



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Albarran Bonilla, BC; Bosiga Higuera, E; Cáceres Cuevas, CR. La participación de los comités de vigilancia ciudadana en el sistema general de seguridad social. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0131.php>

## **LA PARTICIPACIÓN DE LOS COMITES DE VIGILANCIA CIUDADANA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

BLEIDY CONSTANZA ALBARRAN BONILLA

ELIZABETH BOSIGA HIGUERA

CARMEN RUBIELA CACERES CUEVAS

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

TUNJA

2.001

LA PARTICIPACIÓN DE LOS COMITES DE VIGILANCIA CIUDADANA EN EL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

BLEIDY CONSTANZA ALBARRAN BONILLA

ELIZABETH BOSIGA HIGUERA

CARMEN RUBIELA CACERES CUEVAS

Trabajo de grado para optar al título de Enfermeras

DIRECTORA

MIRYAM MAHECHA ANGULO

Licencias en Ciencias de la Enfermería

Especialista de Salud Ocupacional

Magíster en Educación

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

TUNJA, BOYACA

2.001

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Miryam Mahecha, Enfermera y Directora de la investigación, por sus valiosos consejos y orientaciones.

Al Instituto de Investigación y Formación Avanzada por el respaldo otorgado a este proyecto.

A la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja, especialmente a sus representantes por su interés y colaboración durante el desarrollo de esta investigación.

Al Capitán Ricardo Moya, coordinador del Departamento de Bienes y Suministros del Comando de la Policía por su colaboración al prestarnos un espacio para el desarrollo de este proyecto.

## CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	12
1. ANTECEDENTES	15
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	18
3. PROBLEMA	20
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	21
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. MARCO CONCEPTUAL	26
6.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	26
6.1.1 Antecedentes Reforma del Sistema Nacional de Salud	26
6.1.2 Definición del sistema General de Seguridad social en Salud	30
6.1.3 Plan Obligatorio de Salud	32
6.1.4 Planes de Beneficio para los Regímenes Contributivo y Subsidiado	36
6.1.5 Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN)	40

6.1.6 Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado	45
6.2 PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD	46
7. MARCO GEOGRAFICO	51
8. DISEÑO METODOLOGICO	57
9. DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DEL TRABAJO CON LA COMUNIDAD DE LA ZONA TRES DEL MUNICIPIO DE TUNJA	75
10. SUGERENCIAS	88
11. CONCLUSIONES	89
12. BIBLIOGRAFÍA	91
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93

## LISTA DE TABLAS

	Pág
TABLA 01 Población Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Tunja	44
TABLA 02 Afiliados Régimen Subsidiado	44

## LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Acta de conformación del comité de Vigilancia	
Ciudadana de la zona 3 del municipio de Tunja.	94
Anexo B. Cartilla Resumen de la capacitación	95

## ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE VIGILANCIA CIUDADANA

Fecha: 26 de Septiembre de 2.001

Hora: 6:30 P.M.

Lugar: Salón Comunal del Barrio Hunza

Reunidos los representantes de los barrios de la zona 3 del Municipio de Tunja, las estudiantes de la Escuela de Enfermería Bleidy Albarrán, Elizabeth Bosiga, Rubiela Cáceres y la Directora del Proyecto Miryam Mahecha Angulo. Se procedió a hacer entrega de la cartilla resumen. Seguidamente los asistentes eligieron 3 personas para que conformen legalmente el comité de vigilancia ciudadana así:

Presidente: Estela Ruiz

Secretario: José Anatolio González

Coordinador: Antonio Jiménez

Se hizo claridad en que todos los participantes son miembros activos de dicho comité y que se comprometen a trabajar por la comunidad que representan.

En constancia firman:

Los que en ella participaron



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación surge de la necesidad de brindar a una comunidad vulnerable, la oportunidad de organizarse y participar activamente por medio del conocimiento, creando espacios que faciliten la organización de la población directamente afectada por la deficiencia en la prestación de los servicios de salud.

La participación social en salud ha tenido una evolución poco satisfactoria a pesar de haber tenido normatividad durante varias décadas. En la Constitución Política de Colombia se crean amplios espacios que permiten la participación activa, pero a su vez se observa la poca divulgación en cuanto a derechos y deberes otorgados por esta a todos los ciudadanos; así mismo no se ha brindado una suficiente motivación para que la comunidad participe, ya por falta de divulgación o por apatía de la comunidad.

Con esta investigación se busca crear una cultura de participación donde sea la comunidad, quien fiscalice directamente la adecuada prestación de los servicios de salud, haciendo cumplir los principios de eficacia, eficiencia, universalidad y solidaridad. Donde se busca que sea la misma comunidad la que se organice con los conocimientos ya adquiridos sobre derechos y deberes en participación dentro del sistema general de seguridad social en salud.

Para lograr una participación activa y eficaz es esencial el conocimiento por lo cual

consideramos un deber compartirlos con nuestro entorno social. Se busca obtener un alcance significativo, implementándola en otras zonas del municipio.

Con la metodología acción participación se pretende que sea la misma comunidad quien detecte sus necesidades prioritarias y a la vez busque conjuntamente soluciones que se vean reflejados en el mejoramiento de su calidad de vida.

**TITULO:**

La participación de los Comités de vigilancia Ciudadana, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**AREA DE INVESTIGACIÓN:**

Desarrollo Humano

**LINEA EN LA CUAL SE INSCRIBE:**

Educación y Pedagogía en Enfermería

## 1. ANTECEDENTES

El desarrollo de la participación social en salud surge desde 1960, cuando ésta se planteó como una colaboración en la realización de algunos programas de control epidemiológico o de inmunización planteados por el Ministerio de Salud, cuyo objetivo era crear un espacio que posibilitara la organización y puesta en marcha de los comités de salud con el fin de resolver problemas de orden coyuntural; sin embargo dichas formas de participación social no llegaron a producir impacto en las decisiones de ese momento. (1)

Entre 1.981 y 1.984 el estado intenta crear comités comunales de salud por medio del Plan de Participación de la Comunidad en Atención Primaria de Salud; En 1.989 con el Decreto 1416 se crearon los Comités de Participación Comunitaria (COPACO) dando respuesta al proceso de descentralización iniciado en el año de 1.986, sin embargo dichos comités se unieron a los organismos de salud existentes, impidiendo así una gestión más global, pasando a una gestión meramente hospitalaria. (1)

La Constitución Política de Colombia basándose en la Ley 10 y Decreto 1216 de 1.990

y complementándose con la Ley 100 de 1.993 y Decreto 1757 de 1.994 (2), promulga la creación de espacios para la participación social reconociendo el derecho y el deber de todo ciudadano de participar en la vida política, cívica y comunitaria del país, para lo cual se requiere una comunidad activa que se involucre con trabajo y esfuerzo, con el propósito de fiscalizar las actuaciones de los funcionarios públicos con la debida rectitud, respecto e imparcialidad en los procesos que se desarrollan en su respectiva localidad.

Cumplida una década de normatividad y de experiencias que involucran la comunidad en el control de los programas en salud, en el país no existen investigaciones formales que den cuenta del impacto de la participación comunitaria en la gestión de la salud.

A nivel departamental se ha realizado una investigación en el municipio de Firavitoba “Régimen Subsidiado en el Municipio de Firavitoba”, realizado en 1.999 por La Fundación San Isidro, el Hospital San José y la Escuela de Enfermería de la U.P.T.C. la cual tuvo como objetivo central con la participación de la comunidad reflexionar sobre los derechos y deberes de los ciudadanos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Subdirección de Participación Ciudadana de la Contraloría Departamental ha realizado capacitación a nivel municipal en todo el departamento sobre mecanismos de Participación Ciudadana y Organizaciones Comunitarias, pero no

se ha dado la suficiente motivación para que las poblaciones conformen los comités. En el Municipio de Tunja no se han realizado procesos sistematizados de estudio acerca de este tema.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA**

Actualmente en el Municipio de Tunja no se hallan conformado los COPACOS, Veedurías Comunitarias y Comités de Vigilancia Ciudadana, por lo cual la comunidad no tiene suficiente representación ante las diferentes instancias gubernamentales, viéndose reflejado en la falta de participación activa en la vigilancia y control de la gestión y ejecución de proyectos y programas en el sector salud.

En dialogo directo con la comunidad se detecta una falta de conocimiento relacionado con los derechos y deberes otorgados por las leyes, lo cual se refleja en la exclusión y aislamiento de la participación activa de los usuarios en el control de los servicios de salud.

Según el Acuerdo 014 de Mayo de 2001 que establece el Plan de Ordenamiento Territorial, El Municipio de Tunja se divide en 10 zonas de las cuales se tomo la zona 3, con una población aproximadamente de 19.932 habitantes (3); La Secretaria de Salud Municipal retoma dichas zonas y asigna al puesto de salud del barrio San Antonio, los

siguientes barrios, que se encuentran en su área de influencia: Santiago de Tunja, Nazareth, Manzanares, Castillos de Oriente, Jordán, Hunza, Los Patriotas, Cooservicios, Bochica, Villa Bachue, La peñita, San Antonio y Santa Martha.



### **3. PROBLEMA**

La educación a la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja, es fundamental para la participación activa de la misma, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ejerciendo sus derechos y cumpliendo sus deberes?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Lograr la participación activa de la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la conformación y capacitación del comité de vigilancia ciudadana.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Lograr la participación activa de la comunidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la realización de talleres en cada uno de los barrios de la zona 3 del Municipio de Tunja
- Motivar a la comunidad de la zona 3 del municipio de Tunja para que conformen el comité de participación ciudadana.

- Con participación activa de la comunidad capacitar a los miembros del comité de vigilancia ciudadana sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud: derechos, deberes y formas de participación comunitaria contemplados en la Ley.
- Con participación activa de la comunidad capacitar a los miembros del comité de vigilancia ciudadana sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud: derechos, deberes y formas de participación comunitaria contemplados en la ley.



## **5. JUSTIFICACIÓN**

Con la realización de este proyecto se pretende organizar y capacitar a la comunidad de la zona 3 del municipio de Tunja, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, brindando los conocimientos necesarios para ejercer un control del sistema bajo los principios de eficiencia, eficacia y equidad, logrando así la optimización de la participación de la comunidad.

Se implementaran estrategias significativas para dar a conocer los derechos y deberes según lo establecido por la ley, con esfuerzos conjuntos que ayuden a la comunidad a conformar el comité de vigilancia ciudadana y así lograr un trabajo intersectorial para mejorar la calidad de vida de la población de esta zona.

Se espera que en un futuro, con la participación activa del Comité de Vigilancia Ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población de la zona 3 del Municipio de Tunja se beneficie mejorando su calidad de vida por medio de un adecuado y satisfactorio acceso a los servicios que el sistema les brinda de acuerdo a la

ley.

Al implementar el comité de Vigilancia Ciudadana, se busca concientizar sobre la cultura de la participación, involucrando a la comunidad directamente afectada por la inadecuada prestación de los servicios de salud dando la posibilidad de que los usuarios fiscalicen el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo a la normatividad vigente .

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio se podrá implementar en las otras zonas del municipio, buscando la participación activa y eficiente en las 9 zonas restantes del Municipio de Tunja.

En la escuela de Enfermería esta investigación fortalecerá la línea de Educación y Pedagogía en la sublínea de educación informal, mediante la cual el programa se proyecta a la comunidad cumpliendo con un deber social de la educación superior, que es colaborar con la solución de los problemas del entorno o de su área de influencia.

Esta investigación colabora al fortalecimiento de los conocimientos teóricos, habilidades y actitudes adquiridos durante nuestra formación profesional, porque al

tener un contacto directo con la comunidad, conocer sus necesidades prioritarias y buscar conjuntamente soluciones, se ejerce el sentido de compromiso al intervenir en esta población. El estudio servirá al Gobierno Nacional, principalmente Ministerio de Salud para mejorar las estrategias de divulgación de las normas relacionadas con la participación de la comunidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de encontrar opciones de mejoramiento al actual sistema, cuyos principios filosóficos son válidos pero que ocho años después no ha resuelto totalmente la problemática en salud de las comunidades.

El impacto de esta investigación radica en trabajar con la comunidad, por medio de estrategias educativas participativas, en busca de alternativas de cambio utilizando los derechos otorgados en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

### **6.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

6.1.1 Antecedentes de la Reforma del Sistema Nacional de Salud. El sistema de salud de Colombia, incluida la seguridad social, hasta la vigencia de la Ley 100 de 1.993 se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia.

La carencia de universalidad del sistema vigente hasta 1.993 se expresaba principalmente en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población Colombiana. La falta de solidaridad del sistema se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos para los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios. Las principales irregularidades se pueden



sintetizar así:

- Falta de universalidad: El sistema de seguridad social, diseñado inicialmente para lograr la cobertura de la mayor parte de la población trabajadora alcanzo protecciones muy limitadas. En la práctica se limito a la afiliación de los trabajadores asalariados de los cuales cubrió cerca del 50%. Esto implicó que la cobertura de la población total nacional por la seguridad social fuera incluso menor al 20%. La cobertura a la familia dependiente del trabajador era mínima, se circunscribía a la esposa (o) o compañera (o) y al hijo menor de un año. La población nacional, alrededor de un 11% estaba en capacidad de pagar su atención, aunque no estaba afiliada a una entidad de seguridad social. Este grupo incluía aquellas personas que acudían a las múltiples entidades y personas independientes que brindaban sus servicios en forma privada. (5)

Se consideraban los servicios de salud del sector público, organizados en los servicios seccionales de salud, entidades que dependían de autoridades nacionales, departamentales y municipales, que prestaban servicios a la población que no tenían la posibilidad de acceder a la atención por la seguridad social.

- Solidaridad Ineficiente: Existían diferencias en la asignación de los recursos entre los subsistemas público y de seguridad social y la insuficiencia de recursos para la atención de amplios grupos de la población.

La asignación de recursos públicos para la salud no tuvo incrementos entre 1.980 y 1.990 mientras los gastos en atención de los afiliados a la seguridad social crecieron en proporciones pequeñas representando un detrimento per cápita en el gasto, dado el crecimiento de la población.

En resumen la estructura de distintos subsistemas de protección, atención y financiación aducían a que el conjunto total de recursos destinados a salud por las entidades públicas representaban una suma apreciable que no producía una eficiencia razonable debido a la falta de cobertura, a la heterogeneidad de subsistemas y a la falta de canales de solidaridad entre ellos.

Por lo anterior, se requería reorganizar conceptual, estructural, administrativa, técnica y financieramente el sistema, para lograr el objetivo de salud para todos. Este era el principal fundamento de la nueva organización institucional del sistema general de seguridad social en salud que buscaba tener los instrumentos adecuados que permitieran llegar directamente a la población más vulnerable.

- Ineficiencia: La debilidad de la estructura institucional y administrativa del sector influían en la situación de inequidad observada en el sistema, por cuanto no se habían

creado los incentivos adecuados para mantener la salud de la población, ni para llegar a los más pobres y menos para que fueran prestados con mayor calidad y a menores costos. Aunque existía la tecnología apropiada para prevenir y atender tempranamente la mayor proporción de las causas de enfermedad de la población, los incentivos a su uso extendido por parte de la misma gente y de los proveedores de servicios, no eran los adecuados haciendo ineficiente la prestación de los servicios.

La Constitución Política de 1991 define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. (6) En lo relacionado a salud, establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Art 48) Así mismo garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio público a cargo del estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla los servicios los cuales se deben organizar en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad (Art 49)

En los aspectos financieros la constitución política establece los principios de la distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la administración pública (Art 356), contenido que fue desarrollado mediante la ley 60 de 1993: se define el situado fiscal y su destinación. También establece que las rentas por juegos de suerte

y azar serán exclusivas para el sector de la salud, y las de licores serán tanto para salud como para educación (Art 336).

Finalmente dice que en los planes y presupuestos de la nación y de las entidades territoriales el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación (Art 336). (6)

6.1.2 Definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El sistema General de Seguridad Social integral creado por la ley 100 de 1993, es un proyecto estructural que cambia y reorganiza el sistema de prestación de servicios de salud. Esta reforma se vio a demás acompañada de la ley 60 que fortalece el proceso de descentralización del sector iniciado en 1990. Estas normas constituyen los pilares del nuevo modelo de organización del sector salud, mas descentralizado y con mucha más participación y solidaridad para obtener la cobertura total de la población. La ley 100 establece una reforma al sistema integral de seguridad social en el país integrando salud, pensiones y riesgos profesionales. El nuevo sistema general de seguridad social en salud fortalece los mecanismos de solidaridad a través del acceso de todos los colombianos aun plan de protección integral de la salud, que alcanzara la meta definitiva en el año 2001; “Salud para Todos”. La cobertura universal e integral es una meta que se lograra en forma progresiva, ampliando gradualmente los beneficios y los beneficiarios.

El sistema se conforma de una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, buscando iguales prestaciones en salud, que deberán integrarse en su funcionamiento, y tendrán una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad para lograr la universalidad y ampliar cobertura.

El sistema plantea la obligatoriedad de la afiliación de los asalariados y los grupos de población con capacidad de pago, quienes se vincularan al sistema mediante el pago de cotizaciones, cobijando a todos los miembros de la familia.

El estado otorgara subsidios totales o parciales para asegurar su vinculación para las personas sin la capacidad suficiente para pagar. (5)

6.1.3 Plan obligatorio de Salud. El POS constituye un paquete de servicios de promoción, prevención y atención de la salud respondiendo a todas las patologías y dolencias mas frecuentes concentrando esfuerzos sin discriminar ninguno de los grupos de edad ni genero. Las prestaciones de salud cubiertas en el POS del sistema general de seguridad social en salud creado por la ley 100 de 1.993 son en general los que contempla el decreto 1650 de 1.997 así:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento
- Protección a la maternidad
- Rehabilitación física

La prestación de servicios de salud se complementa por los beneficios en caso de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y la atención requerida en casos de accidentes de tránsito, desastres naturales y atentados terroristas. El plan incluye para los afiliados cotizantes al régimen contributivo, licencias de maternidad e incapacidad por enfermedad general. También se incluyen servicios preventivos, promocionales y de tratamiento ambulatorio y hospitalario que el POS ofrecen a todo colombiano:

- Acceder en promedio 2 veces al año al servicio médico y a exámenes de diagnóstico
- Acceder en promedio 1 consulta odontológica al año
- Acceso a toda mujer en edad fértil a un adecuado control prenatal
- Prevención de cáncer cervico – uterino
- Adecuado uso de métodos anticonceptivos
- Adecuada atención del parto y puerperio
- Atención a enfermedad respiratoria, digestiva y genito urinaria de alta incidencia
- Prevención y manejo de la enfermedad cardiovascular, infecciones y patologías del sistema nervioso.

- Prevención y manejo de diabetes mellitus, trastornos endocrinos y metabólicos, enfermedades psiquiátricas, control de hipertensión y el manejo de la información por parte del paciente sobre los factores de riesgo de tales enfermedades.
- Tratamiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento de neoplasias
- Atención visual
- Atención odontológica (no contempla procedimientos de prótesis, tratamientos periodontal y ortodoncia)
- Atención de urgencias

El diseño del POS contempla la descripción de los denominados conglomerados, dividiendolos en mas de 31 que agrupan tratamientos para todas las patologías y grupos etáreos.

Algunas actividades de promoción, prevención, diagnostico y tratamiento de algunas enfermedades cubiertas, por el Ministerio de Salud en forma gratuita para toda la población colombiana que se encuentre vinculada a una EPS:

- Centros de atención ambulatoria y de primer nivel
- Planificación familiar no quirúrgica
- Promoción de lactancia materna y otras actividades de promoción y educación para la salud

- PAI
- Paquete de salud escolar ( parasitosis, salud oral, visual y vigilancia nutricional)
- Atención al niño enfermo y enfermedades respiratorias en niños
- Enfermedades diarreicas en niños y parasitosis intestinal
- Atención prenatal y prevención del Ca cervico uterino
- Atención del parto normal
- Salud oral
- Prevención del SIDA y ETS
- Tratamiento de ETS con énfasis en grupos de alto riesgo Infección respiratoria en adultos (ambulatorio)
- EPOC y tuberculosis
- Diabetes mellitus y otras enfermedades del sistema endocrino
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades del aparato genitourinario
- Enfermedades del aparato músculo esquelético
- Trauma menor urgente
- Enfermedades neuro psiquiátricas
- consulta general
- Atención de segundo y tercer nivel
- Tratamiento de diarrea crónica y disentería en niños
- Tratamiento de complicaciones de enfermedades respiratorias en adultos
- Tratamiento de complicaciones de enfermedades respiratorias en niños
- Parto de alto riesgo, atención prenatal y perinatal intermedia
- Vasectomía y salpingoplastia
- Meningitis, epilepsia y otras infecciones o patologías del sistema nervioso



central

- Cirugía general abdominal
- Trauma mayor urgente
- Enfermedades neuro psiquiátricas
- Neoplasias
- Atención a otros diagnósticos

#### Paquete de aseguramiento para enfermedades catastróficas

- Trauma mayor
- Malformaciones congénitas
- Transplantes
- Neoplasias
- SIDA
- Cerebro vasculares

#### 6.1.4 Plan de Beneficios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado:

- Atención básica de primer nivel: acciones de promoción y educación.  
Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el Sistema

General de Seguridad Social en Salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado y la solidaridad. Incluye el suministro de material educativo.

- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica. Están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.
  
- Acciones de recuperación de la salud:
  - Atención ambulatoria de primer nivel
  - Atención hospitalaria de menor complejidad
  - Atención ambulatoria en el segundo y tercer nivel de atención
  - Atención hospitalaria de mayor complejidad
  - Atención a enfermedades de alto costo: Patologías cardíacas, patologías del sistema nervioso central, Insuficiencia renal, gran quemado, infección por VIH, cáncer, reemplazo articular total o parcial de cadera o rodilla, cuidados intensivos.

- Transporte de pacientes:
  - Pacientes de alto costo. Traslado de pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que requieran atención en un nivel superior.
  - Urgencias. Traslado interinstitucional de pacientes entre los diferentes niveles de atención.
  
- Medicamentos y Ayudas diagnosticas. Definidos en el manual de medicamentos y terapéutica detallado en el artículo 45 del Decreto 1938 de Agosto de 1.994, en el artículo 101 de la resolución 5261 de Agosto de 1.994, en el Acuerdo 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen.

La ley ha previsto que una vez el SGSSS se consolide, el POS para afiliados al régimen subsidiado sea similar a aquél definido para los afiliados al régimen contributivo. La prestación de los servicios del POS subsidiado debe orientarse hacia la atención integral de la familia, combinando acciones asociadas al primer nivel de atención con acciones individuales, familiares y comunitarias que enfatizan la promoción y educación de la salud, así como la prevención de las enfermedades mediante un enfoque participativo.

(7)

El POS subsidiado incluye los siguientes beneficios:

- Educación y promoción de la salud en forma específica y continua, dando respuesta a los principales problemas o eventos de salud prevalentes en la comunidad.
- Protección específica de la salud a nivel colectivo e individual.
- Atenciones de recuperación de la salud (ambulatoria de primer nivel).
- Salud oral para niños de 2-14 años, embarazadas, otros de 15-44 años y mayores de 45 años.
- Atención hospitalaria de primer nivel.
- Atenciones de recuperación de la salud (ambulatoria del segundo y tercer nivel consulta especializada).
- Atención hospitalaria de segundo y tercer nivel.
- El plan de Atención Materno Infantil

La Constitución Colombiana ha definido que sin duda el grupo prioritario de atención en salud debe constituirlo el binomio madre - hijo menor de un año. Se indica que ésta es precisamente una de las áreas donde mayor ganancia en salud podría generarse a través de un apropiado cuidado prenatal y atención del parto representando un número enorme de años de vida saludable ganado.

El paquete de atenciones incluye la atención integral en tres fases complementarias: embarazo, parto y post parto y la atención infantil. (7)

6.1.5 Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN): Es un conjunto de reglas, normas y procedimientos que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada para focalizar el gasto social. El Gobierno Nacional por mandato de la ley 60 ha desarrollado, a través del Departamento Nacional de Planeación, el Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios del Estado (SISBEN) aprobado por el Consejo Nacional de Planeación (CONPES Social). El SISBEN es una herramienta que facilita la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida.

La ley 100 sugiere que entre las personas más pobres deberían privilegiarse aquellas que resulten más vulnerables, entre los que se encuentran indígenas, campesinos, discapacitados y enfermos de lepra, niños, mujeres y personas de la tercera edad, taxistas, obreros de construcción y periodistas independientes.

El Ministerio de Salud considera que debería privilegiarse la atención a la población más vulnerable en salud, donde los dos grupos prioritarios deberían ser las poblaciones discapacitadas y el binomio madre-niño menor de un año (Plan de Atención Materno Infantil).

Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el Acuerdo 77 del CNSSS. La identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). Cualquier ciudadano puede solicitar, en cualquier momento, que le sea aplicada la encuesta SISBEN en su municipio de residencia. De igual manera cualquier ciudadano puede solicitar que se revise una o varias encuestas determinadas con el fin de verificar la información allí consignada, o determinar la existencia de variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido.

Las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el SISBEN. El Gobernador del Cabildo entregará al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, fecha de nacimiento, número de identificación, parentesco, sexo y discapacidad si la presenta, de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser beneficiarias del Régimen Subsidiado. Los indígenas que pertenezcan al régimen contributivo, por ser servidores públicos o empleados del sector privado, pensionados, o por desarrollar alguna actividad económica

que les permita tener capacidad de pago, no podrán pertenecer al régimen subsidiado.

La población infantil abandonada será identificada a través de certificación expedida, por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de conformidad con el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud. Cuando una persona, sea considerada indigente, por carecer de vivienda e ingresos, deberá ser identificada por la respectiva Alcaldía Municipal como beneficiaria del subsidio, sin necesidad de la aplicación del SISBEN y de conformidad con el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud. Los artistas, autores y compositores, cuya calidad haya sido reconocida por los Consejos Territoriales de Cultura, de conformidad con el artículo 30 de la Ley 397, serán afiliados al régimen subsidiado, previa aplicación del SISBEN y de conformidad con lo establecido en el presente Acuerdo.

Con el fin de garantizar la afiliación, los Alcaldes solicitarán a los Consejos de Cultura la información sobre las personas que tienen la calidad de artistas, autores y compositores, para efectos de su eventual afiliación al régimen subsidiado.

La aplicación del SISBEN, su implementación y administración estará a cargo del Alcalde del respectivo municipio. Es responsabilidad de las Alcaldías, mantener a disposición del público toda la información concerniente al resultado de la aplicación

del SISBEN en su territorio y deberán entregar un informe anual, en el mes de enero, al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, que contenga como mínimo la siguiente información: número de personas encuestadas clasificadas por nivel de SISBEN, grupo etéreo, y área rural o urbana; número de personas identificadas como beneficiarios por nivel de SISBEN, grupo etéreo, y área rural o urbana, identificando dentro de estos grupos la población materno infantil, indígena y discapacitada. Este informe debe ser entregado igualmente a las Direcciones Seccionales de Salud y demás organismos de control que lo soliciten.

A las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, les corresponde verificar que las personas identificadas como beneficiarios potenciales sean efectivamente las personas más pobres y vulnerables del respectivo municipio. Así mismo revisarán que se encuentren incluidas las personas que tendrían derecho a los subsidios. (8)

TABLA No. 01 POBLACION AFILIADA AL SGSSS EN TUNJA



<b>TIPO AFILIACIÓN</b>	<b>No. PERSONAS</b>	<b>%</b>
<b>REGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	71.430	59.4
<b>REGIMEN SUBSIDIADO</b>	19.116	15.9
<b>VINCULADO</b>	29.659	24.7
<b>TOTAL</b>	120.205	100

Fuente: Plan de Atención Básica. Tunja. 2000

Tabla No. 02 AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

<b>AREA</b>	<b>NIVEL I</b>	<b>NIVEL II</b>	<b>NIVEL III</b>	<b>TOTAL</b>
<b>URBANA</b>	4.023	10.591	0	14.624
<b>RURAL</b>	1.433	3.059	0	4.492
<b>TOTAL</b>	5.456	13.650	0	19.116

<b>POBLACION RURAL CARNETIZADA NIVEL 1 Y 2</b>	4.492	+ 100%
<b>POBLACION URBANA CARNETIZADA NIVEL 1 Y 2</b>	14.624	79.4%
<b>TOTAL POBLACION AFILIADA REGIMEN SUBSIDIADO (CARNETIZADOS)</b>	19.116	

Fuente: Plan de Atención Básica. Tunja. 2000

6.1.6 Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado: En principio las Entidades Promotoras de Salud (EPS) debían ser las instituciones básicas de administración del régimen subsidiado, pero la ley 100 previó algunas condiciones institucionales especiales durante el periodo de transición. Recomendó concentrar la administración de este régimen en EPS sin ánimo de lucro dando especial prioridad a las Empresas Solidarias de Salud. (5)

Tipos especiales de administradoras del subsidio:

- Empresas Solidarias de Salud
- Cajas de Compensación Familiar
- Entidades que administren el PAMI ( Plan Materno Infantil)

En la ciudad de Tunja existen 5 entidades encargadas de dicha administración, que son:

COOSALUD

COESALUD

CAJASALUD

CAPRECOM

COMPARTA

## **6.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

El Estado Colombiano evidenció durante gran parte del siglo XX una centralización política, económica e institucional que generó una brecha entre el estado y los ciudadanos. En lo político se vio una mayor concentración de las decisiones en las cúpulas de los partidos, lo cual provocó la abstención, falta de contacto con el pueblo y un aislamiento de los ciudadanos con el estado; en lo económico la concentración de los ingresos fiscales en la administración central y como consecuencia un aumento en la intervención económica; en lo institucional se presentó una concentración de funciones a cargo del estado aun siendo de índole local dentro de las entidades de carácter nacional.

Por lo anterior en el Estado Colombiano se impulsó la idea de la democratización como fundamento del desarrollo de la nación para lo cual se formularon proyectos de participación ciudadana que acompañaran el proceso de reforma y modernización del estado y que llevara implícita la descentralización como eje fundamental del cambio social donde se diera mayor prioridad a los problemas cotidianos jerarquizados por la población.

A partir de 1990 con la ley 10 se determinó la descentralización de la administración de los servicios de salud estableciendo los principios básicos con los cuales se regirá éste,

entre los cuales se encuentra la participación ciudadana como deber de todos el propender por la conservación de la salud, personal, familiar y comunitaria, a demás de contribuir en la plantación y gestión de los respectivos servicios de salud. La participación comunitaria en la cual la comunidad tiene derecho a participar en el proceso de diagnostico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión de los servicios de salud.

En la constitución de 1991 se establece la seguridad social como un derecho irrenunciable y como un servicio publico gratuito conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Art. 48). Este servicio a cargo del estado se debe organizar en forma descentralizada por niveles de atención y con la participación de la comunidad (Art. 49) (6)

La carta magna ratifica la orientación descentralizadora de la nueva institucionalidad y consagra múltiples formas de participación que garantiza mayores recursos de poder político a los ciudadanos y mayores posibilidades de expresión en un escenario descentralizado en lo político, administrativo y poner de manifiesto la transformación de la concepción del estado en el que sé de mayor importancia a la función social y la participación ciudadana posibilitando el acercamiento entre el estado colombiano y las comunidades por medio de la administración municipal la cual es la responsable de promover el ejercicio de la participación social en la gestión de los aspectos que atañen

a su bienestar.

La participación ciudadana en la administración pública no se limita a la figura de las veedurías ciudadanas sino a otras formas representativas de la comunidad en las que hacen parte las organizaciones sociales y comunitarias. La participación democrática no solo implica el derecho a decidir sobre los asuntos de interés colectivo, sino también el de focalizar la ejecución de obras y la prestación de servicios por parte de las entidades del estado que administran recursos públicos y el de exigir transparencia, eficiencia y oportunidad. (1)

La normatividad que rige actualmente la participación social en salud se encuentra fundamenta en:

- Artículo 103 Constitución Nacional: “Son mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía, el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa y la revocatoria del mandato”
  
- Artículo 270 Constitución Nacional: “La ley organizara las formas y sistemas de participación ciudadana que permiten vigilar la gestión publica, que se cumpla

en los diversos niveles administrativos y sus resultados”

- Artículo 66 Ley 80 de 1.993: “ Todo contrato que celebren las entidades estatales, estará sujeto a la vigilancia y control ciudadano”
  
- Artículo 100 Ley 134 de 1.994: “Las organizaciones civiles podrán constituir veedurías ciudadanas o juntas de vigilancia a nivel nacional y en todos los niveles territoriales con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma y la prestación de los servicios públicos”
  
- Artículo 167 Ley 136 de 1.994: “Los organismos de control vincularan a la comunidad en la realización de su gestión fiscalizadora sobre el desarrollo de los planes programas y actividades que realice la entidad fiscalizada”
  
- Artículo 51 Ley 190 de 1.995: “Establece con la finalidad de un control social y de participación ciudadana que todos los entes territoriales publiquen en sitio visible de cada una de las entidades, una vez al mes, una relación singularizada

de los bienes adquiridos y servicios contratados”

## 7. MARCO GEOGRAFICO

El trabajo se desarrolla con la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja. Esta ubicada en la cordillera Oriental de los Andes. Su territorio en la mayor parte es montañoso, ubicado en accidentes orográficos como las cuchillas de Perico, Cazadero, y Peña Negra y las lomas de La Sierra y La Cascada. Es una ciudad de altiplano, bosque seco montañoso bajo localizado en la zona andina. Su altura sobre el nivel del mar es de 2820 metros, lo cual la sitúa dentro de un piso térmico frío, con una temperatura media de 12.5 °C. Su altura mínima es de 2.400 m.s.n.m. y su altura máxima es de 3.200 m.s.n.m. Tiene dos clases de pisos térmicos: El páramo 31.9 % y Frío 68.1 %.

Para determinar su altura sobre el nivel del mar se toman los siguientes puntos de referencia:

- ◆ 2735 m.s.n.m Aeropuerto
- ◆ 2777 m.s.n.m Plaza de Bolívar
- ◆ 2890 m.s.n.m Capilla de San Lázaro

Su extensión es de 119.3 Km<sup>2</sup>, de los cuales 19.3 corresponden al sector urbano (16%) y 100 Km. al sector rural (84%). Localizada a: 5 grados, 32 minutos, 2 segundos de



Latitud Norte, : 73 grados , 22 minutos, 44 segundos Longitud Oeste de Greenwich, 0 grados, 43 minutos, 0 segundos Longitud en relación con Santa fe de Bogotá

Tunja limita con los siguientes municipios:

- ◆ **Por el Norte:** Motavita, Cómbita, Oicatá.
- ◆ **Por el Oriente:** Chivatá, Soracá, Boyacá
- ◆ **Por el Sur:** Ventaquemada
- ◆ **Por el Occidente:** Samacá, Cucaita y Sorá.

Tunja es un centro turístico, valorado por su patrimonio arquitectónico, cultural e histórico reconocido nacional e internacionalmente. También cuenta con una importante infraestructura hotelera y de restaurantes.

La población para el año 2.000 es de 120.205 habitantes según el Sistema Básico de Información de la Secretaria de Salud Departamental y a las proyecciones hechas por la oficina del DANE. Cuenta con los servicios de acueducto y alcantarillado, aseo, energía eléctrica y teléfono. Los servicios públicos aunque han mejorado en los últimos años, presentan deficiencia en cobertura, oportunidad y continuidad, así como una tímida

proyección.

El municipio cuenta con 9 puestos de salud, 7 urbanos y 2 rurales, además de Empresa Social del Estado Hospital San Rafael y Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, que cubren las consultas de 2 y 3 nivel. En su área también se encuentran la Clínica de los Andes y Clínica de Santa Teresa, la Clínica Colombiana de Salud, Clínica Centro de Urgencias, la Policlínica de la Policía, Centro de Cancerología seccional Tunja, Instituto de los Seguros Sociales Centro de Atención Ambulatorio (C.A.A) Tunja. (3)

Tunja cuenta con 8 universidades (dos públicas y seis privadas), colegios de educación básica primaria, de básica secundaria y media vocacional (públicos y privados. Para 1999 se encuentran registrados en el DANE y la Dirección de Educación Municipal 151 establecimientos educativos. (3)

Los indicadores Poblacionales de la zona 3 del Municipio de Tunja muestran una Concentración por rangos de edad donde el 70.6% están entre 0 a 29 años, el 27 % están entre los 30 años a 59 años y el 2.4% los mayores de 60%. De los cuales el 43.4% son hombres y el 56.6% son mujeres. La esperanza de vida al nacer es de 72 años para las

mujeres y 68 años para los hombres. En cuanto al estado civil el 57.3% son solteros, el 40.3% son casados, el 2.3% viven en unión libre y el 0.2% son madres solteras. El 36.6% son estudiantes, el 14.0% se dedican al hogar, el 12.6% son empleados y 36.8% otros. El Índice de desempleo es del 12%. Esta zona tiene un Índice de hacinamiento del 10.8%. (9)

Teniendo en cuenta que la salud la determinan numerosas consideraciones ambientales se explicaran algunas de estas: Las consecuencias del sobre uso de los suelos son funestas, Se aprecian desbalances hídricos, deslizamientos, desertización y erosión por los procesos indiscriminados de deforestación y de labor agropecuaria intensiva e inadecuada por parte de las instituciones. Las actividades agropecuarias teniendo en cuenta las características morfológicas, climáticas y de suelos generan efectos negativos debido a que las prácticas de producción empleadas no son las más recomendadas y se deben fomentar e implementar sistemas de explotación adecuados.

La zona 3 del municipio tiene una población de 24.374 habitantes aproximadamente, distribuidos en 13 barrios, con un área aproximada de 3.380 metros cuadrados, tiene un perímetro de 13.500 metros y una densidad de 4.459 habitantes por Km cuadrado (3). El puesto de salud tiene una población asignada de 9.749 habitantes, con un promedio de 240 consultas Médicas, 320 consultas Odontológicas y 80 consultas de Enfermería por mes aproximadamente. El sector cuenta con 4 concentraciones públicas, 5 Colegios

de Básica primaria, básica secundaria y media vocacional públicos y privados. También se encuentra el Centro Auxiliar de Servicios Docentes (CASD). En cuanto a recreación cuenta con dos polideportivos, 10 parques infantiles y 47 zonas verdes aproximadamente. En el sector están ubicadas las siguientes empresas: Industria Licorera de Boyacá, Planta Embotelladora de Coca Cola, Ser A-QA, Vivero Municipal y Cooperativa Cooservicios. (3)

## 8. DISEÑO METODOLOGICO

Esta investigación es un estudio cualitativo con enfoque crítico-social en el cual a través de una metodología activa participativa se interactúa con la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja, generando el análisis y la reflexión por parte de esta frente a los problemas que actualmente vive en relación con la prestación de los servicios de salud dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud; para luego identificar las posibilidades de participación activa, para mejorar la prestación de los servicios mediante el comité de participación ciudadana.

Inicialmente se realizó un acercamiento, inserción en la comunidad para interactuar con ella, profundizar en la problemática y determinar conjuntamente las principales necesidades en cuanto a salud. Se convocó a la comunidad en cada uno de los barrios mediante perifoneo, carteles y volantes, se realizó la socialización y puesta en común del proyecto de investigación, y se hizo la elección democrática de representante de acuerdo al Decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud para conformar los comités de vigilancia ciudadana.

Después de conformar el grupo de representantes de cada barrio se inicio la capacitación sobre el sistema general de seguridad social en salud. Una vez finalizados los talleres de capacitación se entrego una cartilla resumen de los temas tratados en la capacitación y se procedió a elegir de manera democrática el Comité de Vigilancia Ciudadana de la zona 3 del Municipio de Tunja de la cual queda constancia firmada por las personas participantes (ver anexo 1)

#### UNIDAD DE ANÁLISIS:

Habitantes de la zona 3 del Municipio de Tunja.

#### UNIDAD DE TRABAJO:

Corresponde a las 25 personas que asistieron a los talleres de capacitación.

#### INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ❖ Reuniones en los barrios: San Antonio, Los Patriotas, La Peñita, Manzanare, Cooservicios, Bochica, Villa Bachue, Nazareth, El Jordán, Santiago de Tunja, Hunza, Santa Martha, Castillos de Oriente.
- ❖ Talleres con los integrantes del comité de vigilancia ciudadana sobre los siguientes temas:

- Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Conociendo la Constitución Política de Colombia
- ¿ Qué es el Sistema General de Seguridad social en Salud?
- Entidades Prestadora de Servicios de Salud
- Mecanismos de Participación Ciudadana
- Mecanismos para la protección de los derechos ciudadanos

## TALLER N° 1

**TITULO:** Participación Ciudadana en el Sistema General de Seguridad en Salud

**Dirigido Por:** Investigadoras

**Dirigido a:** Población de cada uno de los barrios de la zona 3 del Municipio de Tunja.

**Duración:** 45 minutos

**Lugar:** Salones Comunales

**Fechas:** Los talleres en los barrios se iniciaron a mediados del mes de Marzo y se continuaron durante abril y mayo. El primer taller se realizo en el barrio La Peñita, continuamos en el siguiente orden: San Antonio, Los patriotas, El Jordán, Nazareth, Curubal, Bochica, Villa Bachue, Cooservicios, Santa Marta, Santiago de Tunja, Hunza y Castillos de Oriente

### **OBJETIVO:**

Reflexionar con la comunidad de la zona 3 del Municipio de Tunja sobre sus derechos y deberes en el Sistema de Seguridad Social en Salud y las formas de participación comunitaria.

### **CONTENIDO:**

- Antecedentes de la participación ciudadana
- Ley 10 de 1.990



- Carta Política de 1.991
- Ley 60 de 1.993
- Ley 100 de 1.993
- SISBEN
- Veedurías ciudadanas.

### **METODOLOGÍA:**

El taller se realizo en los salones comunales de cada uno de los barrios con la ayuda de carteleras, se le explico al auditorio los puntos mas relevantes de estas normas, los derechos y deberes allí establecidos para la implementación de la participación ciudadana dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al finalizar cada taller se dio respuesta a las diferentes inquietudes que manifestó la comunidad.

Por ultimo se realizo la elección de los representantes de cada uno de los barrios, de forma democrática.

### **RECURSOS:**

- Humanos: investigadoras y comunidad de cada uno de los barrios
- Físicos: Salones Comunales, Casas de Familia, Escuelas
- Materiales: Megáfono, carteleras, volantes.

## TALLERES DE LA CAPACITACIÓN

### Taller N° 1

**TITULO:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Dirigido por:** Investigadoras.

**Dirigido a:** Representantes de los barrios.

**Duración:** 2 Horas.

**Lugar:** Salón Comando Policía.

**Fecha:** 13 de Julio de 2.001

### **OBJETIVO:**

Dar a conocer las normas que fundamentan la participación ciudadana, para reforzar el conocimiento de los derechos y deberes otorgados por la leyes.

### **CONTENIDO:**

- ❖ Ley 10 de 1.990
- ❖ Ley 60 de 1.993

❖ Ley 100 de 1.993

### **METODOLOGÍA:**

Se dicto un taller con ayuda de carteles donde se profundizo sobre estas leyes teniendo en cuenta el propósito, funciones y aplicación como fundamento para la participación ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras, representantes de la zona
- Físicos: Auditorio, Tablero.
- Materiales: Carteles

**Taller N° 2**

**TITULO:** Conociendo la Constitución Política de Colombia

**Dirigido por:** Investigadoras.

**Dirigido a:** Representantes de los barrios.

**Duración:** 1 Hora.

**Lugar:** Salón Comando Policía.

**Fecha:** 27 de Julio de 2.001

**OBJETIVO:**

Mediante la realización de un conversatorio entre los participantes del taller dialogar sobre los principios, derechos y deberes establecidos en la Constitución Política de Colombia.

**CONTENIDO:**

- ❖ Principios
- ❖ Derechos y Deberes fundamentales

**METODOLOGÍA:**

Conversatorio

**RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras y representantes de la zona
- Físicos: Salón del Comando de la Policía
- Materiales: Constitución Política de Colombia

**Taller N° 3**

**TITULO:** ¿Qué es el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

**Dirigido por:** Investigadoras.

**Dirigido a:** Representantes de los barrios.

**Duración:** 2 Horas.

**Lugar:** Salón Comando Policía.

**Fecha:** 3 de Agosto de 2.001

**OBJETIVO:**

Brindar educación sobre los aspectos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**CONTENIDO:**

- ❖ Régimen Contributivo
  - ¿Qué es? y ¿Quiénes lo integran?
  - Participación en el régimen contributivo
- ❖ Régimen Subsidiado
  - ¿Qué es?

- ¿Cómo acceder al régimen subsidiado?
- ¿Qué es el SISBEN?
- Participación en el régimen subsidiado

### **METODOLOGÍA:**

Exposición por parte de las investigadoras.

### **RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras y representantes de la zona
- Físicos: Salón del Comando de la Policía
- Materiales: Acetatos

**Taller N° 4**

**TITULO:** Entidades Prestadoras de Servicios de Salud

**Dirigido por:** Investigadoras.

**Dirigido a:** Representantes de los barrios.

**Duración:** 1Horas.

**Lugar:** Salón Comando Policía.

**Fecha:** 4 de Agosto de 2.001

**OBJETIVO:**

Dar a conocer la definición, bases legales y funcionamiento de las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud.

**CONTENIDO:**

- ❖ Empresas Promotora de Salud
- ❖ Administradora del Régimen Subsidiado
- ❖ Empresa Solidaria de Salud
- ❖ Instituciones Prestadoras de Servicios
- ❖ Empresas Sociales del Estado



❖ Cajas de Compensación

**METODOLOGÍA:**

Se inicia con una breve exposición de los temas a tratar y se continua con un conversatorio, intercambiando conceptos y aclarando dudas al respecto.

**RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras y representantes de la zona
- Físicos: Salón del Comando de la Policía
- Materiales: carteleras

**Taller N° 5**

**TITULO:** Mecanismos de Participación Ciudadana

**Dirigido por:** Investigadoras.

**Dirigido a:** Representantes de los barrios.

**Duración:** 1Hora.

**Lugar:** Salón Comando Policía.

**Fecha:** 17 de Agosto de 2.001

**OBJETIVO:**

Promover la participación ciudadana dando a conocer la normatividad por la cual fue creada.

**CONTENIDO:**

- ❖ Decreto 1757 de
- ❖ Decreto 1416 de
- ❖ Ley 134

**METODOLOGÍA:**

Exposición magistral por parte de las investigadoras, haciendo énfasis en los apartes mas importantes de cada una de las leyes.

**RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras y representantes de la zona
- Físicos: Salón del Comando de la Policía
- Materiales: Proyector de opacos y opacos

**Taller N° 6**

**TITULO:** Mecanismos para la protección de los derechos ciudadanos

**Dirigido por:** Investigadoras

**Dirigido a:** representantes de los barrios

**Duración:** 2 horas

**Lugar:** Salón Comando de la policía

**Fecha:** 31 de Agosto de 2.001

**OBJETIVO:**

Dar a conocer los diferentes mecanismos otorgados por la ley, a los ciudadanos para hacer cumplir sus derechos.

**CONTENIDO:**

- Tutela
- Plebiscito
- Cabildo abierto
- Derecho de Petición
- Habeas Hábeas

- Audiencia pública
- Revocatoria del mandato

### **METODOLOGÍA:**

Se inicia con una exposición magistral de cada uno de los temas a tratar y se continua con un conversatorio aclarando dudas al respecto.

### **RECURSOS:**

- Humanos: Investigadoras y representantes de los barrios
- Físicos: salón comando de la policía
- Materiales: Proyector de acetatos y acetatos.

## **9. DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DEL TRABAJO CON LA COMUNIDAD DE LA ZONA 3 DEL MUNICIPIO DE TUNJA**

### **Fase I: Inserción en la comunidad**

La iniciativa de realizar este proyecto surge de la inconformidad de la comunidad frente a los servicios de salud prestados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en el régimen subsidiado. Al hacer la inserción en la comunidad y empezar a conocer su problemática por medio de entrevistas directas con algunos de los habitantes de los barrios La peñita, San Antonio, Jordán y los Patriotas, la comunidad refiere el descontento ante la falta de acceso a los servicios de salud de gran parte de la población. Así mismo se evidencia inconformismo con el sistema de clasificación socioeconómica utilizado por el municipio para ingresar personas al régimen subsidiado. En esta etapa la comunidad nos confundió con funcionarios de la Alcaldía, específicamente con la oficina asesora del SISBEN, nos hacían preguntas acerca de cómo acceder a los carnés, como renovar las constancias, si la visita era para realizar la encuesta o para verificar los datos de la ficha técnica. Algunos comentarios por parte de la comunidad fueron:

“ Es que de nada sirve madrugar todos los martes para que lo atiendan a uno y le digan que no hay cupos o que no hay carnés y apenas le dan una constancia que no cubre sino

la consulta”.

“Señoritas como hago para que me den carné del SISBEN es que yo vivo con mis dos hijos y uno de ellos es enfermito, además desde que nos vinimos de Chivata no he podido averiguar como cambiarme al SISBEN de acá y como pueden ver yo no tengo nada”.

“Yo estoy en el estrato tres, en cambio Don Antonio tiene el estrato uno y eso que el tiene casa propia, carro, y tiene trabajo , y yo que estoy desempleado hace seis meses, no puedo ir al médico porque si tiene uno para la consulta no tiene para la droga”.

“ No nos han querido dar el carné apenas con esa constancia que no cubre nada y mi vecina Elizabeth con de a tres carnés”.

“A nosotros no nos dieron SISBEN porque como no éramos amigos del alcalde o de alguno de esos políticos, en pocas palabras sin palanca no hay nada, así usted tenga la necesidad mas grande”

“Yo fui la otra vez al hospital porque mi niña estaba muy enferma y si me la atendieron con la constancia pero de nada valió porque no tuve plata para los exámenes y mucho menos para la droga”

Luego de escuchadas las inquietudes de la comunidad se concertó con ellos la posibilidad de realizar un proyecto donde recibieran capacitación de tal manera que tuvieran las herramientas necesarias para conocer el sistema y tomar decisiones que ayudaran a solucionar la problemática que ellos mismos identificaban.

Inicialmente se quiso trabajar en conjunto con la oficina asesora del SISBEN para identificar la población que realmente debería figurar en la base de datos en los niveles 1 y 2 para tener acceso a los beneficios que establece la ley para el régimen subsidiado. Esto no fue posible por dificultades relacionadas con el manejo de la ficha técnica y las consecuencias que traería para las investigadoras.

Se presenta el proyecto a la comunidad utilizando diferentes técnicas tales como:



perifoneo, carteles, invitación puerta a puerta, cuñas radiales, también se contó con la ayuda de los presidentes de las juntas de acción comunal; En las primeras reuniones que se realizaron la respuesta de la comunidad fue poca por lo cual en común acuerdo se decidió repetirlas en espera de una mayor aceptación por parte de la población.

## **Fase II: Socialización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada barrio de la zona.**

La primera reunión realizada en el barrio la Peñita, cuya población en su mayoría se encuentran dentro de los estratos 1 y 2, trabajan en el servicio doméstico, comerciantes informales y albañilería; La convocatoria se realizó por medio de perifoneo, carteles y cuñas radiales, la afluencia por parte de la comunidad fue aceptable, pero en común acuerdo con la misma se decidió repetirla en espera de una mayor asistencia. En la segunda reunión se contó con una mayor aceptación a la convocatoria. Estas reuniones se realizaron en uno de los salones del Centro Auxiliar de Servicios Docentes (CASD), que se encuentra en este barrio. En estas reuniones se noto el interés de la comunidad por conocer la normatividad existente sobre el Sistema de Salud actual.

La segunda reunión se realizó en el barrio San Antonio, que tiene características similares y contiguo al anterior, se convocó a la reunión por medio del perifoneo, cuñas

radiales, pero solo asistieron 5 personas por lo cual se aplazo. La principal causa de inasistencia se relacionaba con los compromisos laborales, por esta razón se decidió realizarla el día domingo.

Se convocó nuevamente a la comunidad del barrio San Antonio por medio de perifoneo y con ayuda de la Junta de Acción Comunal; La reunión se realizó en el salón comunal del barrio asistiendo un mayor número de personas en relación con la anterior, se noto el interés de la comunidad quienes se mostraron motivados con la idea de tener una participación efectiva en el Sistema; La reunión fue amenizada por un grupo musical integrado por personas de la tercera edad del barrio, quienes interpretaron diferentes ritmos de nuestro folclor Colombiano, lo cual atrajo un mayor número de asistentes.

En el barrio los Patriotas donde sus habitantes se encuentran dentro de los estratos 1, 2 y 3, se convocó a la reunión por medio de carteles y con ayuda de la junta de acción comunal del barrio, dicha reunión se realizó en la escuela del bario un día sábado teniendo en cuenta la disponibilidad de los habitantes del sector, obteniendo una asistencia buena. La comunidad sugirió la implementación de una línea gratuita en la cual ellos pudieran recibir información e informar las irregularidades que ellos identificaran en el funcionamiento de los servicios de salud, ya que les parecía algo riesgoso denunciar directamente. Se tomo en cuenta la sugerencia, se discutió y al final no se llegó a ningún acuerdo, tan solo se eligió el comité representante con un número muy pequeño debido al temor de participar y arriesgarse como ellos mismos lo comentaron.

En el barrio el Jordán se convocó a la comunidad por medio de carteles y con la ayuda de la junta de acción comunal. En este barrio se encuentra una comunidad con similares características a los anteriores barrios; al momento de la reunión se observó una mayor cantidad de personas asistentes en comparación con los otros barrios, se notó más interés por los temas tratados, al igual que muchas inquietudes y preguntas acerca de el funcionamiento del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales SISBEN. La elección del comité fue muy concurrida pues la mayoría de los asistentes quería representar a su comunidad.

El barrio Nazareth se encuentra ubicado en los estratos 1 y 2, sus habitantes son en su mayoría trabajadores independientes, amas de casa y vendedores informales. Para convocar a la comunidad se utilizó perifoneo, carteles e invitación puerta a puerta; La reunión se llevó a cabo en la casa del presidente de la junta de acción comunal con una asistencia mínima. La comunidad de este barrio no mostró interés hacia los temas tratados, sin embargo quedó elegido un comité representante de dicha comunidad.

El barrio Curubal queda bastante alejado del perímetro urbano, por lo tanto para el acceso tuvimos algunas dificultades: falta de transporte, perros, tener que atravesar potreros solitarios, sin embargo cuando llegamos a convocar a la comunidad encontramos buena acogida. La reunión se realizó en una casa de familia con una

conurrencia no muy satisfactoria pero si la suficiente para conformar el comité de este barrio , además que es un sector muy pequeño y con pocos habitantes, pero sí con muchas necesidades.

El barrio Bochica es habitado en su mayoría por empleados que se encuentran dentro de los estratos tres y cuatro; aunque aquí a primera vista no se observan muchas dificultades en cuanto al régimen subsidiado, se notó el deseo de participación por parte de los habitantes. Para convocar a la comunidad utilizamos carteles e invitación puerta a puerta. La reunión se llevo a cabo en el Colegio Liceo Latinoamericano, con una asistencia significativa, en la cual se eligió el comité representante.

El barrio Villa Bachue tiene características similares al anterior, aquí la invitación se hizo puerta a puerta, con ayuda de la junta de acción comunal ; la reunión se llevo a cabo en una casa en construcción ya que este barrio no cuenta con salón comunal, escuela o colegio donde se pudiera realizar , a dicha reunión asistieron pocas personas, sin embargo esto no fue impedimento para que fueran elegidos los representantes que quedarían conformando el comité del barrio.

El barrio Cooservicios tiene bastante extensión y población. Para convocar a la

comunidad se utilizaron carteles y se intentó pedir colaboración a la junta de acción comunal, pero esto no fue posible por falta de disponibilidad del presidente. Inicialmente se convocó a la comunidad por medio de carteles para que asistieran al colegio Cooservicios sin lograr ningún resultado pues no asistió nadie. Finalmente la reunión se realizó en uno de los parques del sector con una asistencia de cinco personas que se encontraban en una jornada de embellecimiento. Se dieron a conocer los temas, no hubo aceptación y se notó apatía y desmotivación, motivo por el cual no fue posible conformar el comité en este sector.

Santiago de Tunja es un barrio pequeño donde la mayoría de sus habitantes son trabajadores independientes. La convocatoria se realizó casa a casa con ayuda de la junta de acción comunal. La reunión se llevo a cabo en el parque, con una asistencia significativa, pero la comunidad no prestó ningún interés a los temas tratados, sin embargo se conformó el comité con los representantes de este barrio.

El barrio Santa Marta es un barrio periférico ubicado en la parte suroriental de Tunja con una gran deficiencia de servicios públicos. Conformado por quince casas aisladas una de otra, en condiciones de hacinamiento; sus habitantes se dedican a la albañilería, servicio doméstico y oficios varios. La convocatoria a la reunión se realizó puerta a puerta con ayuda de la junta de acción comunal, a la cual asistieron mas o menos cuarenta personas, sin embargo solamente se eligieron tres representantes, los cuales no asistieron a la capacitación, razón por la cual las investigadoras se desplazaron nuevamente al barrio, encontrando que los representantes no habían asistido debido a que sentían temor de tener que relacionarse con otras personas diferentes a su condición.

El conjunto residencial Castillos de Oriente fue construido hace poco tiempo, pertenece a los estratos cuatro y cinco. No fue posible hacer convocatoria, pues nunca nos atendieron, después de insistir en tres ocasiones. Las pocas personas con quienes pudimos dialogar nos refirieron que no sabían si existía junta de acción comunal.

El barrio Hunza es un barrio popular, donde se encuentran personas de diferentes condiciones socioeconómicas, culturales y laborales. La convocatoria se realizó por medio de carteles, volantes, invitación puerta a puerta y colaboración de la junta de acción comunal. La reunión se llevo a cabo en el salón comunal del barrio, con una buena asistencia y la elección correspondiente de su comité representante. La comunidad de este barrio prestó mucho interés frente a la temática, así mismo un gran espíritu de colaboración y disponibilidad para el desarrollo del proyecto.

### **Fase III: Capacitación (Talleres)**

Para dar inicio a la capacitación solicitamos el préstamo de un salón en el comando de la Policía, esto porque en previa concertación con los representantes se acordó que era

mas accesible para todos.

A la primera capacitación asistieron 25 personas, representantes de los barrios Jordán, Hunza, San Antonio, Santiago de Tunja y Patriotas. Se les dejó la inquietud a los asistentes para que hicieran la invitación a los demás representantes, de tal manera que la concurrencia fuera mayor y por lo tanto mas provechosa para cada uno de los sectores, comprometiéndose el grupo de investigadoras, hacer nuevamente la invitación a los representantes de aquellos sectores que no asistieron. Dicha invitación al igual que la invitación para la primera capacitación se realizó telefónicamente y casa a casa de las personas que nos dieron sus direcciones y teléfonos.

A la segunda capacitación asistieron 30 personas, a pesar de las invitaciones hechas con anterioridad ,la representación fue de los mismos barrios asistentes a la primera capacitación.

A la tercera sesión de capacitación asistieron 20 personas con las cuales se continuo trabajando hasta el final.

Entre las dificultades que se presentaron para la realización de la capacitación, encontramos: baja asistencia en relación con la cantidad de personas elegidas inicialmente, falta de coordinación en el comando de la Policía para el préstamo del salón, pues cuando había cambio de guardia no se informaba sobre dicho préstamo encontrando que en algunas oportunidades se nos impedía el acceso trayendo como consecuencia la desmotivación de los representantes ya que en varias ocasiones les informaban que no tenían conocimiento de que se estuviera realizando esta actividad. En vista de esta dificultad se decidió de común acuerdo realizarla en el salón comunal del barrio Hunza.

#### **Fase IV: Conformación del comité de vigilancia ciudadana**

El día 26 de Septiembre se realizó la elección del Comité de Vigilancia Ciudadana de la zona tres del municipio de Tunja. Se hizo entrega de cartillas con su respectivo resumen de los aspectos más importantes tratados durante la capacitación. A esta reunión asistió una representante del barrio La Peñita, la cual nos comentó que no se le había informado que se había realizado dicha capacitación. Posteriormente se hizo la elección de un Presidente, un secretario y un coordinador para que estos representen al comité, pero se hizo claridad que todos los participantes hacen parte del comité de vigilancia ciudadana de la zona.



Finalmente quedó acta firmada por los representantes, asistentes e investigadoras, adquiriendo el compromiso de trabajar por todos los barrios de la zona, independientemente de la asistencia a la capacitación.

## 10. SUGERENCIAS

- Es importante que la normatividad en salud se divulguen adecuadamente y se busquen mecanismos para hacerla llegar a la comunidad, que es finalmente la beneficiada o afectada dependiendo de la forma en que acceda a los servicios de salud.
  
- El municipio de Tunja debe actualizar la base de datos del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales ( sisben), dando cumplimiento al Acuerdo 77 del CONPES; lo cual permitirá conocer realmente el número de beneficiarios de los programas subsidiados.
  
- Esperamos que esta primera experiencia de educación hacia las comunidades tenga continuidad donde se motive cada día más a la población en la participación, aprovechando los espacios otorgados por la ley para este fin.

## 11. CONCLUSIONES

El trabajo con comunidad debe ser consecutivo y constante, manteniendo la motivación para que el trabajo sea cada vez mas productivo.

Se observo que la gente de estratos mas altos al nivel socioeconómico no presenta ningún tipo de interés frente a estos temas.

La gente de los estratos bajos siente temor de participar, por no sentirse capaces de relacionarse con personas de diferentes condiciones, o que se tomen represalias contra ellos y el problema en lugar de mejorar empeore de ahí el conformismo y la falta de acción.

Brindar capacitación adecuada a la comunidad, es una herramienta indispensable si se

quiere lograr una participación activa y efectiva.

En trabajo con comunidad se deben utilizar diferentes estrategias para buscar un acercamiento efectivo; de ahí la importancia de agotar hasta el último recurso.

La coordinación intersectorial es primordial en el trabajo comunitario, para obtener mejores resultados, aprovechando las fortalezas de cada sector.

El trabajo comunitario se debe diseñar de acuerdo a los diferentes tipos de comunidad teniendo en cuenta sus condiciones socioeconómicas, culturales, religiosas, laborales, educativas, etc.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD. La Seguridad Social en Colombia, Ley 100 de 1993, Santa fé de Bogotá D.C. 1994.

ALCALDÍA MAYOR MUNICIPIO DE TUNJA. PLANEACION MUNICIPAL. Plan de Ordenamiento Territorial, Tunja, Octubre de 2000.

CARTA POLÍTICA DE COLOMBIA, Santa fé de Bogotá D.C. 1991.

MINISTERIO DE SALUD. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 72 de 1997. Santa fé de Bogotá D.C. 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 77 de 1997. Santa fé de Bogotá D.C. 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Ley 10 de 1990. Santa fé de Bogotá D.C. 1990

MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993. Santa fé de Bogotá D.C. 1993.

SALUD PARA LA CALIDAD DE VIDA. Primera edición. Septiembre de 1.993.

Tercer Mundo Editores. Colciencias.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1416 de 1.988. Bogotá. 1.988

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de 1.994. Santa fé de Bogotá. 1.994

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Promoción y Prevención. Cartilla Participemos en Nuestro Municipio. Santa fé de Bogotá. 2.000
2. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de 1.994. Santa fé de Bogotá. 1.994
3. ALCALDÍA MUNICIPAL DE TUNJA. Plan de Ordenamiento Territorial. Diagnóstico de la Dimensión Urbanística. Tunja. 1.998
4. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1.993. Santa fé de Bogotá. 1.993
5. MINISTERIO DE SALUD. La Seguridad Social en Colombia. Santa fé de Bogotá. 1.994
6. CARTA POLÍTICA DE COLOMBIA. Santa fé de Bogotá. 1.991
7. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 072 de 1.999. Santa fé de Bogotá. 1.999
8. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 077 de 1.999. Santa fé de Bogotá. 1.999
9. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. Plan de Atención Básica. Tunja. 2.000