgicos y negación y demora en la remisión a especialistas.

Es interesante que la comunidad este haciendo el requerimiento para que las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales ejerzan su rol en la inspección, vigilancia y control como se evidencio en Arauca, Ibagué, Manizales y Riohacha.

Así mismo, es llamativo que Cartagena y San Andrés donde se tuvo un mayor número de ponencias escritas las inconformidades fueron reiterativos en la gestión deficiente de las instituciones que conforman el SGSSS, disponibilidad de citas medicas, insumos y medicamentos. Lo anterior, contrasta con las demandas de la comunidad en Arauca que aun registrando solo dos ponencias en los documentos se plantean todas las problemáticas categorizadas para el estudio, exceptuando explícitamente el tema de barreras de acceso. Sin embargo, al plantearse situaciones referidas a la inoportuna remisión a especialistas y problema en las autorizaciones es necesario recordar que esas situaciones se relacionan con limitación al acceso oportuno a los servicios de salud.

7.2. Análisis descriptivo de las respuestas otorgadas por la Superintendencia nacional de salud

Las respuestas del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas de los usuarios en las Consultas Ciudadanas están relacionadas con el actuar de la Superintendencia Nacional de Salud como ente máximo de control, y se expresan mediante el requerimiento que la SNS hace a la entidad territorial, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio o al actor respectivo del sistema, con el fin de identificar los compromisos pertinentes que deben asumir esos actores para dar solución a las problemáticas establecidas en las Consultas Ciudadanas.

La revisión documental permitió identificar 65 respuestas a las 58 demandas escritas interpuestas por la comunidad en las diez Consultas Ciudadanas objeto de estudio (tabla 6). No se encontró respuesta a las cuatro demandas elevadas en la Consulta Ciudadana realizada en el 2011 en Cali y Popayán. Un número superior de respuestas con relación a las demandas en orden de frecuencia se observa en San Andrés, Pereira, Cartagena e Ibagué, ello se explica porque las problemáticas planteadas se relacionaron con más de un actor del SGSSS. El caso contrario se observó en Manizales que ante tres demandas se emitieron dos respuestas de la SNS.

Tabla 6. Respuestas de la Superintendencia Nacional de Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas Colombia 2011 – 2012

Año	Ciudad	Respuestas	Demandas comunitaria
2011	Arauca	2	2
	Bogotá	4	4
	Cali - Palmira		3
	Ibagué	5	4
	Manizales	2	3
	Popayán		1
2012	Cartagena	13	11
	Pereira	19	15
	Riohacha	1	1
	San Andrés	19	14
Total		65	58

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Cálculos del autor

El análisis preliminar de las respuestas permitió identificar de igual forma, las siguientes categorías de contenido:

- **Mención de la Normatividad Legal Vigente:** dentro de la respuesta se hace alusión a la normatividad que actualmente rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Requerimiento a la Entidad Correspondiente: en la respuesta se solicita a la Entidad indicada la construcción de ciertos compromisos y el cumplimiento de los mismos.
- Tiempo de Respuesta dado al Vigilado: respuesta referida principalmente a 5 días hábiles.
- Correspondencia del Caso a otra Entidad: cuando el caso presentado en las demandas no le compete a la Superintendencia.
- Información sobre el Estado de la Demanda: Se le informa al demandante el proceso que se ha seguido para dar respuesta a sus peticiones.

Sin embargo, es pertinente resaltar que luego de la revisión y análisis de las respuestas otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de su contrastación con las demandas de los ciudadanos en las Consultas Ciudadanas objeto de estudio, se pudo determinar que *las respuestas no correspondían necesariamente con las ponencias*, es decir, que dentro de la documentación del proceso se percibe una debilidad en cuanto a la concordancia de las respuestas con las ponencias.

A continuación se hace presente la descripción de cada respuesta de acuerdo a la ciudad, identificando los compromisos y los actores pertinentes que deben asumir esos compromisos relacionados de manera directa como su función dentro del SGSSS.

7.2.1. Arauca

En las demandas de los usuarios se hace referencia concreta al Hospital San Vicente y a la Unidad Administrativa Especial de Salud (UAESA), las cuales en el año 2011 participan dentro del proceso de intervención comandado por la Superintendencia. Las demandas las presentaba la presidenta de la Asociación de Usuarios.

La Superintendencia en el transcurso del 2011, emite dos respuestas, en la primera se hace un *Requerimiento a la Entidad Correspondiente*, en este caso a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca (UAESA), la cual dentro del proceso de intervención debe remitir un informe sobre las actuaciones adelantadas:

“Sobre el particular le relaciono que se procedió requerir a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca de remitir un informe completo sobre las actuaciones adelantadas por esa Entidad, acciones de Inspección, vigilancia y control a las EPS para garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad y oportunidad, auditoria y mecanismo de escogencia del nuevo Director del Hospital San Vicente de Arauca” [Respuesta Número 1 - Arauca 18 de agosto de 2011].

En la segunda respuesta emitida por la Superintendencia se hace *Mención de la Normatividad Legal Vigente*, puesto que la UAESA como agente interventor debe cumplir con ciertas funciones, lo cual de acuerdo a las demandas extraídas en las Consultas Ciudadanas no se está cumpliendo:

“Por lo anterior la Delegada Para Medidas Especiales, en cumplimiento de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, da traslado de la comunicación, con el fin de que dé respuesta a cada una de las inquietudes presentadas por la, presidenta asociación de usuarios Hospital San Vicente de Arauca con copia a esta Superintendencia.

Es de precisar que el agente Interventor designado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe cumplir las funciones establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en el Decreto 2555 del 2010 y en las demás normas concordantes frente a lo cual esta entidad de Inspección, Vigilancia y Control, efectúa el respectivo seguimiento” [Respuesta Número 2 - Arauca 24 de noviembre de 2011].

7.2.2. Bogotá

En las respuestas presentadas por la Superintendencia a las demandas hechas en la ciudad de Bogotá sobre el Establecimiento de Sanidad Militar de la Sexta Brigada, se encuentra que se hace el debido *Requerimiento a las Entidades Correspondientes*, como a la Dirección de Sanidad de la Policía.

En la respuesta número 1, se indica que debido a la solitud de una intervención por presuntas irregularidades en la prestación de servicios, la Dirección de Sanidad de la Policía, fue notificada al respecto, sin embargo, no se encontró que esa Entidad incumpliera con lo expuesto en las demandas:

“Como resultado, la Dirección de Sanidad de la Policía, mediante comunicación radicada con el NURC 1-2010-112353 del 27 de diciembre de 2010 envió copia de la respuesta dada a su petición, en la cual se hacen algunas precisiones y aclaraciones respecto a cada punto planteado en el tema de prestación de servicios, en los que se evidencia el cumplimiento de la entidad sobre el particular; se adjunta copia en seis (6) folios” **[Respuesta Número 1 - Bogotá 21 de enero de 2011]**.

Además, se observa que en algunas de las respuestas otorgadas por la Superintendencia para esta ciudad, se precisa que algunas de las demandas realizadas por la población no le competen a esta Entidad, es decir, que se sugiere la *Correspondencia del Caso a otra Entidad*; lo cual queda soportado al hacer *Mención de la Normatividad Legal Vigente*:

“La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la competencia atribuida por la Ley 100 de 1993, la Resolución 083 de 2005, la Ley 1122 de 2007 y en especial las conferidas por el Decreto 1018 de 2007, ha fijado su proceso de atención de peticiones o reclamos presentados por usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud contra las entidades supervisadas por ésta. Esta

entidad como máximo organismo de inspección, vigilancia y control del sistema tiene como misión "proteger los derechos de los usuarios en salud; particularmente la Delegada de Protección al Usuario y Participación Ciudadana, en ejercicio de las funciones asignadas mediante el artículo 20 del Decreto 1018 de 2007 debe "Registrar, evaluar, tramitar y direccionar las peticiones ciudadanas (reclamos, quejas, manifestaciones, consultas e información), encauzándolas hacia las dependencias correspondientes y comunicar al peticionario sobre las gestiones que adelante la entidad y su resultado". En virtud de lo anterior le informo que esta Superintendencia no tiene competencias para intervenir en estas elecciones toda vez que se rigen por Estatutos dictados por el CSSMP y su manejo es interno" **[Respuesta Número 3 - Bogotá 14 de junio de 2011].**

"Ahora bien, en cuanto a lo manifestado en el punto G) de la comunicación, respecto al despilfarro en el pago por concepto de arrendamientos, es conveniente poner en conocimiento del órgano competente que vigila las actuaciones de los miembros de la Policía Nacional tal situación, por cuanto el asunto escapa a las competencias de Inspección, Vigilancia y Control de esta Superintendencia" **[Respuesta Número 1 - Bogotá 21 de enero de 2011].**

En la respuesta número 2, que está dirigida a la Asociación Nacional de Veteranos de la Fuerza Pública, se otorga *Información sobre el Estado de la Demanda*:

"En respuesta a la petición radicada en la Superintendencia Nacional de Salud, bajo el número único de radicación de correspondencia 1-2010-078328 el día 01/09/2010, en la cual los miembros de la Asociación Nacional de Veteranos de la Fuerza Pública, Seccional Tolima, informa la presunta deficiencia en la prestación de los servicios de salud por parte de la Policía Nacional, relacionadas con la asignación de citas (Medicina General y Especializada), entrega de medicamentos, servicio de laboratorio clínico y la no contratación de personal médico, al respecto, le informo que una vez evaluada la petición se procedió a dar traslado a la Delegada para la Atención en Salud, de esta Superintendencia, por tratarse de un

asunto de su competencia de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes”
[Respuesta Número 2 - Bogotá 9 de septiembre de 2011].

7.2.3. Ibagué

En esta ciudad se encuentran tres respuestas que hacen referencia a una misma ponencia, la cual fue presentada por el Promotor de la Asociación de Usuarios de la Clínica Tolima; en dichas respuestas se hace el *Requerimiento a la Entidad Correspondiente* para que dé respuesta a las demandas de la Población, específicamente esto se le solicita a la Secretaría de Salud Municipal, donde también se hace *Mención de la Normatividad Legal Vigente*, además se establece *Tiempo de Respuesta dado al Vigilado* de 10 días hábiles:

“La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la competencia atribuida por la Ley 100 de 1993, la Resolución 083 de 2005, la Ley 1122 de 2007 y en especial las conferidas por el Decreto 1018 de 2007, ha fijado su proceso de atención de peticiones o reclamos presentados por usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Respecto al caso planteado de presuntas irregularidades en la necesidad de contar de manera efectiva con la atención oportuna y adecuada para las urgencias, en cualquiera de las instituciones que prestan servicios de salud, resulta pertinente precisar que usted responda por escrito a ésta Delegada y con copia al señor promotor de la Asociación de Usuarios de la Clínica Tolima a la dirección (...); esa respuesta debe darse en forma clara, completa, precisa y con la aclaración de cada uno de los puntos señalados en el escrito, incluyendo los fundamentos jurídicos que sustenten la respuesta, si a ello hubiere lugar.

Por lo tanto, le solicitamos allegarnos respuesta en un término máximo de diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación” [Respuesta Número 1 y 3 - Ibagué 24 de agosto de 2011].

De igual forma se expide una respuesta al señor promotor de la Asociación de Usuarios de la Clínica Tolima, en la cual se le otorga *Información sobre el estado de la demanda:*

“Respecto al caso planteado por usted, resulta pertinente precisar que este Ente de control requirió a las Secretarías de Salud Departamental y Municipal con el fin de que la misma responda por escrito; esa respuesta debe darse en forma clara, completa, precisa y con la aclaración de cada uno de los puntos señalados en su escrito, incluyendo los fundamentos jurídicos que sustenten la respuesta, si a ello hubiere lugar.

Por lo tanto, considera este Despacho que han sido aclaradas sus preguntas, sin embargo, si usted presenta alguna objeción al respecto, le solicitamos hacerla llegar en un término máximo de diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, de lo contrario, se procederá con el archivo de su requerimiento”. [Respuesta Número 2 - Ibagué 24 de agosto de 2011].

Por otro lado, dentro de las respuestas para esta ciudad, sucede que para una demanda la *Correspondencia del Caso* se debe remitir a otra Entidad:

“Respecto al caso planteado por usted, resulta pertinente precisar que el Órgano encargado de la legislatura en el país es el Congreso de la República, es por ello que la invito de una forma muy respetuosa para que presente su propuesta por escrito de una forma clara, completa, precisa y con la aclaración de cada uno de los puntos señalados en su escrito, incluyendo los fundamentos jurídicos que sustenten las preguntas, si a ello hubiere lugar a dicho Ente” [Respuesta Número 4 - Ibagué 24 de agosto de 2011].

7.2.4. Manizales

Las respuestas que se registraron en esta ciudad corresponden a las demandas realizadas por una usuaria de la tercera edad, quien reclama la entrega incompleta de sus medicamentos. En la primera respuesta se hace *Mención de la Normatividad Legal Vigente*, al igual que se presenta el *Requerimiento a la Entidad Correspondiente*, que para este caso se trata de la EPS Saludcoop, la cual tiene como *Tiempo de Respuesta* un máximo de 5 días hábiles:

“Al respecto me permito comunicarle que la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones legales, mediante acta No. 297 ha trasladado el escrito con la instrucción institucional de que atienda la petición con aplicación de las normas y principios que regulan el Sistema de Seguridad Social en Salud y en especial las que regulan la protección al usuario del sistema.

De igual manera se ha requerido a EPS SALUDCOOP para que de manera inmediata y, en todo caso, en un término que no puede exceder de 5 días a partir del recibo del requerimiento, de respuesta de fondo, en forma clara, precisa y congruente a cada uno de los puntos allí contenidos, remitiendo en el mismo término, copia de la respuesta debidamente soportada con las explicaciones respectivas a este ente de control” [Respuesta Número 1 - Manizales 7 de diciembre de 2011].

Además se encuentra en los registros que la Superintendencia le otorga respuesta a la usuaria, en la que se le *Informa sobre el Estado de la Demanda*:

“De igual manera se ha requerido a EPS SALUDCOOP para que de manera inmediata y, en todo caso, en un término que no puede exceder de 5 días a partir del recibo del requerimiento, de respuesta de fondo, en forma clara, precisa y congruente a cada uno de los puntos allí contenidos, remitiendo en el mismo

término, copia de la respuesta debidamente soportada con las explicaciones respectivas a este ente de control.

Una vez se reciba la respuesta de EPS SALUDCOOP, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la evaluación correspondiente y le informará sobre las eventuales actuaciones administrativas que al respecto se adelanten” **[Respuesta Número 2 - Manizales 7 de diciembre de 2011].**

7.2.5. Cartagena

En la ciudad de Cartagena las respuestas emitidas por la Superintendencia se relacionan con las categorías de *Requerimiento a la Entidad Correspondiente e Información sobre el Estado de la Demanda*. En el primer caso se identifica que las entidades que deben rendir explicaciones sobre las inconformidades presentadas por los usuarios corresponden a la Nueva EPS, CAPRECOM EPS, Emdisalud EPS y Coomeva EPS, es importante señalar que además de la respuesta que se le hace al ciudadano y a la misma entidad correspondiente, la Superintendencia estipula un *Tiempo de Respuesta* determinado:

“En cumplimiento a la Circular Externa 047 de 2007, ésta Delegada procedió a trasladar su petición a la NUEVA EPS, para que, de manera inmediata y, en todo caso dentro de los plazos establecidos por la ley, de respuesta de fondo, en forma clara, precisa y congruente a cada uno de los puntos allí contenidos, remitiendo en el mismo término copia de la respuesta debidamente soportada con las explicaciones respectivas a este ente de control” **[Respuesta Número 1 - Cartagena 2012].**

“De esta forma, me refiero a la ponencia expuesta en la Consulta Ciudadana realizada en la ciudad de Cartagena el día 10 de mayo de 2012, por la Presidenta de la Asociación Departamental de Pensionados del Seguro Social, mediante la cual informa la falta de oportunidad en el suministro de medicamentos que

requieren los pacientes de la Asociación que representa, cuyos servicios de salud son prestados por la NUEVA EPS.

Por lo anterior le solicito rendir explicaciones en un término no superior a diez (10) días, e informe lo que se indicará a continuación: Si existe oportunidad en la entrega de medicamentos a los usuarios de la Asociación Departamental de Pensionados del Seguro Social, con el fin de establecer la calidad de servicios de salud que se están prestando; por consiguiente, enviar un informe” [Respuesta Número 2 - Cartagena 2012].

En relación al segundo caso, un número importante de las respuestas (seis de trece) hace referencia a una solicitud para ampliar información, es decir, que se le comunica al ciudadano que la información registrada en su ponencia no es suficiente para que la Superintendencia tome las medidas necesarias para dar solución a los problemas planteados, por lo tanto, dentro de la respuesta se hace un requerimiento para que dicha información sea profundizada; lo cual se hace con *Mención de la Normatividad Legal Vigente*:

“Al respecto este Despacho encuentra que la información proporcionada en su petición no es suficiente para poder iniciar las actuaciones pertinentes al caso. Por lo tanto, le solicito se sirva especificar los nombres de los usuarios afectados, el servicio con el que presentan inconvenientes, EPS a la cual están afiliados, así como números de identificación y dirección física para el envío de correspondencia, en cumplimiento de lo señalado en el artículo 12, del Código Contencioso Administrativo.

De conformidad con el artículo 17 del Nuevo Código Contencioso Administrativo, si dentro de un (01) mes siguiente al recibo de esta comunicación, usted no allega los datos solicitados, éste despacho considerará que usted ha desistido de su traslado y por lo tanto procederá al archivo definitivo del respectivo expediente” [Respuestas Número 3, 4, 5, 6, 10 y 12 - Cartagena 2012].

7.2.6. Pereira

Dos de las respuestas emitidas en esta ciudad hacen *Mención de la Normatividad Legal Vigente*, en las cuales se explica a partir de los cánones normativos algunos temas sobre el acceso al SISBEN y sobre las Oficinas de Atención a los Usuarios.

“La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la competencia atribuida por Ley 100 de 1993, Resolución 083 de 2005, Ley 1122 de 2007 y en especial las conferidas por el Decreto 1018 de 2007, ha fijado su proceso de atención de peticiones o reclamos presentados por usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud contra las entidades supervisadas por ésta.

Y dando alcance a su ponencia expuesta ante la Superintendencia Nacional de Salud en la Consulta Ciudadana realizada en la Ciudad de Pereira (Risaralda) el día 18 de abril de 2012, mediante la cual manifestó su inconformidad con la calificación que otorga el acceso a los beneficios del SISBEN, dejando por fuera a muchos usuarios, según lo expresado por usted. Me permito informar que los factores para clasificar a una persona en el SISBEN, se encuentran expresamente determinados en la encuesta, diseñada por el Departamento Nacional de Planeación DNP. La encuesta debe ser aplicada por cada Municipio o Distrito, en la misma forma a todos los hogares, quienes de manera voluntaria la responden y al final ratifican con la firma que los datos consignados en ella son veraces”
[Respuesta Número 1 - Pereira 2012].

“Dando alcance a su ponencia expuesta ante la Superintendencia Nacional de salud en la Consulta Ciudadana realizada en la Ciudad de Pereira (Risaralda) el día 18 de abril de 2012, mediante la cual pone de manifiesto su inconformidad con los servicios que prestan las Oficinas de Atención a los Usuarios, debido a que no existe información sobre el sitio en el cual se encuentran ubicadas, lo que genera que no haya atención a los usuarios.

Respecto al caso planteado por usted, me permito informar lo establecido por la Circular Externa 047 de 2007 en cuanto a las Oficinas de Atención al Usuario: Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana...El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde con las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas” [Respuesta Número 12 - Pereira 2012].

También se puede identificar dentro de las respuestas que la Superintendencia hace el *Requerimiento a la Entidad Correspondiente*, en esta ciudad específicamente se trasladan varias de las peticiones a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda y en un caso el traslado se realiza a la EPS Cafesalud.

“Dando alcance a su ponencia expuesta ante la Superintendencia Nacional de Salud en la Consulta Ciudadana realizada en la Ciudad de Pereira el día 18 de abril de 2012, mediante la cual informa la presunta crisis económica que padece la ESE Salud Pereira, así como también la problemática en cuanto a la afiliación al régimen subsidiado de la población de esta zona del país, pues considera que se está dejando por fuera al sector más vulnerable, según lo expresado en su ponencia.

Me permito informar que por competencia, se procedió informar de su petición a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, ubicada en la calle 19 No 13-17,

Parque Olaya Herrera y a la Delegada de Gestión y Generación de Recursos Económicos de la Salud” [Respuesta Número 3 - Pereira 2012].

Por otro lado, en ocho de las respuestas registradas en esta ciudad respecto a la *Información sobre el Estado de la Demanda*, ocurre el mismo fenómeno que en la ciudad de Cartagena, en el cual se le comunica al ciudadano que la información registrada en su ponencia no es suficiente y que debe ser profundizada.

7.2.7. Riohacha

En la ciudad de Riohacha se registró un solo caso en el cual se le da respuesta a la ponencia presentada por el presidente de la Asociación Nacional de Alianzas de usuarios, quien expone las necesidades que presenta la Asociación por lo que propone que se otorguen ciertos subsidios a estas organizaciones. En la respuesta que realiza la Superintendencia se descarta esa posibilidad, lo cual es sostenido a partir de la *Mención de la Normatividad Legal Vigente*:

“El día 8 de febrero del año 2012, por convocatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, Personería Municipal, Secretaría Municipal de Salud y Secretaría Departamental de Salud del Departamento de La Guajira, en la ciudad de Riohacha se conformó la Veeduría Ciudadana a la prestación de los servicios de salud en esta zona del país, la cual, tendrá como función vigilar la gestión pública entre otras, y las otorgadas por el artículo 23 del Decreto 1757 de 1994 en consonancia con la Ley 850 de 2003.

En cuanto a la constitución de entidades sin ánimo de lucro, el Decreto 2150 de 1995 en su artículo 143, establece: " Constitución de entidades de naturaleza cooperativa, fondos de empleados y asociaciones mutuas. Las entidades de naturaleza cooperativa, los fondos de empleados y las asociaciones mutuales, así como sus organismos de integración y las instituciones auxiliares del cooperativismo son entidades sin ánimo de lucro y se constituirán por escritura

pública o documento privado, el cual deberá ser suscrito por todos los asociados fundadores y contener constancia acerca de la aprobación de los estatutos de la empresa asociativa. "Para este caso concreto, es preciso destacar que las Asociaciones de Usuarios, son agrupaciones encargadas de asesorar e informar a los usuarios todo lo concerniente al Sistema de Salud, así como vigilar que en las Empresas Promotoras de Salud EPS cumplan con la efectividad en los servicios que prestan, entre otras funciones que les otorga el Decreto 1757 de 1994, son agrupaciones creadas a favor de los usuarios, con el fin de que ejerzan sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" **[Respuesta Número 1 - Riohacha 24 de agosto de 2012].**

7.2.8. San Andrés

En las respuestas otorgadas por la Superintendencia en San Andrés, se identifica que en varias de ellas se hace un *Requerimiento a la Entidad Correspondiente*. Las problemáticas planteadas por los usuarios en este caso, le conciernen principalmente a CAPRECOM EPS, Nueva EPS y Humana Vivir EPS, por lo tanto se encuentran tanto las respuestas que son emitidas a los ciudadanos sobre el traslado de la ponencia, como la solicitud a dichas entidades para la rendición de explicaciones.

"En cumplimiento a la Circular Externa 047 de 2007, ésta Delegada de Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, procedió a trasladar su petición a CAPRECOM EPS, para que, de manera inmediata y en todo caso dentro de los plazos establecidos por la ley, de respuesta de fondo, en forma clara, precisa y congruente a cada uno de los puntos allí contenidos, remitiendo en el mismo término copia de la respuesta debidamente soportada con las explicaciones respectivas a este ente de control" **[Respuesta Número 2 - San Andrés 2012].**

"Sobre el particular le solicito rendir explicaciones e informe lo que se indicara a continuación, para que de esta manera se precise con claridad:

1. Si los afiliados a CAPRECOM EPS, logran acceder en su totalidad a la prestación de servicios de salud en la ESE de esta región, con la cual tiene convenio. De otra parte informar los inconvenientes que se presentan para la atención de los mismos.
2. Con que oportunidad se entregan los medicamentos a los usuarios, con el fin de establecer la calidad de servicios de salud que se están prestando; por consiguiente, enviar un informe. Sobre lo anterior, la respuesta debe ser puntual, con los soportes a cada una de las solicitudes expuestas en este escrito, ya que ello se reflejara en el beneficio de sus afiliados. Por lo anterior, se concede un término de diez (10) días para dar respuesta a esta solicitud” **[Respuesta Número 3 - San Andrés 2012]**.

Se identifica una ponencia en la que se le brinda al usuario la *Información sobre el Estado de la Demanda*, la cual resulta ser bastante completa:

“De acuerdo a sus ponencias presentadas en la Consulta Ciudadana realizada en la Isla de San Andrés y Providencia el día 22 de marzo de 2012, mediante la cual manifestaron la deficiencia en la prestación de los servicios de salud por parte de la ESE Hospital Amor de Patria, e informaron las presuntas irregularidades que se genera por parte de las Cooperativas de Trabajo Asociado en lo relacionado a la contratación.

Se procede a informar a la Secretaría Departamental de Salud de San Andrés sus ponencias, por cuanto en el Acta de Compromisos firmada en esta consulta ciudadana, se pactó el seguimiento a la prestación de servicios de salud por este ente territorial, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la ESE y cabe señalar que la Superintendencia Nacional de Salud, realiza en forma permanente seguimiento a los compromisos que adquieren los diferentes actores que participan en las Consultas Ciudadanas que se desarrollan a nivel Nacional. Una vez se reciba la respuesta de la Secretaría Departamental de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la evaluación correspondiente y

le informará sobre las eventuales actuaciones administrativas que al respecto se adelanten” [Respuesta Número 14 - San Andrés 2012].

Además, se presenta una respuesta en la que se informa al ciudadano que sus reclamos no le competen a las Superintendencia Nacional de Salud, por lo que se debe hacer la *Correspondencia del Caso a otra Entidad*:

“De manera atenta, me refiero al caso expuesto en la Consulta Ciudadana realizada en la Isla de San Andrés y Providencia el día 22 de marzo de 2012, mediante la cual informa presuntas irregularidades en el Hospital Amor de Patria por cuanto adeuda a sus trabajadores, salarios por más de seis meses.

Respecto al caso planteado por usted, resulta pertinente aclarar que se dará informe al Ministerio del Trabajo, por considerase la entidad competente para conocer de este asunto. La Superintendencia Nacional de Salud le informará sobre las eventuales actuaciones administrativas que al respecto se adelanten”
[Respuesta Número 15 - San Andrés 2012].

Con el objetivo de ampliar los resultados de la revisión documental sobre la respuesta del SGSSS a las demandas en las Consulta Ciudadanas como mecanismo de participación social, se adelantaron cinco entrevistas con expertos en el tema con el propósito de obtener las percepciones sobre el tema. Los expertos consultados fueron:

- María Eugenia Delgado. Docente e Investigadora de la Universidad del Valle, Ph.D. Salud Pública y Magister en Psicología Social.
- Jaime León Gañán. Docente e Investigador de la Universidad de Antioquia, Integrante de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008.
- Ligia de Salazar. Docente e Investigadora de la Universidad del Valle, Directora de la Fundación por la Salud Pública en Colombia.
- Francisco Bernate. Docente Universidad del Rosario, Coordinador del Departamento del Derecho Penal.

- Oswaldo Salgado. Consultor Organización Panamericana de la Salud (OPS).

8.1. Percepción de los entrevistados

En primer lugar se indago por el tema de la pertinencia del mecanismo de Consulta Ciudadana para estimular la Participación Ciudadana, el cual es percibido en general como idóneo en cuanto que está basada en unos lineamientos institucionales, además a través de la Consulta se crea una conexión y retroalimentación con la ciudadanía. Sin embargo, también se perciben ciertas falencias puesto que al momento en que se empieza a implementar no se tuvo en cuenta las formas organizativas de las comunidades, es decir, que falta un elemento cultural que permita conocer cuál es la mejor manera para hacer la intervención en cada comunidad. Esto implica que la forma en que se está haciendo el acercamiento con la comunidad presenta debilidades sobre todo en la difusión y en el acceso al mecanismo de participación:

“Sobre los encuentros ciudadanos, las consultas, la parte de las PQR en general me parece que esos mecanismos formalmente están bien, lo que creo es podrían ser un poco más accesibles y disponibles a las personas, hay muchas personas que por falta de tecnología o de formación o lejanía no pueden usar esos mecanismos. Se podría mirar algún tipo de forma para llegar a esa otra población que normalmente no viene a estos escenarios o no puede hacer su participación a través de los mecanismos formales que tiene la Superintendencia o el Ministerio”
[Entrevista Jaime León Gañán, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].

Surge también una cuestión importante que se refiere a la manera en que el mecanismo de consulta pueda ser utilizado para la toma de decisiones, es decir, que las Consultas Ciudadanas no se delimiten únicamente a recoger las opiniones de la gente, sino que se logre un construir estrategias en las que esas ponencias se incorporen en los planes de mejoramiento:

“Los mecanismos tienen grandes fallas porque impulsan a participar a la gente, pero solamente como informantes quedándose en el nivel más bajo de la participación, que es informar o emitir opiniones, pero nunca hacen parte de la toma de decisiones” [Entrevista María Eugenia Delgado, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].

“La verdad creo que sí es bien importante lo que se está haciendo, pero falta mucho por hacer, no es solamente el hecho de recoger información, sino el utilizar esa información para la toma de decisiones y ahí creo que hay una brecha que es un poco grande” [Entrevista Ligia de Salazar, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].

Sobre la capacidad de respuesta de la Superintendencia para las peticiones que realizan los ciudadanos en las Consultas Ciudadanas, es importante señalar, varios aspectos que dificultan este proceso, por ejemplo, la centralización de la misma, lo cual implica que este Ente de Control debe tener una mayor capacidad de operación, y comprometer a los diferentes actores incluidos los mismo usuarios para poder funcionar de manera efectiva. Sin embargo, se debe reconocer que las problemáticas del sistema de salud no sólo son la responsabilidad de la Superintendencia, sino de un contexto mucho más amplio y estructural que involucra políticas sociales, económicas y públicas; es decir, que si bien los mecanismos de Participación implementados por la Superintendencia deben mejorar, el Estado también debe comprometerse en términos de fortalecer a la Superintendencia en el tema de recursos:

“Se sabe que la Superintendencia está centralizada y que no tiene el suficiente personal que debería tener, lo cual sería una petición directa para el Estado, porque, aunque los recursos han mejorado, no se cuenta con todos los recursos que se deberían tener, es decir, se le podría pedir al Estado que fortalezca la Superintendencia para que ella a su vez fortalezca los mecanismos de

participación y así pudieran ser más efectivos” [Entrevista Jaime León Gañán, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].

De esta manera y de acuerdo a las percepciones de los entrevistados se podría plantear que para que la intervención realizada por la Superintendencia sea adecuada, se deben generar procesos que no sean a nivel macro, es decir, construir una retroalimentación a nivel de las comunidades. En este sentido, se podría hablar de generar espacios donde el contacto sea directo; sin embargo, también es importante modernizar de cierta manera los mecanismos de participación: *“Por un lado sí se debe explotar la tecnología, con el fin de permitir escenarios, donde haya contacto abierto entre los ciudadanos y los funcionarios, para que los unos cuenten qué hacen y los otros puedan transmitir las inquietudes” [Entrevista Francisco Bernate, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].*

A partir de lo anterior, se desarrolla la idea sobre las herramientas tecnológicas que se podrían implementar para el mejoramiento de los mecanismos de Participación. Sobre este tema hay que reconocer que actualmente las redes sociales y el uso de la Internet, han tenido un impacto importante en términos del poder de la información, es decir, que la gente tiene que tener la información para tener una participación efectiva. De esta manera, se reconoce cada vez más la importancia de la implementación los foros virtuales, los cuales si son manejados de una forma organizada, representan mecanismos prácticos de participación en los cuales las personas no tienen que desplazarse. Sin embargo, se deben tener en cuenta elementos culturales, dentro de los cuales, lo presencial proporciona en cierta medida mayor validez a los procesos:

“Creo que la participación no requiere de demasiada tecnología, más bien requiere del ponerse frente a frente y discutir problemas en conjunto, pero es cierto que también la tecnología ayuda a abrir espacios para que mucha gente se pueda contactar a distancia y tener respuesta a sus inquietudes, pero hay otras formas de participación que no caben dentro de esa tecnología, y es por ejemplo el

sentarse en consejos donde la comunidad está presente y participa de la discusión de los problemas, del análisis de las situaciones y eventualmente de la toma de decisiones” [Entrevista Oswaldo Salgado, aplicada el día 8 de noviembre de 2012].

8. DISCUSIÓN

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se señala la participación social como elemento fundamental en la organización y el control de las instituciones que lo conforman. En este contexto la participación es 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.

La participación en el SGSSS es la facultad que tiene toda persona para que, de manera individual o colectiva, se involucre libremente en los procesos del sistema, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud y hacer valer sus derechos (Decreto 1757 de 1994). Para materializar la participación en el SGSSS existen mecanismos de uso individual como el buzón de quejas, línea telefónica y la oficina de atención al usuario. De igual manera, se han normado mecanismos institucionales para garantizar la participación colectiva, entre los cuales se tienen las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Ética Hospitalaria, Comités de Veeduría, y la representación de la Asociación de Usuarios en las Juntas Directivas de prestadores y aseguradores.

De igual manera, en el SGSSS se asignaron competencias de regulación y supervisión a través de la vigilancia, inspección y control del sector salud las cuales son ejercidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales y los Tribunales de Ética Médica y Odontológica.

La Ley 1122 de 2007 en su artículo 37, estableció como uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, la Atención al Usuario y la Participación Social, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los

derechos de los usuarios en el SGSSS, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema, de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario.

Con el Decreto 1018 de 2007, se modificó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, y se creó la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana. Dando cumplimiento a las funciones asignadas (artículo 20), el 15 de marzo de 2008 esta implementó en el territorio nacional la Consulta Ciudadana; entendida como un espacio de interacción en donde todos los actores del SGSSS confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, de las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud que vulneren los derechos de los usuarios en salud.

Las propuestas o demandas que presenten las personas que intervienen en la Consulta Ciudadana, serán clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de ellas se dará traslado a la entidad o institución competente para que estudie su viabilidad e implementación. De la decisión tomada por ésta última se informará al usuario que la haya presentado, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella. De igual forma, se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre lo actuado.

El objetivo del presente estudio fue identificar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante las demandas en las Consultas Ciudadanas en el territorio nacional durante el periodo 2011-2012, a partir del actuar de la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de su función dentro del sistema.

Desde la implementación de las Consultas Ciudadanas para junio de 2012 se habían efectuado en el país 48 eventos. El periodo estudiado se corresponde con

la realización del 29.2% de las Consultas (14/48), a las cuales concurrieron 3.289 ciudadanos evidenciándose documentalmente diez ponencias inscrita por cada cien asistentes (323/3289). Sin embargo, solo 18 de cada cien ponencias inscritas estaban documentadas (ponencias escritas), por ello el estudio hace referencia al análisis de contenido de 58 demandas ciudadanas para el periodo 2011-2012. El 51.7% (30) de las demandas fueron realizadas por representantes de Asociación de Usuarios y Veedores Ciudadanos, este hallazgo refleja una mayor observancia, conocimiento e interés de los ciudadanos para hacer uso del derecho a participar y exigir sus derechos para la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad.

De igual manera, se evidencio que casi la mitad de las demandas en las Consultas fueron peticiones individuales (48.7%), lo que podría probablemente reflejar la inoperancia y baja capacidad resolutoria de las oficinas de atención al usuarios, y el inadecuado ejercicio de la autoridad sanitaria en los entes territoriales departamentales y municipales en la resolución de las peticiones, quejas y reclamos sobre la prestación de servicios de salud.

La diferencia entre las ponencias inscritas y las escritas podrían ser explicadas probablemente por la conducción del procedimiento establecido para las Consultas Ciudadanas por parte de la SNS, o por preferencia de los ciudadanos participantes. Si bien es cierto, las manifestaciones culturales predominantes en el país son de predilección oral este hallazgo amerita ser abordado en otras investigaciones para adecuar los procedimientos de la Consulta Ciudadana a las preferencias y dinámicas de la población colombiana.

De las 14 Consultas Ciudadanas del periodo bajo estudio, se incluyeron diez eventos, dado que en cuatro de los lugares (Barranquilla, Bucaramanga, Putumayo, y Santa Marta) donde se efectuó la Consulta en el 2011, no se encontró documentación alguna sobre ponencias escritas o respuestas. Con este hallazgo, probablemente se podría plantear que el proceso de las Consultas

Ciudadanas presento un comportamiento diferencial entre el 2011 y 2012, pero la documentación revisada no permitió establecer una razón.

De acuerdo con los hallazgos de la revisión documental, la respuesta del SGSSS frente a las demandas en las Consultas Ciudadanas en el periodo observado, se centro en comunicación escrita como requerimiento a la entidad correspondiente del SGSSS señalando la normatividad que actualmente rige el sistema para que de cumplimiento de sus funciones y reconozca los derechos de los ciudadanos, o se dio traslado del caso a otra entidad si el tema de la demanda no le compete a la Superintendencia Nacional de Salud. De igual manera, se informo al representante de la Asociación de Usuarios, Veeduría Ciudadana o al ciudadano demandante sobre el proceso seguido para dar respuesta a sus peticiones y demandas.

Otro resultado producto de la contrastación de las demandas de los ciudadanos en las Consultas Ciudadanas objeto de estudio, fue la discordancia entre las respuestas y el contenido de la ponencia escrita. Esto probablemente puede atribuirse al mayor número de ponencias no documentadas (escritas) y quizás el ente de control adelanto el procedimiento por demandas que fueron presentadas de manera oral.

El estudio evidencia que en las Consultas Ciudadanas, no se tienen definidos mecanismos expeditos y claros para recepcionar de manera inmediata las demandas de la población independiente de la forma de presentación (oral o escrita). De igual manera, no se visualiza la operacionalización de mecanismos institucionales, metodológicos y técnicos, que garanticen la articulación con las funciones de Inspección, Vigilancia y Control en el SGSSS. Por ello, no se puede garantizar una respuesta inmediata al peticionario. La dilación en la respuesta del sistema que es atribuida a los trámites de procesos establecidos, podría estar incidiendo en la confianza y credibilidad de los ciudadanos hacia los mecanismos de participación vigentes en el SGSSS.

Las Consultas Ciudadanas no evidencian un proceso exhaustivo de documentación de los casos expuestos. Las peticiones son recibidas -en su gran mayoría- en forma verbal sin un sustento escrito que respalde la intervención de la comunidad. Por consiguiente, clasificar, evaluar y hacer seguimiento a las peticiones y propuestas de la comunidad presenta gran dificultad por falta de una metodología acorde con las necesidades y expectativas de los usuarios. En muchas oportunidades, este espacio se ha limitado a ser sólo una convocatoria para escuchar las peticiones de los usuarios sin una participación propositiva de los mismos, lo cual limita los posibles avances en términos de la promoción de la participación ciudadana.

A partir de los resultados alcanzados no es posible evidenciar que exista un seguimiento permanente a los casos presentados en las Consultas. Se cuentan las respuestas para la mayoría de demandas objeto del estudio, pero no es posible identificar, con certeza, - desde el análisis documental - si el usuario o peticionario obtuvo una solución de hecho satisfactoria.

Con relación a lo anterior, los hallazgos del estudio, relacionados con la escasa respuesta del SGSSS, frente a las quejas o demandas en las Consultas Ciudadanas, coinciden con los estudios adelantados por Delgado³⁴⁻³⁵, quien durante diez años de estudios encontró que entre las barreras que debilitan la participación de los usuarios del SGSSS en Colombia, está la limitada respuesta de las instituciones, para resolver las quejas expuestas por los usuarios, así como la falta de respuestas institucionales oportunas y satisfactorias para resolver los problemas de los usuarios, y de igual forma la falta de oportunidad para tomar decisiones.

A esta deficiencia, se suma el desconocimiento que tienen la mayoría de los usuarios con relación al SGSSS, en referencia con su derecho a participar y con relación a los mecanismos disponibles para su participación, lo cual concuerda con estudios adelantados previamente en Colombia³⁶⁻³⁷.

Recientemente se documentó que después de 17 años de implantada la política de participación en Colombia, y a diez años de una primera evaluación, los usuarios retroceden en el escaso conocimiento que tenían del SGSSS, en general, y de los mecanismos de participación en particular. En este estudio se reportó que el uso de los mecanismos institucionales para la participación en el SGSSS y las respuestas institucionales a quejas de los usuarios disminuyó. Las actitudes desmotivantes hacia la participación ciudadana son explicadas por los autores como consecuencia del conflicto de opiniones entre actores de la política, baja credibilidad hacia los mecanismos institucionales de participación y limitada respuesta institucional³⁹.

Los temas planteados con mayor frecuencia en las demandas escritas en las Consultas Ciudadanas durante el periodo 2011-2012 fueron en su orden: la gestión deficiente de los entes territoriales, de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, la falta de oportunidad y disponibilidad de citas para medicina general y las problemáticas relacionadas con entrega y disponibilidad de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS); seguido en su orden por falta de insumos para procedimientos quirúrgicos, negación y retardo en las autorizaciones y la remisión a especialistas, entre otras.

Los anteriores hallazgos concuerdan con estudios realizados por Pineda (2012)⁴⁰, en donde se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los motivos de los reclamos interpuestos por los usuarios del SGSSS ante la Superintendencia Nacional de Salud. Este estudio mostró que la restricción en el acceso a los servicios de salud ocupó el primer lugar, con el 80,5% de las quejas y reclamos; el 52% de las quejas relacionadas con la restricción en el acceso al servicio de salud se originaron por la falta de oportunidad para la atención, y de ellos el 43% fueron originados por la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada, seguida por la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica

general.

De igual manera, los resultados de esta investigación coinciden con lo reportado en el estudio realizado por la Defensoría de Pueblo en el año 2009⁴¹, sobre la evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS donde se encontró que los resultados obtenidos no han sido muy satisfactorios, indicando los reparos que tienen los usuarios respecto a los servicios que les brindan las EPS en los aspectos de accesibilidad, oportunidad y libre escogencia.

En cuanto a la caracterización de las demandas o peticiones en las Consultas Ciudadanas, se encontró que estas se relacionan con la vulneración al derecho a la atención oportuna, al acceso, a la atención segura y continua, y a la información. Lo cual se corresponde con el comportamiento en las últimas dos décadas del uso de la tutela como mecanismo de reclamo de protección de los derechos. En Colombia se interponen 23 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, el 72.5% de las tutelas se dirigen contra las Empresas Administradoras de Regímenes de Beneficios, y en promedio en una misma tutela se hacen 2,14 solicitudes siendo las más frecuentes en su orden: tratamientos, medicamentos, cirugías y citas medicas especializadas⁴².

Un dato interesante fue el requerimiento que la comunidad está haciendo a las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales para ejerzan su rol en la inspección, vigilancia y control como se evidencio en Arauca, Ibagué, Manizales y Riohacha.

Como se anoto antes, del análisis de las intervenciones documentadas en las Consultas Ciudadanas se evidenció cierto nivel de desconocimiento por parte de la población sobre la manera como opera el sistema, sus derechos y sus deberes y las competencias de cada uno de los actores. Esto es contrario a lo reportado por Zamudio¹⁸, quien señala que los ciudadanos deben hacerse cargo de sus propios problemas y de unir fuerzas para hacer avanzar su causa, para así lograr

consolidar un sentimiento positivo de control sobre su vida. Muchos usuarios perciben que tienen la capacidad de participar mediante los mecanismos y espacios que brinda el SGSSS pero si logran acceder a la información y al conocimiento, tal como se observó en estudios previos en Colombia y Brasil³⁴⁻³⁵.

No obstante, fortalecer el conocimiento de los usuarios sobre la operación del SGSSS, es empoderarlos como usuarios activos, informados, capaces de hacer lecturas críticas de la realidad de los servicios de salud, y hacer propuestas para su mejoramiento. Esto implica, necesariamente, un esfuerzo por parte de la población para lograrlo; pero también se requiere que las Instituciones de Salud y las Instituciones Estatales, compartan el conocimiento de los usuarios, le den respuesta a sus peticiones y valoren sus conocimientos³⁴⁻³⁶.

Retomando a Wallerstein¹⁷ las principales estrategias para lograr este objetivo, es llevar a cabo con las poblaciones locales un proceso intenso de educación popular, que involucre a los ciudadanos en proyectos de investigación participativa, para así disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados, la planificación de conjunto y la evaluación participativa. En este sentido, estudios llevados a cabo en Colombia³⁴⁻³⁵ han hallado que los usuarios tienen una buena disposición a participar, además de sentirse con la capacidad de lograr cambios en el Sistema de Salud, si se comparte el conocimiento con ellos, si se les informa y se les dan respuestas claras y oportunas.

Por otra parte, hay una barrera grande para una participación efectiva en el SGSSS, como es el gran desequilibrio en materia de conocimiento del sistema de salud, de la política de participación y en el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación por parte de los usuarios sobre todo en lo contenido en el Decreto 1757 de 1994. Además de existir un precario conocimiento por parte de los usuarios, éste tiende a empobrecerse más, tal como fue observado en recientes estudios adelantados que comparan mediciones al respecto en el año

2000 y en el 2010³⁸⁻³⁹.

La presente investigación no evidencio una relación apropiada entre las respuestas del SGSSS y las demandas de la población en ejercicio de su derecho a participar dentro del SGSSS. Si bien la asistencia de la comunidad a las Consultas Ciudadanas y la exposición de sus demandas a nivel individual y colectivo se pudieron documentar, los hallazgos sobre la respuesta del sistema no aportan elementos ni brindan una solución satisfactoria a las necesidades explicitadas por la población en la Consulta Ciudadana. Sin embargo, tanto el SGSSS como los usuarios deben incurrir en mayores costos para mejorar tanto la calidad de atención como la participación. Si esto se logra, es probable que los beneficios sociales sean mayores y, en conjunto y después de tantos ajustes como sea necesario, se alcance una situación socialmente óptima.

La presente investigación aportó elementos sobre el reconocimiento de la Consulta Ciudadana como un espacio interacción social en el cual se permite la expresión de los puntos de vista y preferencias de los usuarios respecto a la calidad de la prestación de servicios de salud, lo cual es concordante con las necesidades que reporta la Organización Mundial de la Salud sobre la participación ciudadana¹¹. Sin embargo, se invita a la reflexión, investigación y acción de los tomadores de decisión para que se avance en la indagación y construcción conjunta con las comunidades para que las Consultas Ciudadanas como mecanismo que se implemento para garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el SGSSS, se constituya realmente en un escenario interacción social que trascienda en las decisiones de salud respondiendo de manera efectiva a las demandas sentidas por la comunidad, ello debido a que el estudio evidencio que la Consulta Ciudadana es un espacio en el cual la comunidad tiene la opción de participar actuando solamente como informante lo que se constituye en el nivel más bajo de la participación, pero hasta el momento no se dispone de los mecanismos que faciliten la participación real de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre la operación y funcionamiento de las instituciones que

conforman el SGSSS.

Finalmente, a partir de esta investigación se realizan una serie de recomendaciones que posiblemente den pie a otros estudios; se requiere un respaldo normativo adecuado que favorezca la Participación Ciudadana. Es pertinente definir el enfoque de la participación ciudadana por parte de las Instituciones gubernamentales, implementando una actitud y una política institucional transversal, además de la disposición de recursos tanto económico como de talento humano, para que los procesos de participación sean oportunos y pertinentes. Se recomienda implementar un método denominado construcción de la capacidad, que consiste en un proceso en el cual se utilizan los hechos, la información derivada de la vigilancia para construir una capacidad de conciencia crítica, de tal forma que se pueda tener un ciudadano sensibilizado con la problemática, pero al mismo tiempo conocedor de instrumentos para modificarla.

Es necesario, avanzar en la capacidad de los usuarios de ser parte activa dentro del proceso de toma de decisiones, lo cual, como se mencionó anteriormente, implica, por un lado, el empoderamiento de la población a través del acceso a mejor y más información sobre salud en general, darles respuestas a sus demandas de forma oportuna; permitirles ser parte activa de la toma de decisiones dentro del SGSSS y la gobernanza en ellos. Por otro lado, significa la responsabilidad de los usuarios de aprovechar las oportunidades de participación en el proceso de decisión de políticas, pero también de la responsabilidad de las Instituciones de Salud de compartir información con ellos, así como la disposición de Instituciones como la Superintendencia de Salud, de apoyarlos y acompañarlos en sus gestiones.

La participación es hoy una exigencia política y social, recogida tanto en la Constitución Política como en las leyes y en los Programas de Gobierno. La participación requiere un saber social, una metodología adecuada, espacios, recursos y sobre todo, un claro y constructivo compromiso político y ciudadano.

9. CONCLUSIONES

- Los usuarios del SGSSS en nuestro país desconocen en gran proporción los derechos y los deberes que tienen dentro del sistema, la anterior situación se presenta por la falta de información a partir de las Empresas Promotoras de Salud y/o Aseguradoras, quienes tienen la obligación de informar a su población afiliada. De igual manera las Entidades Territoriales sean departamentales y/o municipales deben suministrar la información pertinente a la población en general. A nivel central también debe promocionar los mecanismos de participación ciudadana y la información correspondiente a los derechos y deberes dentro del sistema de salud.
- Las ponencias por parte de los usuarios, relacionadas con la oportunidad, la accesibilidad en la atención, la entrega de medicamentos, remisión a medicina especializada, autorización de procedimientos y otras inconformidades, generalmente comprometen en forma directa a siete instituciones: las EPS y las IPS del orden público o privado, las entidades Territoriales del orden departamental o municipal, la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Oficina de Planeación Nacional y/o municipal y el Sisben.

Existe una gran oportunidad para mejorar los procesos de sistematización de información que permita a los encargados tomar decisiones mejor sustentadas. El ejercicio de dejar por escrito, tanto las demandas como las respuestas, es un avance muy importante en términos del seguimiento, evaluación y rendición de cuentas por parte del SGSSS a los temas problemáticos para los usuarios.

La Superintendencia como máximo ente de inspección, vigilancia y control, recepciona las peticiones y les da trámite a las de su competencia otorgando un tiempo máximo de cinco días hábiles a sus vigilados para dar respuesta

clara y oportuna al usuario, mientras que lo concerniente a otras instituciones se deriva para su respectivo tramite.

- La Participación abordada en el presente estudio está dando cumplimiento a la normativa interna (Decreto 1018 de 2007), en la cual se establecen los mecanismos para la realización de la Consulta Ciudadana en las diferentes entidades territoriales. De igual manera en la vigencia actual -año 2012- se ha mejorado el tiempo de respuesta a los usuarios.
- La principal demanda de la población es que el servicio de salud debe ser integral y se debe prestar en forma oportuna, es decir, que al usuario se atienda en el momento que lo necesite; lo cual va desde la atención en medicina general, medicina especializada, ayudas diagnósticas y/o entrega de medicamentos, así como la continuidad en el tratamiento. Lo cual implica además que situaciones como la insuficiencia de personal médico especializado, la asignación de las citas médicas y la dotación de insumos y equipos deben ser mejoradas.
- El acceso al servicio de salud presenta diversas barreras de tipo administrativo, dentro de las cuales la remisión a medicina especializada o la autorización de procedimientos médicos y quirúrgicos, no está sucediendo o sucede inoportunamente, por lo que el paciente debe esperar varios meses antes de poder acceder a esos servicios. Sin embargo, también se han presentado situaciones de carácter geográfico que no permiten el acceso oportuno a los servicios de salud, generando costos adicionales a los pacientes por desplazamientos para recibir la atención o el tratamiento adecuado.
- Dentro de las demandas de la población, también se identifica la exigencia de un mejor trato por parte del personal tanto médico como administrativo dentro de las instituciones, al igual que se exige que haya un reconocimiento de la labor que desarrollan las distintas Asociaciones de Usuarios. Sin embargo, el

tema que se ha reclamado con mayor determinación, se refiere a la presencia del Estado para que controle y vigile el accionar de las Entidades que prestan los servicios de salud, sobre todo en lo concerniente al manejo presupuestal.

- Finalizada la Consulta Ciudadana se conforma una veeduría por parte de los interesados y asistentes a la Consulta, quienes le harán seguimiento en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud a los compromisos adquiridos en la misma. La respuesta a estos compromisos se oficializa a través de un documento escrito.
- Los resultados de la Consulta Ciudadana muestran limitantes en los canales de comunicación entre el usuario y la Superintendencia Nacional de Salud, debido al carácter centralizado de la Institución y la dificultad que manifiestan la mayoría de ellos en el acceso al grupo humano que le atiende su petición llámese canal telefónico, chat, pagina web y/o personalizado. Lo cual genera que el acceso a las *TIC* (Tecnologías de la Información y la Comunicación) sea débil.
- Falta capacitación y actualización a nivel de Asociaciones de Usuarios y Veedurías Ciudadanas en aras de transmitir de forma adecuada la información a la población en general.
- Se hace necesario además, fomentar la participación ciudadana en regiones diferentes a la ciudad capital del departamento, ya que el mayor énfasis de las vistas a las Entidades Territoriales se concentra en dichas áreas.
- En relación a las respuestas otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra que en general éstas hacen un requerimiento formal a la entidad correspondiente para la construcción y cumplimiento de ciertos compromisos, los cuales deben ser atendidos en un período de 5 días hábiles.

Además de ese requerimiento, la Superintendencia le informa al usuario el proceso que se ha seguido para dar respuesta a su petición, queja o reclamo.

- Debido al desconocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes dentro del Sistema de Salud, se presenta que muchos casos presentados en las Consultas Ciudadanas no le competen a la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que dicha Institución debe hacer la correspondencia a la Entidad competente.
- Para el año 2011 según la documentación revisada la capacidad de respuesta era aproximadamente del 76.4%, mientras que para el año 2012 la capacidad de respuesta aumentó un 31.9%. Lo anterior obedece a una política institucional y a un incremento en el recurso humano en el área respectiva. Sin embargo, aún es insuficiente el recurso humano para atender en forma oportuna y en tiempo real las solicitudes de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia No. T- 402/92, (1992).
2. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia No. T- 760/08, (2008).
3. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, Kazajistán, (1978).
4. Presidencia de la República, Decreto 1757 de 1994 – “Por el cual se organizan y establecen 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” (1994).
5. Ministerio de la Protección Social, Decreto 1018 del 30 de marzo de 2007 – “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones” (2007).
6. Superintendencia Nacional de Salud, Circular Externa No. 047 del 30 de Noviembre de 2007 – “Instrucciones Generales y Remisión de Información para la Inspección, Vigilancia y Control” (2007).
7. Superintendencia Nacional de Salud, Circular Externa No. 052 del 12 de Diciembre de 2008 – “Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular única 47 de 2007 modificada por las circulares 48, 49 50 y 51 de 2008” (2008).
8. Castells, M. (1982), "Squatters and Politics in Latin America", en H. J. Safa (ed.): Towards a Political Economy of Urbanization in Third World Countries, Oxford University Press, pp. 242-262, New Delhi.
9. Celedon, C. y Noé, M., (2000), “Reformas del sector salud y participación social/Health sector reforms and social involvement”, Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1/2), 99-104. Washington D.C.
10. Nagel JH, (1987), “Participation”, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
11. Jakubowski E., Lister G., World Health Organization – WHO, (2006), “Ninth Futures Forums on Health Systems Governance and Public Participation”, Copenhagen.
12. Sanabria G., (2004), “Participación Social en el Campo de la Salud”, Revista Cubana de Salud Pública, 30(3), La Habana.
13. Organización Mundial de la Salud – OMS, (1978), “ALMA-ATA Atención Primaria en Salud”, Ginebra.

14. Ruelas E., Armendáriz D., Lleneras V., Martínez A., (2008), "Participación Ciudadana en la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud", Editorial Médica Panamericana, Bogotá D.C.
15. Organización Mundial de la Salud - OMS, (1986) "Carta de Ottawa – Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud", Ottawa.
16. Organización Mundial de la Salud - OMS, (1998), "Glosario de Promoción de la Salud", Ginebra.
17. Wallerstein N., (1999), "Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities", *Social Science of Medicine*, 49(1):39-53.
18. Zamudio M., (1998), "Teoría y guía práctica para la promoción de la salud". Québec: Universidad de Montreal.
19. Di Marco, G. et al, (2006), "Participación Social en Salud", *Medicina y Sociedad*, 26(1), Buenos Aires.
20. Sgombich X. et al, (2008), "Estudio de Preferencias Sociales para la Definición de Garantías Explícitas en Salud", Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
21. Villarreal Larrinaga, O. Landeta Rodríguez, J., (2010), "El estudio de casos como metodología de investigación científica en dirección y economía de la empresa. Una aplicación a la internacionalización", *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(3):31-52.
22. Yin, r. K. (1989), *Case Study Research. Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, Sage Publications, London.
23. Yin, r. K. (1998), *The Abridged Version of Case Study Research*, en BICKMAN, L. y ROG, D. J. (eds.): *Handbook of Applied Social Research Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 229-259.
24. Maxwell, j. A., (1998), "Designing a Qualitative Study" en BICKMAN, L. y ROG, D. J. (eds.): *Handbook of Applied Social Research Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 69-100.
25. Eisenhardt, k. M., (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, 14(4):532-550.
26. Gummesson, e. (1991), "Qualitative Methods in Management Research", Sage Publications, Newbury Park, California.

27. Johnston, w., leach, m. Y liu, a. (1999), "Theory testing using case studies in business-to-business research", *Industrial Marketing Management*, Vol. 28: 201-213.
28. Mccutcheon, d. Y meredith, j. R. (1993), "Conducting case study research in operations management", *Journal of Operations Management*, Vol. 11: 239-256.
29. Yacuzzi E., (2006), "El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación", Universidad del CEMA, Buenos Aires.
30. Yin, Robert K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
31. Rialp, a. (1998), "El método del caso como técnica de investigación y su aplicación al estudio de la función directiva", ponencia presentada en el IV Taller de Metodología ACEDE, 23-25 de abril, Arnedillo, La Rioja.
32. Yin, r. K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, Second Edition, Sage Publications, London.
33. Bosi, M. L., and Affonso, K. C. (1998), Cidadania participação e saúde: com a palavra, o usuário da rede pública de serviços, *Cad de Saúde Pública*. 14(2):355-65
34. Delgado, M. E. (2007), Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia, *Rev Universitas Psychologica*, 6(2):345-58
35. Delgado, M. E., and Vázquez, M. L. (2009), Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos en Colombia y Brasil, *Cad de Saúde Pública*, 25(1):169-78
36. Delgado, M. E., Vázquez, M. L. (2006), Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia, *Revista de Salud Pública*. 8(3):150-67
37. Mosquera, M., Zapata, Y., y Lee, K. (2001), Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation, *Health policy and planning*, 16(2):52-60
38. Delgado ME, Vázquez ML. (2010), Evolution of awareness and experiences with mechanisms of participation in health care services in Colombia: 2000 and 2010, *International Journal of Health Services*, 42(4): 695-718.

39. Delgado ME, Vazquez ML. (2012), Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian Population, Gaceta Sanitaria. (*Aceptado para publicación*)
40. Pineda F. Corrales JC. Torres C. Guzmán B. (2012) Motivos de los reclamos interpuestos por los usuarios del sistema de salud colombiano, ante la Superintendencia Nacional de Salud Revista Monitor Estratégico de la Superintendencia Nacional de Salud. ISSN 2256-1307.
41. Defensoría del Pueblo. Programa de salud. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. 2009. Índice de Satisfacción de usuarios de salud-ISUS.
42. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. Defensoría del Pueblo, Bogotá, D.C. 2012.

ANEXOS

- Anexo No 1. Instrumentos de revisión de fuentes documentales.

Proyecto:

Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, Colombia 2011 - 2012

FICHA RD1

PARA REVISIÓN DE CONSULTAS

Aspecto a Revisar	Matriz de Análisis
Fecha	
Tipo y título del documento	
Institución y/o responsable de la realización del documento	
Objetivos del documento	
Demandas de la población	
- Oportunidad	
- Medicamentos	
- Remisión a Medicina Especializada	
- Barreras de Acceso	
- Autorización de Procedimientos	
- Problemas de Presupuesto	
- Otras Inconformidades	
Aportes del documento	
Observaciones finales (limitaciones o dificultades del texto).	

- Anexo No 2. Instrumentos de revisión de fuentes documentales.

Proyecto:

Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, Colombia 2011 - 2012

**FICHA RD2
PARA REVISIÓN DE RESPUESTAS**

Aspecto a Revisar	Matriz de Análisis
Fecha	
Tipo y título del documento	
Institución y/o Responsable de la realización del documento	
Objetivos del documento	
Respuestas otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud	
- Mención de la Normatividad Legal Vigente	
- Requerimiento a la Entidad Correspondiente	
- Tiempo de Respuesta dado al Vigilado	
- Correspondencia del Caso a otra Entidad	
- Información sobre el Estado de la Demanda	
Aportes del documento	

Observaciones finales (Limitaciones o dificultades del texto).	
---	--

- Anexo No 3. Guía de preguntas - Entrevista Individual dirigida a los expertos

Proyecto:

Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas, Colombia 2011 – 2012

Formato ET1

Guía de preguntas - Entrevista Individual dirigida a los expertos

El papel concreto que jugará cada uno de los expertos acercando a ellos de manera individual, será que mediante su trayectoria, conocimiento y experticia en el tema sus comentarios y percepciones apuntalen las conclusiones obtenidas en el proceso de revisión documental. Su visión servirá para contrastar, complementar y dar recomendaciones definitivas para la escritura del informe final.

DD	MM	AAA

LUGAR DE ENCUENTRO: _____

ACTOR ENTREVISTADO:

Nombre del Participante	Perfil Profesional

GUÍA DE PREGUNTAS:

1. Considera usted, que los mecanismos implementados por la Superintendencia Nacional de Salud para estimular la participación ciudadana son los adecuados?
- 2.Cuál sería su recomendación para estimular dichos mecanismos y cuáles serían las vías más apropiadas?
3. Cree usted que en la actualidad, la Superintendencia Nacional de Salud tiene la capacidad de respuesta adecuada a las peticiones de los usuarios?
4. Qué herramientas tecnológicas se podrían implementar para el mejoramiento de las Consultas Ciudadanas? Estaría de acuerdo con hacer foros virtuales?
5. A qué nivel cree usted que se debe realizar una intervención adecuada para mejorar la oportunidad en la atención del usuario?
6. Dentro del modelo actual basado en el aseguramiento, cómo cree usted que podríamos mejorar la atención al usuario dentro de ese mismo modelo?