

**ESTUDIO SOCIOECONOMICO DE LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDROR  
S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO. AÑO 2007.**

**NATHALIA ALEXANDRA PONCE VALLEJO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMA DE ECONOMIA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDROR  
EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO. AÑO 2007**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial  
para obtener el título de ECONOMISTA**

**NATHALIA ALEXANDRA PONCE VALLEJO**

Economista Iván Freddy Eraso  
Asesor de Tesis

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMA DE ECONOMIA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

**“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo de grado, son  
responsabilidad exclusiva de su autor”.**

**Artículo 1° del Acuerdo N° 324 del 11 de octubre de 1966.  
Emanado del Honorable Consejo Directivo de la  
Universidad de Nariño.**

*Doy infinitas gracias a Dios por  
darme la oportunidad de vivir y  
por regalarme el motivo más grande  
para conseguir este triunfo...*

*Nicolás, hijo este triunfo es de los dos.*

*A mis padres, porque su apoyo y  
acompañamiento han sido indispensables  
para mi formación personal y profesional.*

*Y en general a toda mi familia  
por ser incondicional y por haber contribuido  
en mi formación como Economista.*

***Nathalia Alexandra Ponce Vallejo***

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

IVAN FREDDY ERASO - Asesor

---

FERNANDO PANESSO - Jurado

---

JULIO CESAR RIASCOS- Jurado

**San Juan de Pasto, Febrero de 2008**

## RESUMEN

La salud es la condición esencial para el logro del desarrollo económico y una de las metas más buscadas por toda sociedad. El aumento cuantitativo de la esperanza de vida no es suficiente indicio de bienestar social, es necesario también una mejoría cualitativa. No es aceptable un desarrollo económico acelerado con una población que presente un elevado porcentaje de incapacidades derivadas de enfermedades, las cuales no solo tienen orígenes patógenos sino que, con mucha frecuencia, se generan por carencias alimenticias, cuyas causas son de naturaleza económico-social. El concepto de salud no debe referirse a un estado de ausencia de enfermedad, sino a un proceso dinámico de una comunidad para reducir las anomalías físicas, psíquicas y sociales.

La pobreza es una categoría relacionada con la insuficiencia y mala distribución de los recursos; es una de las condicionantes más importantes de la exclusión en salud ya que impide el acceso a las prestaciones. Además los pobres viven y trabajan en ambientes que los exponen a mayor riesgo de enfermar y morir lo que implica costos directos y costos de oportunidad (lo que a menudo pueden profundizar la condición de pobreza).

La ley 100 definió el marco normativo y el entorno institucional para la aplicación del derecho irrenunciable a la seguridad social aprobado por la constitución de 1991, como un servicio público obligatorio que dirige, coordina, vigila, regula y controla el estado; partiendo de principios como la eficiencia, la universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, estableciendo los fundamentos del servicio público de la salud, y definir que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Este estudio socioeconómico muestra la labor que realiza EPS-S Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto evidenciando la situación económica y social, los estados mórbidos de los afiliados, como también la satisfacción que ellos tienen en cuanto a la prestación del servicio, teniendo en cuenta el cumplimiento normativo y permitiendo a la entidad consolidarse como una organización comprometida a mejorar la calidad de vida de sus afiliados mediante una visión integral de la salud para mejorar la función a través del resultado de estudios orientados hacia la comunidad, contribuyendo al desarrollo integral de la ciudad.

## ABSTRACT

Health is an essential condition to achieve the economic development of any country; besides, it is one of the most important goals of a society. The quantitative increase of the hope of life is not enough indication of social well-being. So, it is necessary also a qualitative improvement. It isn't acceptable a quick economic development with a population that presents a high percentage of inabilities derived of illnesses, which don't only have origins in the pathology but rather, they are generated by nutritious lacks whose causes are of social and economic nature. The concept of health mustn't be referred to a state of illnesses, but a dynamic process of a community for reducing the physical, psυχical and social sicknesses.

Poverty is a category related with the insufficiency and the bad distribution of resources, it is one of the most important conditions in the exclusion in health since it impedes the access to the benefits. Also, the poor people live and they work in atmospheres that expose them to the greatest risks: to become ill or die and it implies some direct costs and opportunity costs (they often can deepen the condition of poverty).

Law 100 defined the normative frame and the institutional environment for the application of the social security rights approved by the Constitution of 1991 as an obligatory and public service that directs, it coordinates, it regulates, it controls and it watches over the state, starting for the principles as efficiency, universality, solidarity, "integralidad", unit and participation, establishing the basis of the public service of health and to define that the objectives of the general system of social security in health are: equity, "obligatoriedad", integral protection, free election, autonomy of the institutions, social participation, agreement and quality.

This social economic study shows the work of the EPS "Salud Cóndor S.A." in the city of San Juan de Pasto, it also makes evident the economic and social situation of people, the morbid states of its members, the same as the satisfaction that they have of the health service. Keeping in mind the normative execution and allowing to the entity to be consolidated as a compromised organization to improve the quality of their members life by means of an integral vision of the health to improve the function through the result of studies guided toward the community, contributing to the integral development of the city.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	18
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2 EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2.1 Planteamiento del Problema	19
1.2.2 Formulación del Problema	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.3.1 Objetivo General	22
1.3.2 Objetivos Específicos	22
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.5 COBERTURA DEL ESTUDIO	23
1.5.1 Temporal	23
1.5.2 Espacial	23
1.6 MARCO DE REFERENCIA	24



1.6.1 Marco Teórico	24
1.6.2 Marco Contextual	42
1.6.3 Marco Conceptual	51
1.6.4 Marco Normativo	54
1.7 METODOLOGÍA	61
1.7.1 Tipo de Estudio	61
1.7.2 Fuentes de Información	61
1.7.3 Instrumentos para obtener la Información	61
2. SITUACIÓN SOCIOECONOMICA DE LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO	64
2.1 EDAD Y SEXO	64
2.2. PROMEDIO DE PERSONAS POR FAMILIA	66
2.3. VIVIENDA ACTUAL	66
2.4. SERVICIOS PÚBLICOS	68

2.5 INGRESOS FAMILIARES	69
2.6 EDUCACIÓN	70
2.7 CONDICIONES DE SALUBRIDAD	71
2.7.1 Hábitos Destructores y Protectores	72
2.7.2 Hábitos Alimenticios	73
2.7.3 Promoción y Prevención	74
3. DIAGNÓSTICO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO	76
3.1 PERCEPCIÓN QUE LOS AFILIADOS DE EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. TIENEN SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LAS OFICINAS DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) Y EN LAS SEDES ADMINISTRATIVAS	76
3.2 PERCEPCIÓN QUE LOS USUARIOS TIENEN DE LAS IPS CONTRATADAS POR EPS-S SALUD CÓNDOR S.A.	79
4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO	85
4.1 MORBILIDAD POR URGENCIAS	85

4.2 MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA	86
4.3 MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN	87
5. RECOMENDACIONES	88
5.1 PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	88
5.2 PARA EPS-S SALUD CÓNDOR S.A.	89
5.3 PARA LOS AFILIADOS	90
CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	

## LISTA DE FIGURAS

		Pág
Figura 1.	Población por afiliación al Sistema General de Seguridad Social	21
Figura 2.	Comportamiento de la afiliación por años en las EPS-S Subsidiadas en la ciudad de Pasto	23
Figura 3.	Afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	46
Figura 4.	Población Afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. en el departamento de Nariño Vs. Municipio de Pasto.	50
Figura 5.	Pirámide poblacional, distribución de grupos por Edades y Sexo	65
Figura 6.	Promedio de personas por familia	66
Figura 7.	Tipo de vivienda	67
Figura 8.	Vivienda Actual	67
Figura 9.	Servicios Públicos	68
Figura 10.	Ingresos Familiares	70
Figura 11.	Nivel de Escolaridad de los Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.	71

Figura 12.	Estado actual de Salud. Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.	72
Figura 13.	Hábitos Destructores y Protectores	73
Figura 14.	Alimentos que mas se consumen en la dieta alimentaria diaria de los Afiliados a EPS- S Salud Cóndor	74
Figura 15.	Control Médico	75
Figura 16.	Servicio al que mas acuden los afiliados	77
Figura 17.	De que manera se resolvió la solicitud	78
Figura 18.	Contribución de la EPS-S Salud Cóndor para el mejoramiento del Estado de salud de sus afiliados	79
Figura 19.	Servicio solicitado que más tarda en ser autorizado en las IPS	83
Figura 20.	Calificación de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. con respecto al servicio prestado por las IPS Contratadas	84

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Población de Hogares Colombianos con Necesidades Básicas Insatisfechas	20
Tabla 2.	Fuentes de Financiación	33
Tabla 3.	Evolución del Régimen Subsidiado en Pasto 1997 - 2006	47
Tabla 4.	Afiliados a EPS – S Salud Cóndor a nivel nacional	48
Tabla 5.	Numero de Afiliados por municipio	50
Tabla 6.	Afiliación por grupo etareo EPS – S Salud Cóndor S.A	64
Tabla 7.	Ocupación de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A	69
Tabla 8.	Valores de la Contratación por Nivel de atención y por Actividad del POS-S	80

Tabla 9.	IPS Contratadas por EPS-S Salud Cóndor en la ciudad de Pasto	81
Tabla 10.	Facilidad de Acceso a los servicios del POS-S	82
Tabla 11.	Morbilidad por Urgencias. EPS-S Salud Cóndor S.A. Municipio de Pasto	85
Tabla 12.	Morbilidad por Consulta Externa. EPS-S Salud Cóndor. Municipio de Pasto	86
Tabla 13.	Morbilidad por Hospitalización. EPS-S Salud Cóndor. Municipio de Pasto	87

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Encuesta

Anexo B. Afiliados Activos por Grupo Etareo – IPS Primaria y Lugar de Atención

Anexo C. UPC Desglosada

Anexo D. Red de Servicio de EPS – S Salud Cóndor S.A. a nivel Nacional



## INTRODUCCIÓN

Los servicios en general y especialmente los relacionados con el sector salud, en los que esta de por medio la propia vida de los ciudadanos, deben ser prestados con alto nivel de calidad, de forma que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud es el estado de bienestar físico, mental y social de una persona y está dado no sólo por la carencia de enfermedad, sino por la manera en que se le permite lograr ese estado de bienestar. Este concepto pasa por uno más amplio que considera los determinantes ambientales, económicos, sociales, culturales, sanitarios, educacionales, de justicia distributiva, de acceso a los bienes materiales, etc. La atención médica y la forma en que ésta se implementa (sistema de salud) es la manera como una sociedad responde al estado de indefensión en que una persona queda cuando pierde la salud. Este es el punto central que toda reforma de salud debe considerar. Por lo tanto, su correcta, oportuna, eficiente e igualitaria atención es un derecho que se tiene por el mero hecho de pertenecer a una sociedad. No es un derecho que se gana porque se tiene más o menos dinero, o por pertenecer determinado grupo social.

EPS Salud Cóndor S.A. es una empresa comprometida con la salud de las personas de escasos recursos, este estudio se constituye en una herramienta de vital importancia para la empresa ya que el entorno social y económico de los afiliados son factores determinantes en el estado de salud de estas personas.

## 1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Título

Estudio Socioeconómico de los Afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto. Año 2007

### 1.2. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.2.1 Planteamiento del Problema

La Pobreza es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de una población o grupo de personas específicas, sin tampoco tener la capacidad y oportunidad de como producir esos recursos necesarios. Sin duda la pobreza es relativa y se mide de diferentes formas. La definición de pobreza exige el análisis previo de la situación socioeconómica general de cada área o región, y de los patrones culturales que expresan el estilo de vida dominante en ella.

Por ejemplo para un habitante de un país desarrollado ser pobre talvez signifique no tener automóvil, casa de verano, etcétera, mientras que en un país no desarrollado, en vías de desarrollo o subdesarrollado, signifique no tener que comer, vestir o con que curarse. Sin embargo, en sus respectivas sociedades, ambos son pobres, porque pertenecen al escalón más bajo de la distribución del ingreso

Se puede adoptar como concepto de pobreza el que alude a la insatisfacción de un conjunto de necesidades consideradas esenciales por un grupo social específico y que reflejan el estilo de vida de esta sociedad.

**Características de la pobreza:** Las características de la pobreza son sus mismas cualidades intrínsecas y va arraigada y sujeta a la falta de uno u otro renglón socioeconómico:

- Falta de Salud
- Falta de Vivienda
- Falta de Ingresos
- Falta de Empleo
- Falta de Nutrición
- Falta de Tecnología
- Falta de Educación

Tabla 1. Población Hogares Colombianos con Necesidades Básicas Insatisfechas. Censo 2005

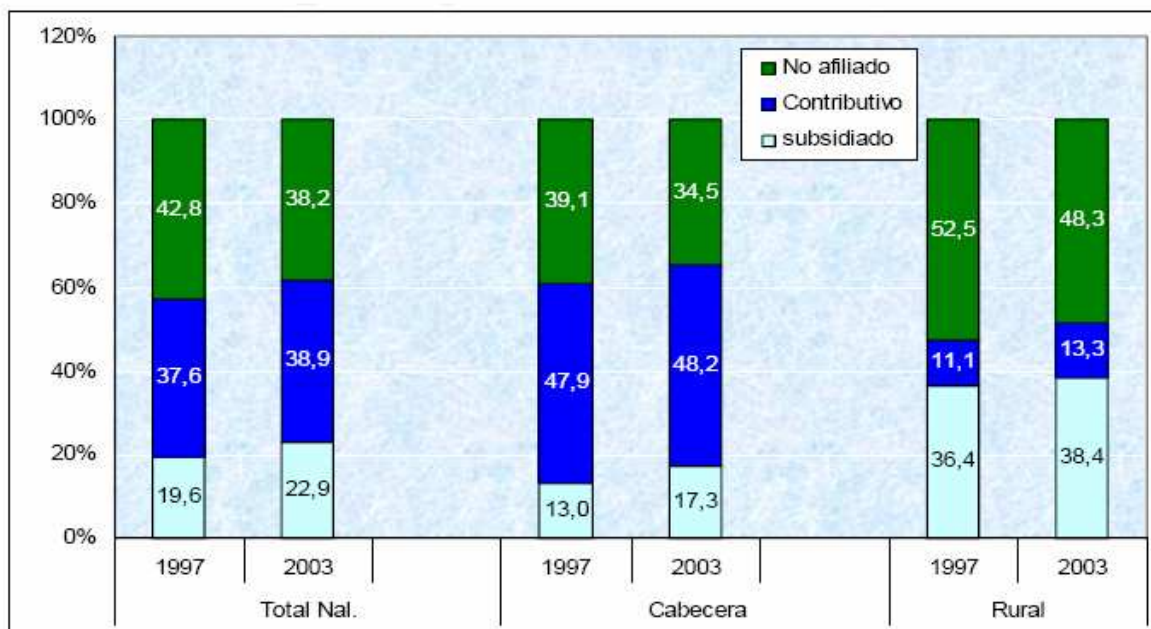
Departamento	Urbano	Rural	Total	Departamento	Urbano	Rural	Total
ANTIOQUIA	15,4	47,1	22,6	NORTE SANTANDER	22,4	58,2	30,3
ATLANTICO	23,8	42,2	24,6	QUINDIO	15,1	22,3	16,0
BOGOTA	9,1	27,8	9,2	RISARALDA	12,3	31,3	16,6
BOLIVAR	40,3	66,9	46,6	SANTANDER	13,4	45,4	21,9
BOYACA	14,0	49,0	30,7	SUCRE	46,7	69,5	54,9
CALDAS	13,3	28,9	17,7	TOLIMA	19,6	50,8	29,8
CAQUETA	33,4	59,0	41,6	VALLE	14,0	25,8	15,6
CAUCA	24,0	61,6	46,4	ARAUCA	30,8	65,0	34,9
CESAR	35,6	66,8	44,5	CASANARE	26,1	57,6	35,6
CORDOBA	42,5	76,1	59,0	PUTUMAYO	26,2	44,1	34,8
CUNDINAMARCA	15,2	32,2	21,2	SAN ANDRES	50,9	15,3	40,9
CHOCO	82,3	75,2	79,1	AMAZONAS	30,7	58,9	44,1
HUILA	21,8	48,8	32,6	GUAINIA	45,3	81,1	60,4
LA GUAJIRA	40,4	91,9	65,2	GUAVIARE	34,1	61,3	39,9
MAGDALENA	39,9	65,0	47,6	VAUPES	40,3	88,4	54,8
META	20,2	44,4	24,8	VICHADA	41,6	84,3	66,7
NARIÑO	25,9	59,4	43,8				

Fuente: DANE, Censo 2005

La salud es un factor determinante del crecimiento económico y del desarrollo, mientras que la enfermedad es, al mismo tiempo, causa y efecto de la pobreza. Aparte de las graves consecuencias que la mala salud tiene para el bienestar social, también priva a los países en desarrollo de recursos humanos, y el elevado coste de las enfermedades reduce el crecimiento económico y limita los recursos que los gobiernos pueden dedicar a invertir en la salud pública. Por consiguiente, la mejora de la salud en los países en desarrollo es un elemento clave para luchar contra la pobreza, que debe ser uno de los objetivos principales de la política de desarrollo de un país.

En el modelo actual de prestación de servicios de salud, los recursos disponibles para la atención de la población pobre y vulnerable son limitados, la oferta de servicios de la salud pública tiene inflexibilidades en términos de recursos humanos, físicos y tecnológicos, la existencia de una transición demográfica y epidemiológica, hace necesario replantear la política de contratación integral de las Empresas Sociales del Estado e IPS de la red no adscrita, que permita la ampliación de la cobertura, el mejoramiento en los servicios de salud, mayor oportunidad, calidad en servicios, focalización de los recursos, desarrollo del modelo de prestación por redes de servicios de salud, fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia y mayor participación social de la comunidad, dentro de un marco de equidad y eficiencia.

Figura 1. Población por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ECV 1997 – ECV 2003



Fuente: DANE – Encuesta Calidad de Vida 2003

Las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado surgieron como una solución dentro del aseguramiento del riesgo de salud planteado en el sistema de salud para los colombianos más pobres, a los que le deben garantizar una adecuada atención y en especial una solución enmarcada y dirigida dentro del aspecto basado en la obtención y mantenimiento de un adecuado nivel de calidad de vida y bienestar, manteniendo la salud de estas personas y rompiendo las cadenas que unen a la pobreza con los estados mórbidos y la falta de salud, teniendo en cuenta los objetivos que tienen destinados los recursos financieros que administra y que deben ser invertidos en esta población. Con el objetivo de prevenir las enfermedades y la muerte, todas las Aseguradoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado deben tratar de prevenir los factores de riesgo para que los afiliados, cambien de comportamiento y adquieran hábitos saludables de tal manera que se enfermen menos para esto se requiere conocer sobre la calidad de vida de estas personas, por esto este estudio pretende ser una herramienta de vital importancia para EPS-S Salud Cóndor S.A.

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la condición socioeconómica de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto. Año 2007

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Analizar el entorno social y económico de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto.
- Hacer un diagnóstico de la prestación del servicio a los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto.
- Identificar el perfil epidemiológico de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. en la ciudad de San Juan de Pasto.
- Formular recomendaciones a partir de los resultados obtenidos para una optimización del servicio de EPS Salud Cóndor S.A. a sus afiliados

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La asignación de subsidios constituye una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. El uso acertado de esta herramienta permite optimizar la asignación de los escasos recursos para lograr mayores ganancias posibles en cuanto a distribución equitativa.

El uso adecuado de esta herramienta permite que el gobierno destine los subsidios para la salud a los grupos de la población más necesitados o más vulnerables. Por ejemplo, el gobierno puede construir centros de salud en barrios pobres con la esperanza de que los beneficiarios de los servicios médicos públicos sean principalmente las personas de menor ingreso de la zona. También puede tratar de restringir la entrega de bonos para atención privada subsidiada a las personas que puedan dar pruebas de su estado de pobreza o de su capacidad de pago limitada para recibir atención privada, mediante encuestas que midan las capacidades de los hogares para acceder a los servicios.

En tal sentido, la posibilidad de identificar adecuadamente a la población destinataria de los subsidios es una condición esencial, no sólo para la asignación adecuada de los recursos sino para el mejoramiento de las situaciones de prestación del servicio, Este estudio permitirá conocer más a fondo la calidad de vida de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A., a partir de esto se busca caracterizar las variables más importantes para que la empresa cuente con una

información acertada y a la vez necesaria de la población involucrada y crear mecanismos en aras de una mayor calidad en el servicio.

## 1.5 COBERTURA DEL ESTUDIO

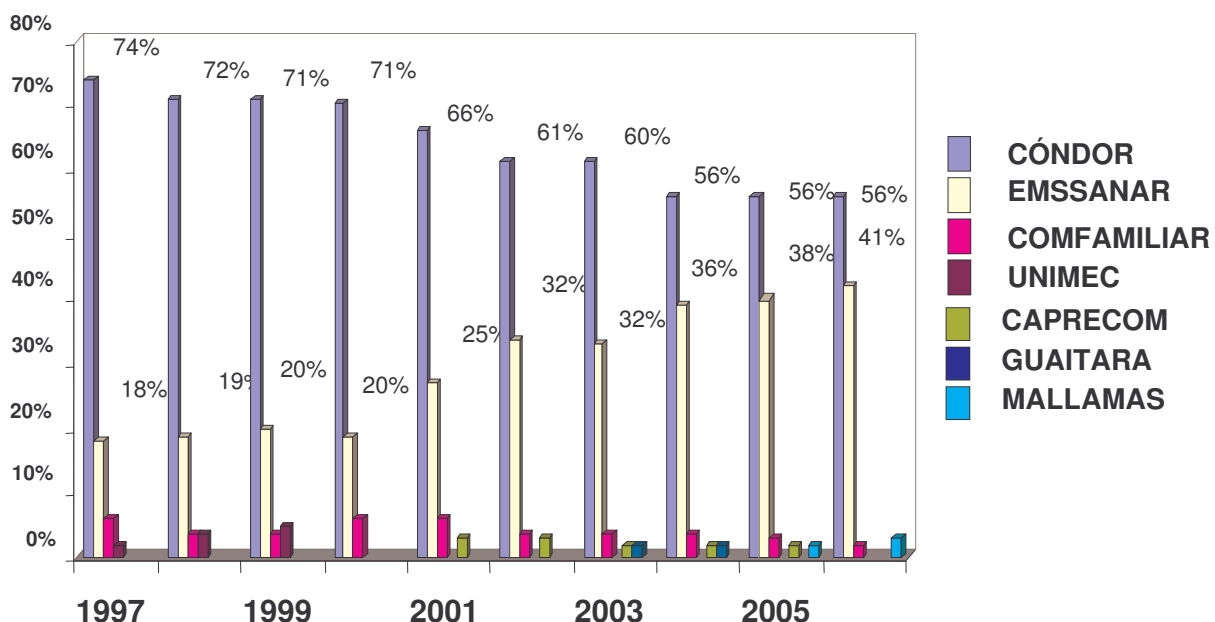
### 1.5.1 TEMPORAL

El tiempo que abarca la investigación es de 5 años, a partir de 2002 hasta el presente año (2007). Este periodo de tiempo se justifica porque en el transcurso del mismo la EPS-S Salud Cóndor S.A. ha tenido cambios importantes, entre ellos, año el proceso de privatización, la ampliación de cobertura a nivel nacional, la recuperación de las finanzas de la empresa, entre otros.

### 1.5.2 ESPACIAL

La investigación acerca de la condición socioeconómica de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A., cubrirá el área urbana de la ciudad de San Juan de Pasto. La investigación se realiza con los afiliados a esta entidad, porque EPS-S Salud Cóndor S.A. se constituye en la ARS pionera en el municipio de Pasto y porque tiene el mayor numero de afiliados en el municipio con relación a otras EPS-S.

Figura 2. Comportamiento de la afiliación por años en las EPS-S de la ciudad de San Juan de Pasto



Fuente: Ministerio de la Protección Social de Colombia

## 1.6 MARCO DE REFERENCIA

### 1.6.1 Marco Teórico

**1.6.1.1 Economía de la salud:** El **sistema de salud**, el conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos. Este hecho se expresa en el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB). En otras palabras, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PIB. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

La ciencia de la economía trata de la asignación de recursos escasos y susceptibles de usos alternativos a la satisfacción de distintas necesidades de diferentes personas. En el caso de la economía de la salud, se trata de analizar

- Cuantos recursos sociales se destinan a la salud en detrimento de otros sectores económicos.
- Cómo se distribuyen los recursos de la salud entre diversas personas o grupos sociales (el problema de la equidad).
- Cómo se distribuyen los recursos de salud asignados a una persona o grupo social (el problema de la eficacia).

La ciencia económica está dotada de unos instrumentos de análisis para la asignación de recursos que proporcionan respuestas y soluciones a los problemas de equidad y eficacia en la producción y distribución de bienes y servicios.

Pero los conceptos económicos de demanda, oferta, producción y distribución adoptan un sentido especial cuando se refieren a los bienes y servicios destinados a la salud de los seres humanos. La teoría económica describe de forma matemática las situaciones de equilibrio en los mercados de bienes y servicios, pero algunas situaciones que los economistas llamaríamos óptimos de eficacia para un bien material ordinario, serán consideradas socialmente inaceptables cuando se refieren a la salud.

Se puede consentir, por ejemplo, una distribución desigual de ciertas riquezas, podemos mostrarnos indiferentes al hecho de que una sola persona sea propietaria de varios coches de lujo mientras que tres cuartas partes de la población del mundo no posee ningún vehículo, pero nos resulta muy



desagradable contemplar niños del tercer mundo muriendo de inanición a la vez que no nos atrevemos a rechazar que una sola persona consuma recursos valorados en millones de euros para prolongar su vida unos pocos meses.

La economía de la salud estudia temas tales como

- La demanda de salud: autoconsumo, información, capital humano, la salud como bien público.
- La producción de salud: eficacia, costes, financiación; la oferta de servicios de salud.
- La determinación del precio de la salud: cuanto se debe pagar, quién lo debe pagar. Obsérvese que si es el enfermo el que demanda salud, es el médico el que la ofrece y es un tercero, el estado, el que la paga, la tendencia será a que se produzcan y consuman grandes cantidades de salud a precios muy altos.
- Los sistemas sanitarios. Mecanismos de previsión y salud. Infraestructura y políticas públicas. Alternativas y su reforma.
- La gestión de empresas y organizaciones proveedoras de bienes y servicios de salud. Sistemas de contratación que estimulan la eficacia. Cómo definir la eficacia en la provisión de salud.

**1.6.1.2 La influencia de la salud sobre la economía:** “Las poblaciones más sanas son en general más productivas. La tasa de absentismo laboral con respecto al PIB es una buena medida de esta relación. También es fácil constatar cómo una buena salud favorece unos mayores ingresos económicos a los individuos y familias con el correspondiente aumento del nivel de vida y estilos de vida más saludables. Pero también debemos tener en cuenta que las mejoras en la esperanza y calidad de vida afectan el perfil sociodemográfico de las poblaciones en el sentido del aumento del gasto público, como por ejemplo ocurre con las pensiones”.<sup>1</sup>

### **1.6.1.3 La influencia de la economía sobre la salud**

“En general, la prosperidad económica de los individuos y de las comunidades guarda una relación directa con los niveles de salud. A medida que nos situamos en segmentos de población con mayores ingresos económicos, mayor es el nivel de salud que encontramos. Cuanto más próspera es una economía, mas ingresos para sus beneficiarios, mayores estándares de vida y mayores niveles de salud. También se cumple este principio en relación a la población vulnerable, con peores estándares de vida, practican con mayor frecuencia conductas de riesgo

---

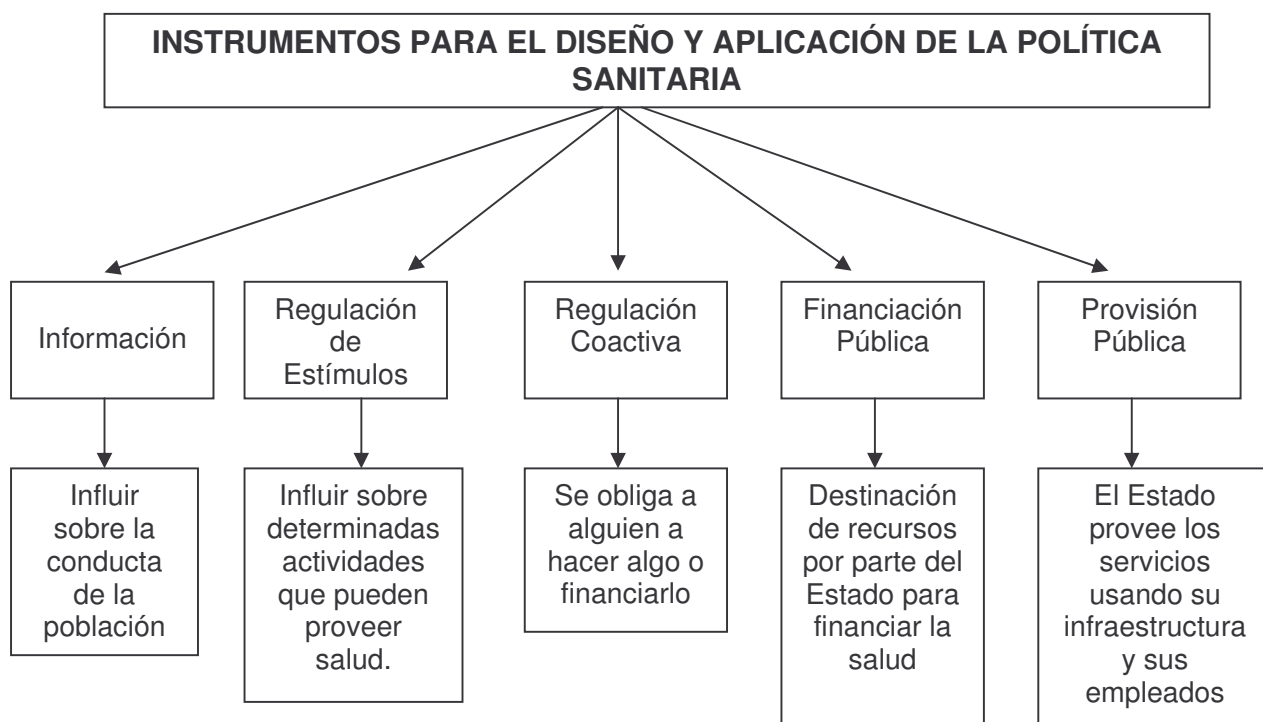
<sup>1</sup> En línea: [www.webcalidad.org/articulos/learninghealtheconomic221.htm](http://www.webcalidad.org/articulos/learninghealtheconomic221.htm). Septiembre de 2007



para la salud por tanto inducen mayor gasto en asistencia sanitaria”.<sup>2</sup> La economía de la salud ayuda a comprender el sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. A través de ella se aprende a seleccionar las prioridades y asignar mejor los recursos para beneficiar a la población y mejorar su estado de salud y su nivel de vida.

#### 1.6.1.4 El Sector Público y la Salud

En la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio notable en la ideología y la opinión de las sociedades y en su práctica económica que fue bautizado como el Estado del Bienestar. Como consecuencia de ese cambio, las administraciones públicas asumieron gran parte de los gastos sanitarios y los gastos sanitarios crecieron de forma extraordinaria. En nuestro tiempo el concepto de Estado del Bienestar está siendo cada vez más cuestionado por lo que se demanda de las administraciones públicas un mayor equilibrio presupuestario, una menor proporción de los gastos públicos sobre el total del Gasto Nacional y mayor control, eficacia, transparencia y racionalidad en el gasto público.



En la utilización de esos cinco instrumentos, los gestores públicos deben utilizar los criterios de eficacia y equidad para adoptar decisiones sobre priorización y racionalización:

<sup>2</sup> En línea: [www.webcalidad.org/articulos/eco\\_de\\_salud.htm](http://www.webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.htm). Septiembre de 2007

**a. Eficacia y equidad:** Los tres primeros instrumentos tienen un alto grado de eficacia, es decir, el ratio resultado/coste es muy alto en comparación con los dos últimos. Respecto a la elección entre provisión pública y provisión privada con financiación pública se debe financiar al proveedor de salud que proporcione más al menor precio. Pero permanece cierta ambigüedad al intentar definir qué es "más salud". Es muy difícil medir la eficacia del gasto sanitario porque es muy difícil valorar el producto obtenido. Se considera generalmente que el proveedor privado tiene más capacidad de control del gasto, pero también se cree (con poca certeza) que el servicio público tiende a ofrecer más equidad en la salud y salud para más personas, mientras que el proveedor privado tiende a ofrecer más calidad de salud a menos personas.

**b. Priorizar.** Ningún presupuesto sanitario de ningún país, ni hoy ni nunca podrán financiar todos los servicios sanitarios demandados. La ausencia de un criterio de priorización, es decir, cuando se ofrece un servicio sanitario a todo el que lo solicita sin tener en cuenta la capacidad de la oferta, conduce a la aparición de colas, de retardos de meses en la prestación del servicio, de asignación de servicios solo al que puede esperar y su negación a los urgentes. Entre los sistemas de priorización se pueden citar:

- La definición de una cesta básica de servicios sanitarios de alta prioridad que sea posible garantizar para todos los ciudadanos.
- La provisión de servicios (y la utilización de instrumentos) de mayor ratio resultado/costo, tales como los sistemas de vacunación e información.
- Otro criterio puede ser priorizar el servicio a los individuos que no están capacitados para financiarlos por sí mismos, sacrificando la equidad en aras de la eficacia.
- Otro posible criterio es priorizar a los jóvenes sobre los viejos (las enfermedades de los jóvenes sobre las de los viejos) ya que el resultado de la acción sanitaria tendrá un efecto más prolongado.

**c. Racionalizar** el sistema de pago: Pago por diagnóstico frente a pago por servicio. El sistema de pago por servicio implica una fuerte tendencia al incremento del gasto ya que no existe ningún estímulo a la restricción de la oferta o la demanda. El paciente demandará más servicio y el médico o la organización sanitaria ofrecerá la mayor calidad sin tener en cuenta el coste. La alternativa de pago por diagnóstico consiste en realizar una estimación del "coste aceptable" por paciente, forzando a un uso racional del presupuesto disponible. Las dificultades del sistema de pago por diagnóstico conducen a los sistemas reales de asignación de presupuestos limitados por grupos sociales definidos como *RUG (Resource Utilization Groups)*.

**6.1.1.5 Equidad En Salud:** El objetivo del sistema de salud en cualquier país es mejorar la salud de la población e incrementar su esperanza de vida. No obstante, cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, aunque todos coinciden en la búsqueda de continuas mejoras en el financiamiento, la organización, la prestación, la regulación de los servicios de salud y la generación de recursos humanos; funciones todas esenciales que responden a objetivos más amplios respecto a la equidad, eficiencia y eficacia de los sistemas de salud. Sin embargo, estos objetivos, aparentemente comunes, responden a conceptos de justicia, libertad y desarrollo cuya definición e interpretación dependen de los valores dominantes en cada sociedad.

A continuación se presenta una revisión de los enfoques subyacentes a los distintos conceptos de equidad.

**1.6.1.5.1 Equidad y las teorías de justicia:** La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social y en tal sentido, la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. Pero hay en esta relación otra característica a la que también debemos prestar atención. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. Ciertamente, la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la **salud**, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la **asistencia sanitaria**. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios.

Al referirnos a la equidad, encontramos que su definición es más difícil y esto tiene que ver con el sentido de justicia que debe existir en una sociedad. En tanto valor social, la justicia debe tener tres requisitos: proporcionalidad, igualdad y alterabilidad. Proporcionalidad, en cuanto existe equiparación entre lo que se da y lo que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se reciben; igualdad, porque en el sistema se debe guardar la debida equidad entre los casos que implican situaciones semejantes; y, alterabilidad, en el sentido de que participan en el sistema una multiplicidad de individuos relacionados entre sí.<sup>3</sup>

Pero la equidad no se queda ahí, pues se "concibe una sociedad con dos rasgos fundamentales que son la libertad y la justicia. El valor fundamental para los individuos es la libertad y otro valor tan importante es la justicia. A partir de eso se llega rápidamente al concepto de equidad, a la necesidad del hombre como individuo y, por lo tanto, también de las sociedades. Los valores sociales,

---

<sup>3</sup> Amartya Sen (2002) ¿Por qué la equidad en salud? Rev. Panam. Salud Pública, May/Jun, Vol. 11, No. 5.

libertades y oportunidades habrán de ser distribuidos igualitariamente, salvo que una distribución desigual de algunos de estos valores redunde en una ventaja para todos, especialmente para los que más necesitan" <sup>4</sup> Para el análisis de la equidad en las políticas de salud, la diferencia más relevante se encuentra entre el enfoque igualitarista que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad, y el enfoque neoliberal que los expresa en términos de niveles mínimos y maximización del bienestar agregado.

Una de las cuestiones fundamentales que se han debatido en torno al objetivo de equidad es la de si todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (**enfoque igualitarista**), o si se debería definir un conjunto limitado de servicios básicos de salud de acceso gratuito para los grupos de población con menos recursos (**enfoque de niveles mínimos**).<sup>5</sup>

- **El enfoque igualitarista** se apoya en el concepto de justicia social de la filosofía comunitaria, que considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo<sup>6</sup>. Se prima la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad de bienestar o la igualdad de recursos, por encima de los objetivos de maximización del bienestar económico de los individuos basados exclusivamente en criterios de eficiencia, que pueden conducir a la desigualdad entre grupos de población. Las políticas de salud cuyos objetivos de equidad están expresados en términos igualitaristas se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. En este caso, se tenderá a diseñar e implementar sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de capacidad de pago. La aportación del ciudadano debe estar relacionada con cuánto puede pagar y no con su consumo de servicios de salud o con cualquier otra variable. Un ejemplo de este tipo son las políticas que persiguen la universalización de la cobertura del sistema de salud de un país, con independencia de la capacidad de pago.

- **El enfoque neoliberal** de la justicia social parte de tres principios básicos: el individualismo, el igualitarismo, entendido como la igualdad de oportunidades y no la igualdad de resultados; y la libertad, que se contempla como el derecho que tiene todo individuo a orientar su ámbito privado de acuerdo a sus propios intereses y preferencias. Los conceptos de justicia social que reflejan los valores neoliberales son los propuestos como niveles mínimos y la maximización del bienestar agregado.

---

<sup>4</sup> Caviedes Rafael D. (1994) La salud en Chile. Evolución y perspectivas: Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile.

<sup>5</sup> Gonzáles García Ginés (1993). Salud y Equidad. En Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES Argentina, Buenos Aires

<sup>6</sup> Vargas I, Vásquez M, Jané E (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18(4): 927-937.

- **El enfoque de niveles mínimos**, desarrollado extensamente por Rawls en 1972, está firmemente anclado en la tradición liberal. Con este enfoque se justifica la acción pública en términos desiguales sólo para la mejora de las condiciones de la población más desfavorecida. Por encima de los estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar. Por lo tanto, las políticas de salud basadas en estos valores se dirigen a garantizar a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud.

- **El enfoque utilitarista:** El principio de justicia social que propugna el enfoque utilitarista es el de la maximización del estado de salud agregado de la población, sin importar su distribución. Esto implica que la acción pública se concentrará en los individuos con mayor capacidad de beneficio, es decir, aquellos que puedan incrementar su nivel de salud (jóvenes). Uno de los instrumentos para llevar a la práctica el objetivo utilitarista de equidad es el análisis de costo-efectividad. Según este enfoque, las políticas con mayor impacto sobre la salud de la población, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y en años de vida ajustados por calidad, (AVAC), serían aquellas que financian los tratamientos con un costo por AVAD más bajo. Este enfoque subyace en la política defendida explícitamente por el Banco Mundial, desde su informe de 1993<sup>7</sup>, de financiar con fondos públicos un paquete mínimo de prestaciones, integrado por las intervenciones más costosas efectivas, esencialmente preventivas, y dejar libertad al individuo para que se financie de forma privada el resto de prestaciones, entre las que se incluiría la atención curativa.

El enfoque neoliberal sobre la equidad apunta hacia una financiación de la salud esencialmente privada, apoyándose en el principio de capacidad de beneficio, de manera que cada ciudadano pague en función del beneficio que le reporta el consumo de servicios fruto de su elección individual. Este principio de capacidad de beneficio se concentra exclusivamente en objetivos de eficiencia económica, es decir, en la maximización del beneficio individual ignorando objetivos sociales como la redistribución de los recursos.

En resumen, los enfoques igualitarista y neoliberal de justicia social darán lugar a sistemas de salud financiados de manera diferente y con consecuencias distintas en cuanto a la distribución final de los recursos y de los resultados de salud en los diversos grupos sociales. Equidad en la financiación y en la prestación de servicios de salud.

---

<sup>7</sup> Pereira J (1988). La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En Salud y equidad, En: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por otra parte, existen situaciones que difícilmente pueden ser corregidas por un sistema de salud. Se trata de las diferencias biológicas, las ligadas a la raza, al género, la edad, la cultura, etc. De igual modo, existe un grupo de diferencias generadas a partir de la cultura (por ejemplo, los grupos que practican deportes de alto riesgo, consumo de tabaco, etc.) y del factor geográfico. Además, por las características de desarrollo de nuestros países, la inequidad se acrecienta con la concentración de recursos en las zonas urbanas y prósperas, frente a la escasez de recursos en zonas alejadas o pobres. También la enfermedad y la pobreza generan más pobreza y por tanto mayor enfermedad, en un círculo de deterioro del estado de salud y del estado económico (en estas dos últimas acepciones correspondería la política de salud mejorar tales situaciones). Como se observa, el concepto de equidad se relaciona con aquello que consideramos “justo” y, por tanto, su significado depende de los valores o enfoques de sociedad y justicia social que adopten los individuos, grupos o gobiernos.

El análisis de la equidad en las políticas de reforma de los sistemas de salud lo realizaremos con base en dos aspectos fundamentales; por un lado, la equidad en la financiación, es decir, en la captación de los recursos; y por otro, la equidad en la prestación de servicios de salud, es decir, en la utilización de los recursos.

**1.6.1.5.2 La equidad en la financiación:** La equidad en la financiación de los sistemas de salud, según los igualitaristas, significa crear las condiciones para que cada persona, independientemente de su situación social y creencias personales, tenga acceso a los bienes y servicios que le permitan mantenerse sana, realizar sus aspiraciones y lograr un bienestar compatible con el desarrollo de la sociedad en que vive. Ellos distinguen entre equidad horizontal y equidad vertical.

- **Equidad horizontal** se refiere al tratamiento igual para iguales. Es decir, que aquellos que poseen recursos iguales realicen pagos iguales, independientemente del género, estado civil, lugar de residencia, raza, etc. De esta manera, se produce inequidad horizontal cuando individuos con igual renta contribuyen de forma diferente a la financiación del sistema de salud, de acuerdo con ciertas características que no tienen que ver con su capacidad de pago. Podemos encontrar varias fuentes de inequidad horizontal en la financiación como, por ejemplo, la coexistencia de muchos seguros de enfermedad obligatorios con esquemas contributivos diferentes. En este modelo de financiación, dos individuos con la misma capacidad de pago pueden estar realizando aportaciones diferentes, dependiendo del fondo al que estén afiliados.

- **Equidad vertical** se define como el tratamiento desigual para desiguales. En términos de financiación significa que aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema. Así, aquellos que más recursos tienen, contribuyen al sistema proporcionalmente a su nivel de renta. La equidad vertical de la financiación implica la redistribución final neta de la renta entre los miembros

de una sociedad, de manera que los más ricos generarán recursos para los más pobres. La equidad vertical de una fuente de financiación equivale a la progresión de la misma. Una fuente de financiación progresiva es aquella en la que las contribuciones que realiza un individuo como proporción de su renta aumentan conforme aumenta su renta. La equidad vertical de la financiación de un sistema de salud se mide con índices de progresión como el índice Kakwani a partir de encuestas de hogares<sup>8</sup>. Este índice compara la renta que percibe cada decil de población con la contribución a la financiación de la salud que realiza. Si el sistema de financiación es progresivo, los más pobres pagan relativamente menos en comparación con su renta y los más ricos relativamente más.

Según un estudio sobre la equidad en la financiación, realizado en 10 países europeos utilizando el índice de Kakwani, en orden de progresión encontraríamos las siguientes fuentes: impuestos, seguridad social, seguro privado y pagos directos. Este orden se cumple en la mayoría de los países analizados. Sin embargo, todas las fuentes de financiación pueden presentar elementos que aumentan o disminuyen su progresión, según sea el caso (tabla 1).

Debido a que el sistema de financiación de salud de un país está compuesto por más de una fuente (impuestos, seguros obligatorios, etc.), la equidad vertical de todo el sistema dependerá de la progresión de cada una de las fuentes y de la proporción en que cada fuente contribuya a la financiación de la sanidad.

Tabla 2. Fuentes de Financiación

Fuente De Financiación	Nivel de progresión	Factores que mejoran la progresión de la fuente	Factores que disminuyen la progresión de la fuente
Impuesto Directo sobre la Renta	Fuente de financiación mas progresiva	Tipo impositivo creciente con Renta – Mínimos exentos de impuestos para nivel de entes de subsistencia	Fraude fiscal Tamaño elevado del trabajo informal (invasión) Procesos inflacionistas. Desgravaciones en la base imponible.
Contribuciones obligatorias a seguros	Fuente de financiación proporcional	Exención de la cotización de la población con	Evasión y subcotización (tamaño de la economía informal, desempleo)

<sup>8</sup> Vargas I, Vásquez M, Jané E (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):927-937.



sociales	(porcentaje del salario)	niveles de renta de subsistencia	Topes máximos en los tramos de cotización. Traslación de la cuota del empresario al salario del trabajador o al precio de bienes de consumo
Impuestos indirectos	Fuente de financiación regresiva (peso mayor del consumo en las rentas bajas)	Tipo impositivo reducido sobre artículos de primera necesidad (baja elasticidad – ingreso) Tipo impositivo elevado sobre bienes de lujo (elevada elasticidad ingreso)	No se aplican tipos impositivos según el tipo del bien
Seguros de Salud Privados	Fuente de financiación regresiva (precio independiente de la capacidad de pago; mayor para los riesgos elevados que suelen coincidir con los individuos con menor renta)	Seguros privados suplementarios cuya cartera de servicios coincide con la pública (bien de lujo)	Seguros privados complementarios al público (cartera de los servicios que no cubre el seguro público)
Pagos directos (out of pocket)	Fuente de financiación regresiva (gasto privado como porcentaje del gasto total mayor para hogares de renta baja)	Estructura de precios con distintos tramos. Exenciones en función de la renta.	

Fuente: Focalización en Salud y análisis de experiencias. Bitran R, Muñoz C (2000)

**1.6.1.5.3 La equidad en la prestación de servicios de salud:** Desde la óptica igualitarista, son tres las definiciones de equidad en la prestación de la asistencia sanitaria: igual tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de



salud<sup>9</sup>. El criterio de igualdad de tratamiento para igual necesidad significa que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciben el mismo tratamiento independientemente de cualquier característica personal que no tenga que ver con la necesidad (capacidad de pago, género, lugar de residencia, etc.). El problema en la aplicación de este criterio reside en la dificultad de la definición de necesidad y tratamiento.

- La **igualdad de acceso** debería interpretarse como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad. Según esta definición, se considerarían como costos de acceso: los precios de los servicios, los costos de transporte y el costo del tiempo invertido en la búsqueda de atención.

- El criterio de **igualdad de salud** resulta aún más problemático debido a la influencia que en la salud tienen otros factores, como la educación y la renta, sobre los que desde los servicios de salud no se tiene influencia. A esto se añade la dificultad de medir los niveles de salud. Las tres definiciones igualitaristas de equidad en la prestación no son equivalentes. Por un lado, el acceso al tratamiento es un fenómeno de la oferta, mientras que el tratamiento que finalmente se recibe es un fenómeno de la interacción entre oferta y demanda, es decir, el tratamiento no sólo depende de los costos de acceso sino también de la percepción del paciente sobre los beneficios de la asistencia sanitaria. Dos individuos pueden tener el mismo acceso a los servicios médicos y, sin embargo uno puede preferir ir al médico y recibir tratamiento y el otro no. Por otro lado, la salud del individuo, tal y como se ha comentado, no sólo depende del acceso a los servicios en salud o al tratamiento adecuado, sino que también inciden otros factores.

La aplicación de cualquiera de estas definiciones resulta difícil en la práctica. La mayoría de los autores en las obras consultadas prefieren las dos primeras definiciones de equidad en la prestación, aunque concluyen que no existe un único modo correcto de definir la equidad.

Estudios empíricos basan la medición de la equidad en la prestación de servicios en el concepto de *igualdad de tratamiento para igual necesidad*, independientemente de características personales, como la renta, que no guardan relación con la necesidad<sup>10</sup>. El tratamiento se mide por el gasto y la necesidad por alguna variable de morbilidad. El grado de equidad se determina comparando las distribuciones de enfermedad y gasto por deciles de renta, a través de la curva de

---

<sup>9</sup> Bitran R, Muñoz C (2000). Focalización en salud: conceptos y análisis de experiencias. Bitran y asociados.

<sup>10</sup> Wagstaff A, Van Doorslaer E & BACI P (1991). Pag. 141-171, Oxford, Oxford University Press.

concentración de la enfermedad y de la curva de concentración del gasto, respectivamente. Si el gasto en salud es equitativo, las dos curvas coincidirán de manera que los individuos con las mismas necesidades de salud recibirán los mismos recursos, independientemente de su nivel de renta.

**1.6.1.4 El Concepto de Eficiencia:** En términos generales, la noción de eficiencia se refiere al mejor uso de recursos escasos. Es necesario distinguir entre eficiencia técnica, de gestión, y económica y asignativa.

- Eficiencia técnica significa maximización de la producción con factores de producción dados o mediante la minimización de uso.

- Eficiencia de gestión implica maximización de la producción con costos dados o mediante la minimización de costos.

- Eficiencia económica o asignativa se refiere a producción al menor costo social de bienes y servicios que más valora la sociedad y distribución de los mismos de una forma socialmente óptima. Es la eficiencia de mayor nivel y presupone la existencia de eficiencia de gestión.

Para evaluar la eficiencia de la financiación de un sistema de salud es necesario tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, los costos asociados a la administración del sistema (eficiencia técnica) y, en segundo lugar, el grado de eficiencia económica del sistema de financiación. El segundo tipo de costos viene determinado por la distorsión que en el mercado puede producir la introducción de un impuesto o una contribución obligatoria, por ejemplo, en forma de mayores costos para las empresas, o por los fallos que llevan a que el mercado de seguros no sea eficiente, principalmente la selección adversa y el riesgo moral.

**1.6.1.5 Políticas de Focalización en Salud:** El propósito último de las políticas orientadas a mejorar la equidad es facilitar el acceso de las personas de bajos ingresos a servicios de salud de buena calidad, para así contribuir a reducir brechas en el estado de salud entre pobres y no pobres. La focalización de los subsidios públicos para salud constituye una de las políticas centrales disponibles para mejorar la equidad en el sector. Sin embargo, el concepto y las técnicas de focalización han sido poco usados por los gobiernos, en parte tal vez porque aún son mal comprendidos o algo desconocidos<sup>11</sup>. El financiamiento gubernamental de bienes públicos obedece a consideraciones de eficiencia económica. Se puede definir la salud como un bien público, a partir de reconocer que existen diferentes

---

<sup>11</sup> Bitran R, Muñoz C (2000). Focalización en Salud: Conceptos y análisis de experiencias. Bitran y asociados.

tipos de servicios que benefician a todos los miembros de la sociedad y no sólo a individuos específicos. Ejemplos de ello son las campañas de información, como por ejemplo aquellas para la promoción de hábitos de higiene o de prácticas sexuales saludables, o los programas de fumigación para erradicar vectores. Sin un financiamiento gubernamental adecuado, el monto de recursos financieros privados sería insuficiente o inexistente para estos servicios y por lo tanto su nivel de provisión sería bajo o nulo. Al destinar fondos para financiar estas atenciones, el gobierno garantiza que el nivel de provisión sea apropiado, lo cual beneficia a la sociedad en su conjunto.

De otro lado, se advierte que existen diversos tipos de servicios que benefician sólo al individuo que ha perdido su salud y que intenta recuperarla mediante la búsqueda de atención médica. Estos bienes se denominan privados y las posibilidades de acceso a los mismos están determinadas por la educación del individuo, su nivel de renta, y otras variables que podrían explicar tales posibilidades de acceso. Ejemplos de bienes privados incluyen muchos medicamentos (por ejemplo la aspirina o las drogas usadas en la quimioterapia del cáncer) y un gran número de atenciones curativas y preventivas otorgadas en los niveles ambulatorio y hospitalario (el control del embarazo y la apendectomía).

Puesto que algunas de estas atenciones tienen un alto costo de producción, no son económicamente accesibles para las personas de bajos recursos. Si el gobierno no destinara fondos para financiar esas atenciones, muchos pobres serían incapaces de comprar dichos servicios con recursos propios, lo cual redundaría en un deterioro de su estado de salud. La mayoría de los gobiernos opta por financiar tales servicios, pero la manera como se hace suele ser diferente en los diversos países. A dicho financiamiento por parte del gobierno se le denomina subsidio y puede ser parcial o total y cubrir ciertos bienes privados de salud para el beneficio de los pobres. Ello responde a consideraciones de justicia social o de equidad.

Subsidios públicos de salud es el término que se usa para referirse a la suma de todos los recursos, expresada en términos monetarios, que el gobierno asigna al sector salud. Pero ¿qué es exactamente un subsidio público? o ¿cuándo podemos afirmar que el gobierno está entregando un subsidio? Generalmente, se está asignando un subsidio cuando los recursos públicos se usan para rebajar a menos del costo unitario el precio de un bien o servicio prestado a grupos específicos de la población. Por ejemplo, en muchos países industrializados y en vía de desarrollo, el gobierno subsidia a los campesinos de tal forma que éstos a su vez ofrezcan a los consumidores bienes agrícolas a precios subsidiados, como la leche y el trigo. Sin estos subsidios, los productores tendrían que cobrar un precio lo suficientemente alto como para cubrir todos los costos de producción.

Desde luego, en un mercado perfectamente competitivo, no subsidiado, el precio del productor igualaría el costo marginal. Si se otorga un subsidio, entonces se

puede fijar el precio al consumidor por debajo del costo marginal de producción. ¿Por qué los gobiernos deciden subsidiar ciertos bienes o servicios?

Generalmente lo hacen para promover el consumo, rebajando de esta forma el precio para algunos o todos los consumidores. ¿Y por qué desea el gobierno incentivar el consumo? Por diversas razones, siendo una de las principales el mejoramiento de la equidad.

En el sector salud, los gobiernos recurren usualmente a distintos tipos de subsidios con el fin de mejorar la equidad. Por ejemplo, la provisión pública sin cobro directo a los consumidores de atención curativa de salud ha sido históricamente uno de los subsidios más comúnmente asignados por el gobierno en la salud. Su intención es eliminar las barreras financieras al acceso que enfrentan los consumidores y así aumentar las probabilidades de que todas las personas –particularmente los más pobres exijan y obtengan servicios de salud aun cuando carezcan de los recursos financieros necesarios para pagar por ellos.

Aunque menos común, otro subsidio público en la salud consiste en la entrega por parte del Estado de bonos que permiten a las personas de ingresos medios y bajos obtener, a precios más bajos, ya sea atención de salud o un seguro de salud por parte de proveedores privados. Cabe señalar que no todos los subsidios para la salud son públicos. La seguridad social para la salud –un sistema que establece una contribución obligatoria por planilla con el pago de un porcentaje del sueldo, usualmente compartido en el sector privado por empleados y empleadores resulta ser con frecuencia un sistema de subsidios implícitos entre los beneficiarios. Estos subsidios para la salud, que surgen del hecho de que los beneficios de seguridad social son usualmente los mismos para todos los beneficiarios independientemente de sus contribuciones, son de carácter privado porque no involucran fondos públicos; puesto que, por lo general, las contribuciones de seguridad social por parte de las personas y empleadores son obligatorias, algunos expertos consideran que los fondos de seguridad social también son públicos.

Desafortunadamente, los gobiernos no siempre consiguen canalizar sus subsidios públicos para la salud hacia los más necesitados. De hecho, puede que sólo dispongan de información limitada para determinar la mejor forma de asignar sus subsidios para la salud o también que carezcan de la capacidad adecuada para diseñar medios efectivos de focalizar sus subsidios o, incluso, que estén bajo presión para que destinen tales subsidios de manera que éstos beneficien a los que no son pobres.

La focalización es el acto mediante el cual el gobierno canaliza sus subsidios hacia una población objetivo o un grupo específico de la población. Un gobierno que trata de introducir una mayor equidad en el sector salud tendrá éxito en materia de focalización de sus subsidios de salud si todos o la mayor parte de los

mismos alcanzan a personas de escasos recursos, por ejemplo a quienes tienen menor acceso, ya sea físico o financiero, a una atención de salud apropiada. Un gobierno no tendrá éxito en materia de focalización si una fracción importante de sus subsidios para la salud no logra alcanzar a los beneficiarios objetivos y termina beneficiando a otros grupos de la población.

Existen múltiples maneras de focalizar los subsidios públicos para la salud, cada una de las cuales se caracteriza por su costo y su efectividad. El costo de focalización es el valor económico de todos los recursos que se destinan al esfuerzo de focalización. Por ejemplo, si un subsidio se concede en función de la condición socioeconómica de una persona, entonces los costos de focalización pueden incluir una encuesta domiciliaria nacional para evaluar su condición socioeconómica o también los sueldos de los trabajadores sociales a quienes se encarga dicha evaluación. La efectividad de la focalización es la proporción del subsidio que alcanza a los beneficiarios objetivos.

Al combinar el costo y la efectividad es posible deducir cuán eficiente (o lo que equivale a ello, cuán costo-efectiva) puede resultar una política particular de focalización. Por ejemplo, consideremos una estrategia que no incluye ningún esfuerzo de focalización y, por lo tanto, en que la mayoría de los subsidios se fugan hacia personas no pobres; ésta sería una estrategia ineficiente. Del mismo modo, sería ineficiente una estrategia cuyo esfuerzo de focalización resulte tan costoso que queden pocos subsidios para los beneficiarios objetivos. Una política de focalización de mayor éxito sería aquella de bajo costo o sin costo alguno, que logre encauzar la mayor parte de los subsidios hacia el grupo de población objetivo.

**1.6.1.6 El Desarrollo a Escala Humana (Manfred Max-Neef):** Para conocer mejor las necesidades y darles respuesta, el profesor Manfred Max-Neef ha desarrollado la tesis sobre el **desarrollo a escala humana**, que parte de que el desarrollo no debe ser impuesto, sino que debe nacer desde la base.

Él traza una matriz en la que se reflejan:

- Las nueve necesidades que se consideran fundamentales: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad
- Las cuatro categorías de satisfacción de estas necesidades: ser, tener, hacer y estar

Así, se obtiene una matriz con 36 campos que se trabaja y rellena en un taller en el que los participantes primero buscan las respuestas negativas a esa matriz para luego buscar las positivas.

NECESIDADES	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia				
Protección				
Afecto				
Entendimiento				
Participación				
Ocio				
Creación				
Identidad				
Libertad				

Estudiando las necesidades de personas de 19 países diferentes, se descubrieron perfiles de pobrezas de afecto, de identidad o de entendimiento en países “ricos”, mientras que en países considerados como pobres se daba mucha riqueza de creación, de participación o de afecto.

La matriz de necesidades es un sistema en el que todos sus elementos están relacionados con todos los demás. Cualquier impacto en uno, tiene impacto en el resto.

Ese concepto nos permite redefinir una serie de conceptos fundamentales, como el de pobreza. En el desarrollo a escala humana no hablamos de pobreza, sino de pobrezas. Por la economía, estamos acostumbrados a entender la pobreza nada más que como tema de subsistencia: insuficientes ingresos o bienes para subsistir. Pero podemos hablar de pobreza de protección (violencia, guerra, terrorismo), de afecto (machismo, discriminación), entendimiento (aula autoritaria, sistema de adoctrinamiento), identidad (discriminación racial, religiosa, exilio).

Cualquiera de nuestras necesidades, si está profundamente insatisfecha, es generadora de una pobreza. Cada pobreza, si rebasa un límite de intensidad y duración, genera patologías: enferma o mata. Uno no sólo se muere por hambre, hay muchas maneras de morir como caer en una depresión, es una manera de morir que puede ser más dolorosa que estar en el cementerio.

Lo más preocupante hoy es que –donde quiera que miremos- no encontramos patologías individuales, sino patologías colectivas. De repente, sociedades completas, adoptan comportamientos patológicos. La matriz de necesidades de esa sociedad está hecha pedazos. Un ciudadano en Gaza, Chechenia, Kosovo, Líbano o incluso en nuestro país muchas personas no tienen ni forma de

subsistencia, ni protección, ni apenas afecto, ni identidad, ni libertad, ni creación, y esto influye indudablemente en su estado de salud y en su calidad de vida.

En su hipótesis del Umbral Manfred Max-Neef sostiene que en toda sociedad parece haber un periodo en el cual el crecimiento económico, convencionalmente entendido, genera un mejoramiento de la calidad de vida. Ello sólo hasta un punto umbral, cruzado el cual el crecimiento económico genera un deterioro en la calidad de vida.

En la naturaleza, todo sistema vivo crece hasta un cierto punto en el que detiene su crecimiento, pero no detiene su desarrollo. El desarrollo puede seguir infinito, pero el crecimiento no.

“La salud es una condición esencial para el logro del desarrollo económico y una de las metas mas buscadas por toda sociedad. El aumento cuantitativo de la esperanza de vida no es suficiente indicio de bienestar social, es necesario también una mejoría cualitativa. No es aceptable un desarrollo económico acelerado con una población que presente un elevado porcentaje de incapacidades derivadas de enfermedades, las cuales no solo tienen orígenes patógenos sino que, con mucha frecuencia, se generan por carencias alimenticias, cuyas causas son de naturaleza económico-social. El concepto de salud no debe referirse a un estado de ausencia de enfermedad, sino a un proceso dinámico de una comunidad para reducir las anomalías físicas, psíquicas y sociales.”<sup>12</sup>

Hoy en día se acepta que el desarrollo económico de un país no es solamente de más inversión en capital físico (maquinaria, infraestructura) sino que es también necesaria la inversión social. Es decir, la inversión en el hombre. De aquí que las nuevas teorías sobre desarrollo económico le otorguen tanta importancia al gasto público dirigido al área de salud básica y educación.

Esto quiere decir que si bien las finanzas públicas mantienen con relación al desarrollo la responsabilidad de financiarlo (es decir, generar a través de la tributación el ahorro necesario para que el Estado atienda oportunamente las inversiones indispensables para ser posible un adecuado ritmo económico y social), esas inversiones cruciales para el desarrollo no se circunscriben ahora a las inversiones en activos, sino que se hacen extensivas a la inversión social. Dentro de la inversión social se considera indispensable que el Estado asuma fundamentalmente aquella que el campo de la Salud Básica y la Educación primaria.

---

<sup>12</sup> ARANGO, Gilberto. "Estructura económica colombiana". Bogota .Mc Graw Hill, 2000. Pág. 478.



La igualdad de oportunidades se puede restablecer con eficacia si el gasto se orienta hacia áreas específicas donde la igualdad de oportunidades está más comprometida como son la Salud y la Educación.

El gasto social, si se orienta mal, puede ser también un instrumento que estimula la mala distribución de la economía así acontece cuando la Inversión Social se orienta hacia actividades suntuarias o hacia grandes obras que solo van a ser utilizadas por las clases privilegiadas de la sociedad pero si el gasto social o al menos una parte importante de esta, se orienta a romper ciertos cuellos de botella en el proceso de desarrollo que afectan primordialmente a los sectores más desvalidos, entonces el gasto social tiene un efecto redistributivo muy eficaz.<sup>13</sup>

## **1.6.2 Marco Contextual**

**1.6.2.1 Antecedentes de Focalización y Equidad en Salud en Colombia:** En Colombia, la Constitución de 1991 reconoce explícitamente la salud como un derecho inalienable de los ciudadanos y define la seguridad social como un servicio público que debe ser provisto bajo la dirección del Estado, con base en los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. En 1993 fue promulgada la Ley 100, por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Esta ley establece los principios generales del nuevo sistema en cuanto a regulación, financiación, organización y prestación de servicios de salud. En cuanto a la financiación de los servicios de salud, se creó un fondo nacional de salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-, que debía absorber todos los fondos anteriores. Éste, a su vez, está dividido en cuatro subcuentas: de compensación del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado, de promoción y prevención y de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito.

La población, por su parte, está afiliada a un régimen de carácter contributivo o subsidiado, que da derecho a diferentes tipos de prestaciones. El régimen contributivo para asalariados y trabajadores independientes da derecho a un plan obligatorio de salud (POS) y a la posibilidad de ampliar sus beneficios con la compra de un plan complementario. El POS integra servicios básicos para el cuidado: prevención, promoción de salud, atención de primer nivel y riesgos catastróficos. El régimen de seguro subsidiado da acceso a un plan (POS-S) que, inicialmente, sólo cubre los cuidados primarios de salud, orientados a combatir las enfermedades transmisibles y proveer la atención materno-infantil. No obstante se han incluido algunos procedimientos terapéuticos y reaseguro para enfermedades de alto costo; la intención era que para el 2001 los servicios del POS-S fuesen equivalentes a los del POS.

---

<sup>13</sup> RESTREPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 1999. p. 20.



Respecto a la focalización, en Colombia la Constitución Nacional de 1991, dentro del ámbito de estado social de derecho, establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales.

El sistema general de seguridad social en salud dispuso la creación de un régimen subsidiado de salud, destinado a garantizar el acceso de las personas sin capacidades de pago (pobres y vulnerables) a los servicios de salud. Para ello, se especifica en la ley que el gobierno escogerá las herramientas apropiadas para asignar dichos subsidios<sup>14</sup>.

De igual forma, en el artículo 176 de dicha ley (De las funciones de la dirección seccional, distrital y municipal del sistema de salud) se ordena a los entes territoriales “preparar para consideración del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha”.

De otro lado, con la expedición de la ley 60 de 1993 se establece claramente que el gobierno contará con un mecanismo de focalización de los servicios sociales<sup>15</sup>. El artículo 30 de la ley 60 de 1993 define la focalización de subsidios como “el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el Conpes social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales”. El Conpes social 22 del 21 de enero de 1994 definió estos criterios que fueron acogidos por medio de la resolución 65 de 25 de marzo de 1994, la cual dispuso que “los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica”.

---

<sup>14</sup> Ley 100 de 1993. Art. 213. Parágrafo: “El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales”

<sup>15</sup> Ley 60 de 1993. Art. 30. Definición de focalización de los servicios sociales. Defínase focalización de subsidios al proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el Conpes social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Para la identificación de hogares, familias o individuos pobres, de acuerdo con esta resolución, se adoptó a partir de enero de 1995 el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como Sisben<sup>16</sup>. Esta ficha se utiliza para la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos indigentes a los que se refiere el artículo 257 de la Ley 100 de 1993; así como para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud, como lo estableció el Acuerdo No 23 de diciembre de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.<sup>17</sup>

En 1997 se expidió el Conpes social 040, mediante el cual se recomienda mantener los criterios de focalización y realizar una evaluación del impacto social de la política mediante la realización de la Encuesta de calidad de vida. En el 2001 se expidió la ley 715, que reforma la ley 60 de 1993, y en ella se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social.

La evaluación del Sisben propuesta en el Conpes No. 40 de 1997 y realizada por la Misión Social del DNP y el Ministerio de Salud en 2000 – 2001, “Evaluación Integral del Sisben”, para validar o redefinir los criterios del instrumento señaló como problemas la posibilidad de manipulación del instrumento por parte de los actores involucrados, deficiencias en la captura de información, debilidades en el índice Sisben para discriminar pobreza, filtraciones de carácter político en la escogencia de potenciales beneficiarios para programas sociales, mecanismos poco eficaces de control y vigilancia, y debilidad del control social. De acuerdo con lo anterior, el Conpes social expidió el documento 055 de 2001, el cual aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

En síntesis, la focalización se convierte en una herramienta de gestión de la política pública destinada a generar mayor equidad en la distribución de los beneficios de la inversión social. En tal sentido el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud es el mecanismo mediante el cual se logra que las personas pobres y vulnerables accedan a los servicios de salud y ejerzan su ciudadanía en el marco del estado social de derecho.

Es importante resaltar que el principio de equidad que se expresa en la Constitución colombiana es el de igualdad en el acceso a los servicios de salud que deben ser responsabilidad pública (aunque no necesariamente de su propiedad). El derecho colectivo es a la salud y no sólo a la protección de la

---

<sup>16</sup> Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programa sociales.

<sup>17</sup> A junio de 1997 el Sisben se había realizado en 98% de los municipios del país y había cubierto 6.200.000 personas en las zonas urbanas y 6.500.000 en las rurales.

misma. A pesar de que este principio de equidad expresado en la Constitución es igualitarista, en la práctica se ha establecido un sistema de seguridad social basado en un enfoque liberal de la equidad. En primer lugar, se ha segmentado el acceso a los servicios de salud en función de la capacidad de pago del individuo y de su status laboral. En segundo lugar, en el diseño del POS y del plan subsidiado se han empleado instrumentos de costo-efectividad siguiendo un enfoque utilitarista de equidad.

En cuanto a la financiación, se pueden identificar adicionalmente diversas fuentes de inequidad. La principal causa de la regresión del modelo de financiación colombiano viene determinada por el importante peso de la financiación privada de la asistencia sanitaria (más de la mitad de la misma), ya que el gasto privado en salud es proporcionalmente mayor en los grupos de renta baja, que además son los que más enferman. Otro factor que contribuye a incrementar la inequidad en la financiación del sistema de salud es el aumento de la subcotización, debido a la extensión del empleo informal.

En cuanto a las prestaciones, la reforma del sistema de salud en Colombia propone inicialmente un modelo que es inequitativo, ya que segmenta el acceso a los servicios de salud en función de variables que no dependen de la necesidad de salud de los individuos, como son la capacidad de pago y el status laboral. La igualdad en el acceso a los servicios de salud en Colombia dependerá, en cierta medida, de que se logren los objetivos de extender el aseguramiento obligatorio. No obstante, el mecanismo utilizado con este propósito, basado en la desconcentración del aseguramiento a las EPS, crea incentivos contrarios.

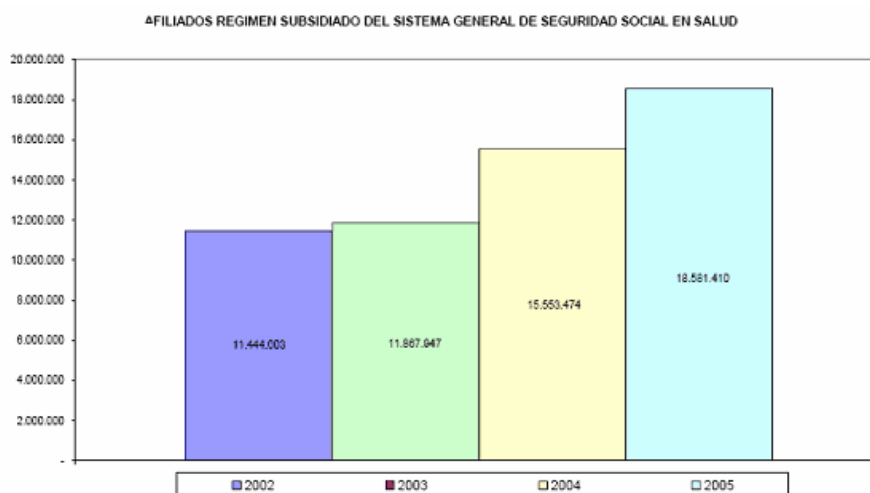
Los principios de equidad se basan en enfoques igualitarios y definen objetivos de universalización de los sistemas de salud. No obstante, los mecanismos para universalizar el aseguramiento público utilizado en Colombia han buscado extender el aseguramiento, con una oferta de servicios desigual según la capacidad adquisitiva de la población. Debido a la magnitud de la pobreza, de la economía informal y de los incentivos a la selección de riesgos, es improbable que, a mediano plazo, se alcance el objetivo de la universalización del aseguramiento obligatorio con igualdad de prestaciones, a menos que se reoriente la política pública de salud.

**1.6.2.2 Régimen Subsidiado en Colombia:** El régimen subsidiado de salud llega en el año 2007 a más de 20 millones de colombianos, lo que representa una cobertura del 87,1 por ciento. La salud subsidiada tiene cubrimiento universal en seis departamentos. Este es uno de los logros más significativos del Ministerio de la Protección Social del actual gobierno.

A nivel nacional los niveles de afiliación, para los dos principales regímenes contributivo y el subsidiado registran una evolución positiva; permitiendo a la población acceder a un plan integral de salud y alcanzar el objetivo de universalidad.<sup>18</sup>

Con importantes variaciones, el régimen subsidiado ha contribuido a incrementar la cobertura de la seguridad social en especial de grupos poblacionales de escasos recursos, facilitando el acceso a servicios de salud e incentivando el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Figura 3. Afiliados Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Ministerio de la Protección Social

**1.6.2.3 Régimen Subsidiado en San Juan De Pasto:** El municipio de Pasto, acatando las disposiciones generales del Régimen Subsidiado y siguiendo los lineamientos del programa de la Presidencia de la Republica y el municipal, puso en marcha el programa de subsidios a la población carente o de escasos recursos.

En marzo de 1995 arrancó en el municipio de Pasto la tarea de la focalización de la población a fin de establecer beneficiarios del sistema del Régimen Subsidiado y de programas de la red de solidaridad, utilizando el mecanismo del SISBEN para

<sup>18</sup> DNP. Los municipios hacia los Objetivos del Milenio - Salud, educación y reducción de la Pobreza. 2005. En línea: [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org). Septiembre de 2007.

lo cual se organizó un equipo mixto conformado por Planeación Municipal y la Secretaria de Salud. Un proceso que se realizó casa por casa de los estratos 1, 2, 3 de acuerdo al programa de Planeación Municipal. Una vez establecidos los beneficiarios del régimen subsidiado, que en total resultaron treinta y tres mil personas (33.000) se procedió a la carnetización. Es importante reconocer los avances sociales logrados en Nariño; en 2002 este departamento contaba con 657.675 personas afiliadas al régimen subsidiado de salud.

Para finales de 2003 esta cifra había ascendido a 712.483 afiliados, lo cual significó un crecimiento de 54.808 nuevas personas vinculadas al régimen subsidiado en dicho año.

En el 2004 ingresaron al sistema otros 33.966 nariñenses, para los años 2005, 2006 el patrón de incremento se ha mantenido y el 2007 la cobertura mostró un buen comportamiento al compararse el periodo actualmente registrado con los de los años anteriores. Esto significa que durante el actual Gobierno han podido ingresar más de 100.000 personas al régimen subsidiado en Nariño.<sup>19</sup>

Tabla 3. Evolución del Régimen Subsidiado en Pasto 1997 - 2006

<b>POBLACIÓN REGIMEN SUBSIDIADO</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Subsidio Total</b>	44561	47709	52241	53181	73287	76765	82078	86409	93856	<b>174893</b>
<b>Subsidio Parcial</b>	0	0	0	0	0	30000	30000	80000	80000	<b>5255</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44561</b>	<b>47709</b>	<b>52241</b>	<b>53181</b>	<b>73287</b>	<b>106765</b>	<b>112078</b>	<b>166409</b>	<b>173856</b>	<b>180148</b>

FUENTE: Alcaldía Municipal de Pasto. Dirección Municipal de Salud.

**1.6.2.4 EPS-S Salud Cóndor S.A.:** Es una Empresa Promotora de Salud dedicada al aseguramiento de riesgos epidemiológicos y financieros en el Régimen Subsidiado de Salud, con un equipo humano comprometido con la calidad en la atención y recursos tecnológicos dirigidos a la satisfacción de nuestros usuarios, en la prestación de servicios de salud, contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada.

<sup>19</sup> Periódico EL TIEMPO. "Hechos Sociales en Nariño", Abril de 2007

Dentro de su política de calidad EPS Salud Cóndor S.A. se compromete a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios con esfuerzo permanente en la búsqueda de la excelencia en la atención en salud, con un sistema de gestión gerencial soportado en estándares de habilitación y acreditación, con servicios de fácil acceso, oportunos, continuos, integrales y de total acompañamiento.

En el momento la EPS Salud Cóndor cuenta con 230 empleados distribuidos en las cuatro regiones autorizadas para operar: región SUR, región NOROCCIDENTAL, región CENTRORIENTAL y el Departamento de Boyacá por vía excepcional, además cuenta con una tecnología de redes informáticas y comunicación en línea con todas sus sedes, es el soporte para operar simultáneamente y con efectividad en los procesos definidos para el área administrativa y para la prestación de los servicios al usuario.

**1.6.2.4.1 Población Afiliada:** Los Usuarios de los servicios de la EPS-S Salud Cóndor S.A. se encuentran focalizados por las Alcaldías municipales y en especial por las direcciones locales de Salud, con base a parámetros establecidos en la encuesta de SISBEN. Los usuarios son procedentes de los estratos 1, 2 y 3 y de las consideradas poblaciones especiales como desplazados, niños abandonados y madres cabeza de hogar. En cuanto a la priorización de afiliarlos al Sistema de Seguridad Social en Salud, se tiene en cuenta la normatividad vigente para el efecto.

Dentro de los componentes importantes en la prestación de los servicios de salud, se consideran las Actividades de Promoción y Prevención en Salud, las cuales se integran en programas orientados en primera instancia al cumplimiento de las establecidas por la norma, y en segunda, orientados a que la comunidad adopte nuevos hábitos de vida saludable, para contribuir a mejorar su calidad de vida.

- **Población Afiliada A Eps-S Salud Cóndor S.A. A Nivel Nacional:** La población afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. a nivel nacional es de 441.241 afiliados activos distribuidos en 9 departamentos hay que destacar que aunque la UPC asignada para cada afiliado es igual dentro de las designaciones y calidad de afiliados se dividen en afiliados cabeza de familia y beneficiarios que corresponde a 280,786 y 160,455 respectivamente (Tabla 3)

Tabla 4. Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. a Nivel Nacional

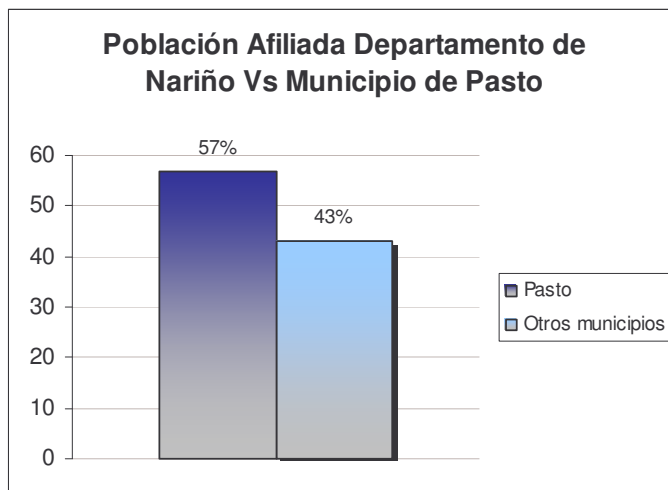
<b>AFILIADOS EPS-S SALUD CÓNDOR S.A.</b>		
<b>CABEZA DE FAMILIA</b>	Activos	<b>280786</b>
	Suspendidos	<b>10173</b>
	Retirados	<b>55281</b>
	Inactivos	<b>814</b>
<b>BENEFICIARIOS</b>	Activos	<b>160455</b>
	Suspendidos	<b>6712</b>
	Retirados	<b>39809</b>
	Inactivos	<b>1480</b>
<b>TOTAL DE AFILIADOS ACTIVOS</b>	<b>441241</b>	

Fuente: EPS-S Salud Cóndor S.A.

- **Población Afiliada a Eps-S Salud Cóndor S.A. a Nivel del Departamento de Nariño**

La población afiliada en el departamento de Nariño esta distribuida en 36 municipios que sumados entre cabeza de familia y beneficiarios sumarian 230.566 afiliados, 140.239 y 90.327 respectivamente, en el municipio de Pasto, se encontraron activos 132,286 afiliados, entre cabeza de familias y beneficiarios 66.739 y 65550 respectivamente (tabla 3), constituyéndose en la población afiliada mas grande del departamento de Nariño con un porcentaje del 57% de toda la población de Nariño.

Figura 4. Población Afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. en el Departamento de Nariño vs. Municipio de Pasto.



Fuente: EPS Salud Cóndor S.A

Tabla 5. Número de Afiliados por Municipios

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CABEZA DE FAMILIA	BENEFICIARIOS
ALBAN ( San José )	491	105
ANCUYA	2985	2049
ARBOLEDA ( Berruecos )	1776	1678
BUESACO	1175	288
CHACHAGUI	979	269
COLON ( Génova )	1217	254
CONSACA	3077	1503
EL PEÑOL	2282	468
EL TAMBO	4126	1671
GUACHUCAL	406	344
GUAITARILLA	1597	1148
ILES	1181	1498
IMUES	1276	1219
LA CRUZ	871	375
LA TOLA	1455	45
LA UNION	3850	1036
LINARES	1771	505
MALLAMA ( Piedrancha )	6752	645
NARIÑO	875	624
OLAYA HERRERA ( Bocas de Satinga)	1774	201



OSPINA	534	147
<b>PASTO</b>	<b>66736</b>	<b>65500</b>
POTOSI	963	92
PROVIDENCIA	2501	449
PUPIALES	928	329
RICAURTE	2117	224
SAMANIEGO	6183	1292
SAN BERNARDO	144	58
SAN LORENZO	5570	1758
SAN PABLO	2777	561
SANDONA	2115	86335991
SANTACRUZ ( Guachavés )	2490	259
TAMINANGO	1880	1005
TANGUA	2492	435
TUQUERRES	1553	637
YACUANQUER	1340	665
<b>TOTAL AFILIADOS ACTIVOS</b>	<b>140239</b>	<b>90327</b>

Fuente: EPS Salud Cóndor S.A.

### 1.6.3 Marco Conceptual

- **Administración Del Régimen Subsidiado:** Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio.

- **Calidad De Vida:** Se entiende la calidad desde tres ópticas:
  - a) Como aquella disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas (alimento, vivienda, sanidad, etc.)
  - b) Como la capacidad administrativa estatal de patrocinar la prestación de servicios básicos públicos especialmente, de los más desfavorecidos.
  - c) Como la gestión social y programática de alternativas competentes a su desarrollo en términos de justicia y equidad.
- **Desarrollo Económico:** es el proceso de crecimiento que se garantiza por cambios cualitativos en la tecnología de la economía, sino también la cual es muy importante en el sistema de relaciones económicas, en particular en las relaciones de distribución.

- **Contribución a la Equidad:** Requisito para lograr el desarrollo y crecimiento económico, mejor distribución de los ingresos, menor desigualdad y mayor equidad general.
- **Consumidores en salud:** “Los consumidores son todas las personas que demandan servicios de salud, vale decir, que es casi toda la población de un país. Generalmente, se les llama pacientes, aunque en los últimos años se utilizan más los términos cliente o usuario”.<sup>20</sup>
- **Educación:** acción mediante la cual se transmiten ciertos conocimientos culturales, científicos y/o técnicos. Se forma a los personas los valores de la sociedad en que viven. Esto ha sido considerado como algo que contribuye al desarrollo cultural del individuo y que en ciertos casos puede ayudarle a conseguir puestos de trabajo de mayor cualificación y retribución.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados por la Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenden por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deber cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

- **Entidades Promotoras De Salud (EPS).** Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica ser organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley, tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

---

<sup>20</sup>En línea: [www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/present\\_Rathe\\_Conceptos\\_basicos\\_economia\\_salud\\_sp.pdf](http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/present_Rathe_Conceptos_basicos_economia_salud_sp.pdf). Septiembre de 2007

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su rea de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- **Población Beneficiaria Del Régimen Subsidiado.** Se regula el servicio público esencial de salud y se crean condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Tienen derecho al Régimen Subsidiado las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio total y las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio parcial.

- **Pobreza:** ausencia de condiciones materiales para la reproducción de la fuerza de trabajo y el perfeccionamiento individual.

- **Régimen Subsidiado:** encargado de afiliar personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Donde está subsidiada la población más pobre y vulnerable del país en el área rural y urbana. La financiación del régimen subsidiado dispondrá de recursos: de las transferencias de inversión social destinadas a la salud, de Ecosalud, del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos, del fondo de solidaridad y garantía, del régimen contributivo.

El régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar.

La forma y las condiciones de operación de este régimen son determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- **Salud:** Algunos la definen como un estado de bienestar físico y espiritual que permite a los seres humanos desarrollar al máximo su potencial. Es evidente que el logro de la salud, en este sentido, requiere mucho más que recursos materiales”.<sup>21</sup>
- **Salud y desarrollo económico:** “El estudio de la macroeconomía de la salud permite sacar conclusiones entre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país. La mala salud y una carga financiera excesiva para la población, constituye un lastre que obstaculiza el desarrollo económico”<sup>22</sup>
- **Sistema General De Seguridad Social En Salud:** Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar a la población e servicio esencial de salud. El servicio de salud es un servicio denominado esencial, por tanto, es obligación del Estado crear las condiciones necesarias para que todas las personas tengan acceso a este servicio en todos los niveles de atención.

#### 1.6.4 Marco Normativo

La normatividad en salud es entendida como el conjunto de disposiciones regulatorias de carácter jurídico y técnico aplicables a toda persona, actividad, producto, servicio y establecimiento cuya condición así como sus efectos estén relacionados con la salud, procurando su preservación y fomento. Por su ámbito de aplicación, comparte límites de convergencia con otras que en grado variable inciden en el proceso salud-enfermedad y cuyo desarrollo y aplicación transcurre por vías alternas.

La función rectora del estado en la formulación de políticas públicas de regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector de la salud es necesaria para la identificación de instrumentos creando incentivos que afecten los comportamientos

---

<sup>21</sup>En línea: [www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/present\\_Rathe\\_Conceptos\\_basicos\\_economia\\_salud\\_sp.pdf](http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/present_Rathe_Conceptos_basicos_economia_salud_sp.pdf). Septiembre de 2007

<sup>22</sup> Ibid

de individuos, agentes aseguradores y proveedores generando mayor eficiencia y equidad en la asignación de los recursos del sector.

- **Artículo 48 Constitución Nacional:** Instituye la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio como función social, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Siendo entonces la seguridad social un servicio público el Estado tiene la obligación imperiosa de garantizarlo, para tal fin ha destinado recursos humanos y económicos tendientes a lograr su efectividad. Constituye pues, este mandato constitucional el fundamento del complejo de normas e instituciones gestoras de la seguridad social en Colombia

- **Ley 100 de 1993, artículo 153. Numeral 4**

Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

Sustenta la libre elección de aseguradora, y que dentro de su red en lo posible mantenga opción para ejercer libre elección de prestador.

- **Ley 100 de 1993 artículo 159. Numeral 3**

La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el Gobierno Nacional dentro de las condiciones previstas en esta ley.

Refuerza la libre elección de aseguradora como elemento básico y fundamental en afiliación y traslados.

- **ARTICULO 156. Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- a) El Gobierno Nacional debe dirigir, orientar, regular, controlar y vigilar el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) Todos los habitantes en Colombia deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financia con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- c) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud deben recibir un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que se denomina el Plan Obligatorio de Salud.
- e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras.
- f) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación -UPC- que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas.
- o) Las entidades territoriales celebran convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiará con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley;
- p) La nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

## **Afiliados al Sistema**

- **Ley 100 Artículo 157. Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud**

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Ser subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en el área rural y urbana.

- **Ley 100 Artículo 159. Garantías de los afiliados**

Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.
4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- **Ley 100 Artículo 160. Deberes de los afiliados y beneficiarios**

Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización (copago de acuerdo al nivel SISBEN).
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.

- **Ley 100 Artículo 188. Garantía de atención a los usuarios**

Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencia que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios, estos podrán solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, ésta ser dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud.

- **Ley 100 Artículo 199. Información de los usuarios.**

El Ministerio de Salud define normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

- **Ley 100 de 1993 Artículo 212**

La forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La operación es entonces la definida por el Acuerdo 244.



- **Ley 100 de 1993 artículo 215**

Administración del régimen subsidiado. Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Aunque la Ley 100 le otorga la función de afiliar a las ARS (EPS), igualmente le da la autoridad al CNSSS para definir la operación y con ésta el Acuerdo 244 le asigna al municipio la competencia y responsabilidad del proceso de afiliación.

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 11**

Define el proceso de afiliación, las ARS autorizadas, las fechas y condiciones de comunicación y convocatoria a potenciales beneficiarios, la responsabilidad del ET en garantizar la libre elección.

- **Resoluciones 890 de 2002 y 1375 de 2002**

Base de datos de afiliación y traslados, en estructura definida por la norma, de potenciales beneficiarios priorizados.

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículos 14, 15, 16, 17 y 22**

Libre elección para poblaciones especiales y afiliación de recién nacidos, garantía de acceso a servicios y pagos por atenciones. Libre elección de comunidades indígenas

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 18 y 19**

Carnetización: responsabilidad de ARS, momento de efectuarlo y periodo mínimo de permanencia.

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 20 y 21**

Procedimiento de traslados en situación normal y por incumplimiento de ARS.

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 26**

Pérdida de calidad de afiliado al régimen subsidiado.

- **Acuerdo 244 de 2003 capítulo VI artículo 53**

Garantía de la afiliación en circunstancias excepcionales. Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento en las siguientes circunstancias: disolución y liquidación, terminación unilateral de los contratos, declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento, nulidad de los contratos de aseguramiento, retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio y no suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003. Procedimiento de afiliación.

- **Ley 100 de 1993 artículo 216 numeral 3**

Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la dirección seccional o local de salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente en lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

- **Acuerdo 262 de 2004**

Define recursos para ampliación de cobertura, fija las condiciones de afiliación y los gastos máximos de administración de ARS.

Acuerdos y resoluciones correspondientes a ampliaciones de cobertura

Múltiples acuerdos que definen periodos excepcionales de afiliación, por razones de disponibilidad de recursos y que son reglamentados por resolución que distribuye los recursos en las distintas entidades territoriales. El proceso de afiliación es el definido en el Acuerdo 244 exceptuando lo que defina explícitamente el acuerdo correspondiente. Los cupos se definen de acuerdo a las instrucciones dadas por el Ministerio de la Protección Social en dichas resoluciones.

- **Resolución 00581 de 2004**

Adopta el Manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradora de régimen subsidiado.

- **Acuerdo 267 de 2004**

Ampliar la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante subsidios parciales del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Define financiación, cofinanciación, plan de beneficios, población beneficiaria, selección y priorización, UPC y reglas de operación y contratación para municipios de más de 200.000 personas.

## 1.7 METODOLOGÍA

### 1.7.1 Tipo de Estudio

El tipo de investigación que se empleó en el estudio sobre la contribución socioeconómica de la E.P.S. Salud Cóndor S.A. en la ciudad de Pasto, es no experimental – descriptivo, donde se describen las características de los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. de la ciudad de San Juan de Pasto y presentará un estudio cualitativo del fenómeno, en un marco referencial de tiempo actual, donde no se tiene control sobre los factores. La información primaria y secundaria recolectada, fue analizada para la realización de la respectiva descripción, tomando como referencia los interrogantes planteados, y de esta manera se identificaron características, fallas y se formularon recomendaciones para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

### 1.7.2 Fuentes de Información

En el Estudio Socioeconómico de los Afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. de la ciudad de San Juan de Pasto, para el año 2007 se utilizan fuentes de información primaria, secundaria y terciaria.

**Información Primaria:** Fuente de información directa, obtenida a través de encuestas, entrevistas. En la investigación la fuente de información primaria son los afiliados a EPS Salud Cóndor S.A. dentro del análisis histórico y actual para el estudio socioeconómico a realizar.

**Información Secundaria:** Es aquella que el investigador recoge a partir de investigaciones ya hechas, por otros, investigadores con propósitos diferentes. La información secundaria existe antes de que el investigador plantea su hipótesis y, por lo genera, nunca se entra en contacto directo con el objeto de estudio, además se acudirá a productos, servicios, textos, trabajos de grado y similares que puedan ayudar a la elaboración del proyecto.

**Información Terciaria:** Son aquellas que se sitúan en la esfera de la Internet, son fuentes de información digital, por ejemplo una publicación de Internet, datos obtenidos de una base de datos sistematizada como por ejemplo el software utilizado por la empresa (INTEGRA-ARS).

### 1.7.3 Instrumentos para Obtener la Información

En el análisis histórico y actual del Estudio Socioeconómico de los Afiliados a EPS – S Salud Cóndor S.A. en la ciudad de Pasto se utilizaron instrumentos como, informes internos de la Institución, la biblioteca y la Internet. La información primaria se obtendrá mediante la observación y la realización de encuestas y entrevistas con la población involucrada. La información secundaria se

recolectará dentro de la institución por medio de archivos existentes y consulta en bibliotecas. Finalmente la información terciaria se recolectará mediante investigación en Internet.

### Procesamiento de la información

En el Estudio Socioeconómico de los Afiliados a EPS Salud Cóndor en ciudad de San Juan de Pasto, la información se procesara mediante:

- La información Primaria: Se procesa con las tabulaciones de la información, mediante gráficos con histogramas de frecuencia, se harán cuadros descriptivos. Los resultados de la encuesta se analizaran por medio de tablas o listados de datos que facilitan su agrupamiento y contabilización. Una vez tabulados todos los cuestionarios, se contarán las respuestas anotadas en casilleros, expresándose en números en la columna que dirá total.
- La información Secundaria: se procesa mediante la organización de la información obtenida.
- La información terciaria: se procesa mediante programas de computador como por ejemplo Microsoft Office (Word, Excel, Power Point), Integra ARS,

Principalmente la información provendrá de la realización de encuestas, que se hará tomando una muestra representativa de los sujetos involucrados en este caso los afiliados cabeza de familia a EPS Salud Cóndor S.A. De la siguiente manera:

Población = 132.782 Afiliados a EPS Salud Cóndor S,A. en San Juan de Pasto.

En donde:

$n = \text{Población} = 132.782$  afiliados totales

$Z = 1,96$

$p = 0.5$

$q = 0.5$

$(p.q) = 0,25$

$e^2 = 0,01$

Arrojando como resultado:

$$n = \frac{132.782 * 1.96^2 * (0.25)}{(132.782 - 1) * 0.01 + 1.96^2 * (0.25)}$$

$n = 95.954 = 96$

Para un total de 96 encuestas dirigidas a los afiliados cabeza de familia.

## 2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDROR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud tiene por objeto habilitar, en el ámbito municipal, a las personas pobres y vulnerables para que reciban los beneficios de la afiliación al régimen subsidiado de salud, accedan a los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado y ejerzan su derecho a la salud. Es importante tener en cuenta que las personas afiliadas son de estratos 1 y 2, este es un factor determinante y característico en este estudio. El 76.04% de los encuestados tiene carné nivel 1 y el 24% tienen carné nivel 2.

Para determinar el riesgo socioeconómico específico de la población afiliada a la EPS-S Salud Cóndor S.A. se realizó una encuesta dirigida a la población adscrita a esta EPS, con esto se puede determinar los riesgos sentidos de los afiliados para de esa forma realizar junto con la información sociodemográfica dado por el perfil demográfico (pirámide poblacional) y el perfil epidemiológico un diagnóstico de salud que es la herramienta adecuada para determinar cualquier intervención en salud en espera de un impacto positivo sobre la población.

### 2.1 EDAD Y SEXO

Tabla 6. Afiliados por Grupo Etareo EPS-S SALUD CÓNDROR S.A.

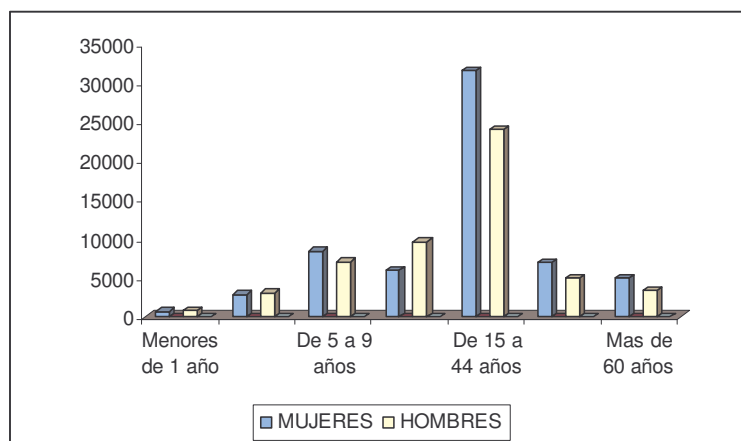
RANGO DE EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
>1	717	47,6	789	52,4	1.506	1
De 1 a 4	2.891	48,8	3.070	51,2	5.961	6
De 5 a 9	8.456	49,9	7.089	50,1	15.545	14
De 10 a 14	6.023	49,7	9.651	50,3	15.674	12
De 15 a 44	31.657	54,2	24.109	45,8	55.766	49
De 45 a 59	6.906	55,3	4.971	44,7	11.877	11
Mas de 60	4.929	59,3	3.386	40,7	8.315	8
<b>TOTAL</b>	<b>61.579</b>	<b>53,2</b>	<b>53.065</b>	<b>46,8</b>	<b>114.644</b>	<b>100%</b>

Fuente: Contribución Socioeconómica de la EPS-S Salud Cóndor en la ciudad de Pasto. 2007

Es necesario conocer la magnitud y estructura de la población que forma los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. en la ciudad de Pasto para ello se agrupa y clasifica a las personas de acuerdo al grupo etáreo.

Dentro de la población afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. podemos observar que existen unas divisiones en cuanto a cabeza de familia y beneficiarios y sus sexos. De esta manera se da origen a la siguiente pirámide poblacional.

Figura 5. Pirámide Poblacional, distribución de grupos por Edades y Sexo



Fuente: Contribución Socioeconómica de la EPS-S Salud Cóndor en la Ciudad de Pasto. 2007

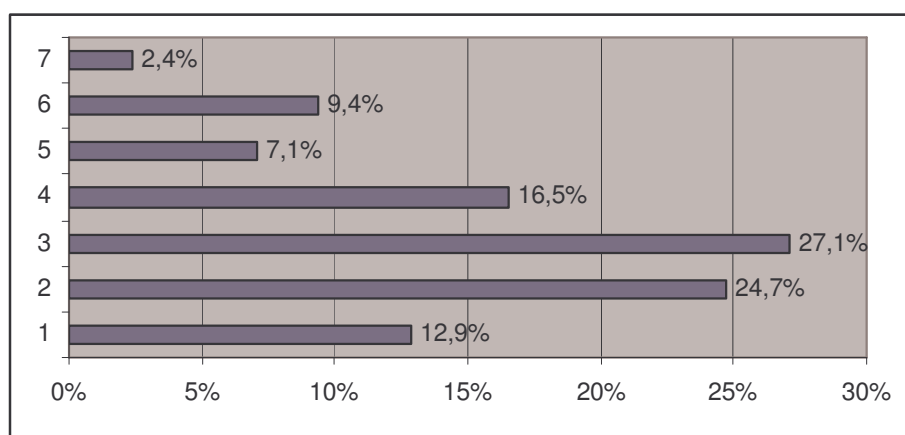
En esta pirámide se puede observar que los mas altos niveles de población afiliada se encuentran en el rango entre 15 y 44 años en especial del sexo femenino caracterizando a que en esta población la carga de enfermedad se puede presentar en mayor proporción hacia la población adulta joven de ambos sexos y las mujeres en edad fértil. La proporción siguiente es la población de niños y adolescentes y la más base más estrecha es la población ente los 45 y los 60 años y más. (Ver anexo B)

En este estudio se conserva la distribución por edades y sexo, como dato importante se pudo observar que predomina como cabeza de familia el sexo femenino con 78.8%, que solo en 21.2% el cabeza de familia es de sexo masculino, con lo cual se demuestra que solo en esta proporción del 21% habrían hogares verdaderamente constituidos. El rango en el que oscilan las edades de esta población es en su mayoría 15 y 45 años tanto para mujeres como para hombres para un porcentaje de 89.6% y en un 10.42% la población en mayor de 45 años.

## 2.2 PROMEDIO DE PERSONAS POR FAMILIA:

La mayoría de familias encuestadas en la muestra están conformadas por 3 integrantes en el 27.1%, 2 integrantes 24.7%, y 4 integrantes 16.5%, de ahí que en promedio no se observa porcentaje alto de familias con problemas de hogares con integrantes numerosos que podría causar hacinamiento. Es decir que los beneficiarios son en total 281 personas, cabe anotar que a este dato se le suma 12 afiliados que figuran como cabeza de familia y no tienen grupo familiar, entonces en total 293 personas entre cabezas de familia y beneficiarios.

Figura 6. Promedio de Personas por Familia



Fuente: Esta investigación

## 2.3 VIVIENDA ACTUAL:

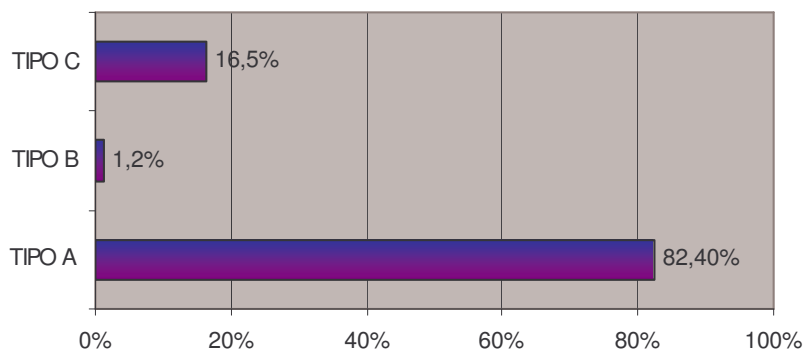
Para toda la sociedad este factor se constituye en una parte fundamental del tejido social, y se buscaría que toda la población tuviera acceso a ella, sin embargo casi la mayoría de los afiliados no tienen casa propia, pues la actual crisis económica y social ha llevado a que las condiciones económicas de las familias tienda a deteriorarse cada vez más.

Para determinar el tipo de vivienda en el que habitan los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A., se determinaron tres tipos de Vivienda. Vivienda Tipo A: Material, cemento, techo y piso de cemento. Vivienda Tipo B: Material, cemento, techo y piso de arena y Vivienda Tipo C: madera, piso de arena, otro tipo de material en el techo. Según los datos obtenidos el tipo de vivienda donde moran los núcleos familiares en su mayoría es de TIPO A con el 82.4%. Seguidas las de tipo C (madera, piso de arena, otro tipo de material en el techo) en un 16.5%, y en un



porcentaje muy mínimo el tipo B (material, cemento, techo, piso de arena) en un 1.2%.

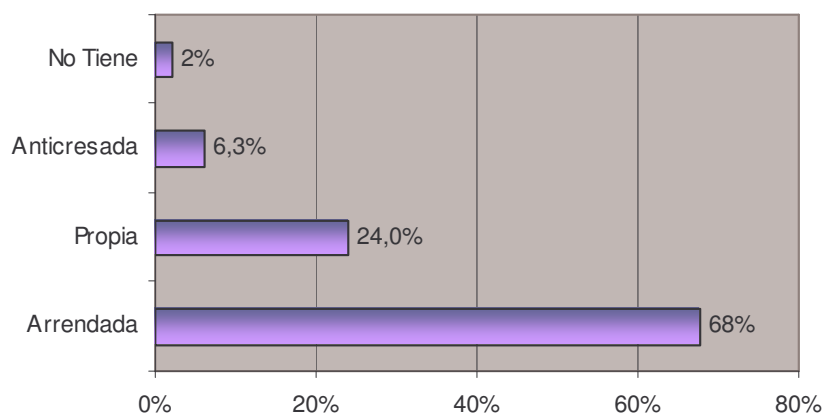
Figura 7. Tipo de Vivienda



Fuente: Esta investigación

Dentro de la encuesta que se desarrolló para la captura de la información sobre vivienda actual, podemos observar que en la mayoría de los núcleos familiares de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. se encuentran en viviendas arrendadas el 68%, el 6% tiene vivienda anticresada, solo el 24% de los núcleo poseen vivienda propia, y 1.3 % de los afiliados no tienen vivienda alguna, lo que podría interpretarse como que no tiene donde pernoctar, y se encuentran en la indigencia absoluta los cual aumenta la carga de enfermedad.

Figura 8. Vivienda Actual



Fuente: Esta investigación

En cuanto a las vías de acceso se observó que la población urbana afiliada en la ciudad de Pasto a la EPS Salud Cóndor S.A. tiene vías de acceso a sus viviendas pavimentadas en un 98%, y que solo 2% de la población encuestada no tiene el acceso pavimentado a su vivienda.

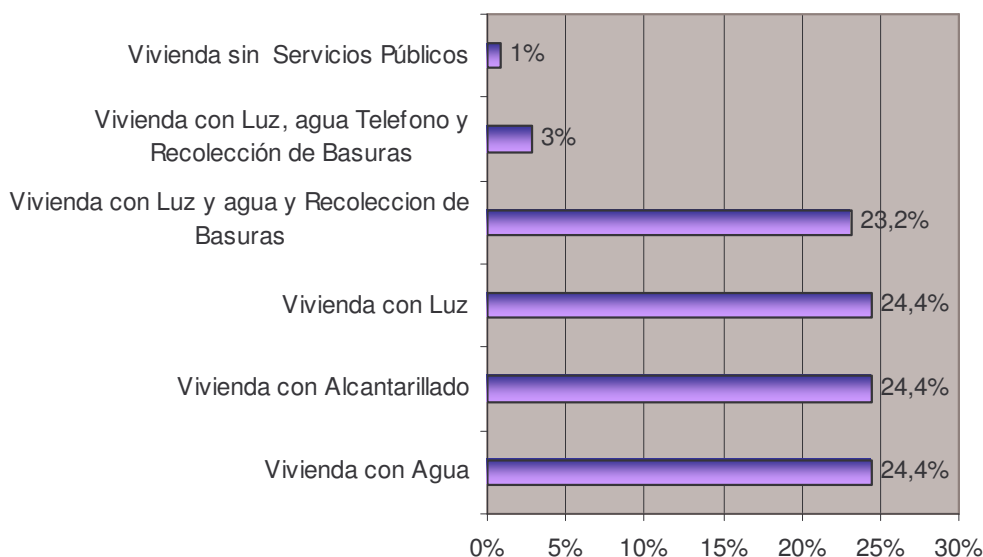
## 2.4 SERVICIOS PÚBLICOS:

Colombia ha dejado de ser un país rural, para convertirse en inminentemente urbano. Esto ha planteado la necesidad de reestructurar la organización administrativa y de reforzar la financiación de las empresas de servicios públicos. La continuidad, la calidad y el valor de los servicios públicos, es decir los de energía, alcantarillado recolección de basuras y acueducto, afectan directamente la calidad de vida de los habitantes.

Las enfermedades en Colombia siguen siendo las relacionadas con el saneamiento ambiental, es decir, con la dotación de agua potable, la eliminación de excretas y aguas sucias y la disposición de basuras.

Para los Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. en San Juan de Pasto en este aspecto se observa una distribución constante teniendo en cuenta que la encuesta plantea una variable no excluyente, con lo cual podemos observar la tenencia de los servicios básicos en una proporción entre el 23.2% y el 24%, porcentajes aceptables y solo en un 0.9% se encuentra viviendas sin servicios.

Figura 9. Servicios Públicos



Fuente: Esta investigación

## 2.5 INGRESOS FAMILIARES:

La mayoría de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. obtienen sus ingresos de empleos informales que no alcanzan a cubrir el salario mínimo legal vigente.

Las ocupaciones más comunes dentro de esta población son: empleadas domésticas con un 16.6%, en este punto cabe anotar que en su mayoría las personas encuestadas no cuentan con prestaciones sociales y no alcanzan a percibir ni el salario mínimo legal vigente. Encontramos que el 14.58% corresponde a amas de casa. Están otras fuentes de ingresos como las ventas, el cuidar carros en parqueaderos públicos, la recolección de basuras para reciclar, personas que aun siendo cabeza de familia viven al amparo de otras personas, dentro de los encuestados hay personas que no especifican el origen de sus ingresos y también existen personas que en el momento de ser encuestadas dicen estar desempleadas, entre otros.

Tabla 7. Ocupación de los Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.

OCUPACIÓN	NUMERO DE ENCUESTADOS	%
Empleadas Domésticas	16	16.66%
Amas de Casa	14	14.58%
Ventas	12	12.5%
Recicladores	8	8.33%
Parqueaderos	6	6.25%
Ayudantes en oficios varios	7	7.29%
Ayuda de otras personas	10	10.41%
Desempleados	13	13.54%
Otros	10	10.41%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>

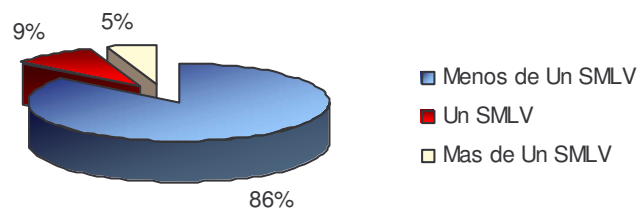
Fuente: Esta investigación

En la encuesta se observa que en el 69% de los núcleos familiares 2 personas trabajan, en el 19% son 3 las personas que trabajan y en una menor proporción en un 11% y en 1% trabajan 1 y 4 personas respectivamente.

Por resultados obtenidos en la encuesta los núcleos familiares de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor en un 85.9% recibe como ingresos mensuales menos de un salario mínimo legal vigente, y 9.4% recibe un salario mínimo legal vigente, por otro lado el 4.7% recibe mas de un salario mínimo, esta información cruzada con

la obtenida con el análisis de número de personas que trabajan se puede deducir que los trabajos a que se refieren estas personas son en su mayoría empleos informales o con salarios muy bajos.

Figura 10. Ingresos Familiares



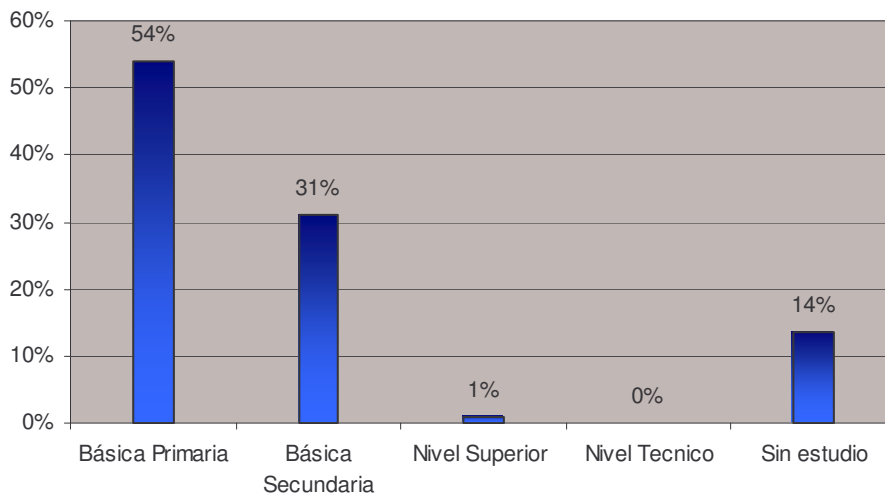
Fuente: Esta Investigación

## 2.6 EDUCACIÓN:

La calidad de educación que recibe un niño en Colombia parece estar directamente relacionada con el nivel de ingresos y el nivel de educación de los padres. Por lo cual se podría deducir que la falta de educación es un factor determinante de la pobreza y sus consecuencias en el nivel de salud y de la calidad de vida de la población.

En el resultado de la encuesta aplicada para los afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A. se observa que 54.7% de la población ha llegado o se encuentra cursado el nivel básico primaria, el 31,5% el nivel básico secundaria y solo un 0.4% ha llegado al nivel superior, por otra parte muestra que el 13.5% de la población no ha tenido ningún tipo de educación, dando como resultado un bajo grado generalizado de escolaridad.

Figura 11. Nivel de Escolaridad de los Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.



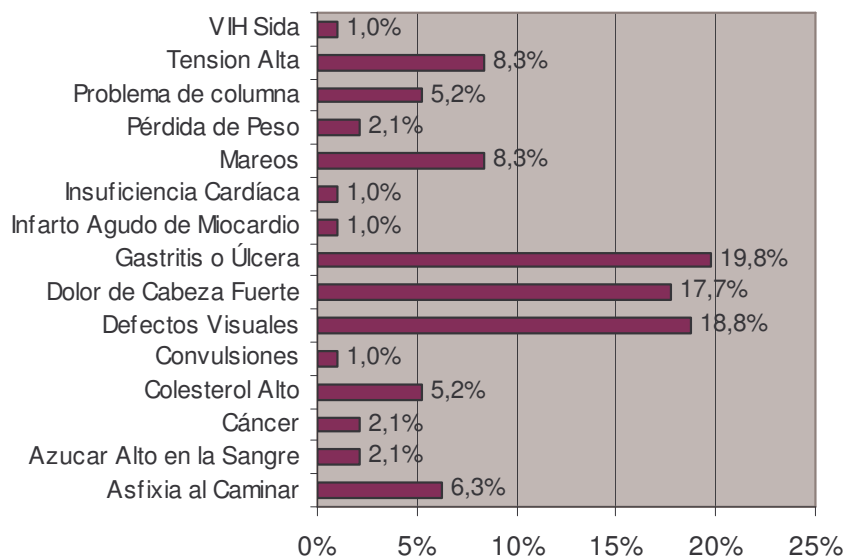
Fuente: Esta Investigación

## 2.7 CONDICIONES DE SALUBRIDAD:

El servicio brindado por la EPS-S debe ser un servicio integral y universal sobre todos sus asegurados expresado en el manejo de riesgo a través de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que lleguen a los afiliados, que según su grupo etareo y otros factores están propensos a presentar enfermedades o aquellos que ya la padecen para que su cuadros clínicos no se hagan más álgidos, graves y por ende más costosos, desde ese punto de vista la inversión realizada incluye a toda la población tanto la sana como la enferma. Es así como los datos que se presentan a continuación conllevan a que la empresa tenga en cuenta que gran parte de las asignaciones se deben invertir en el riesgo de la población asegurada, a través de programas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, entre otros, que da como resultado un población mas sana y menos costosa dentro del aseguramiento.

En este punto de la encuesta se le preguntó al afiliado los síntomas o los antecedentes de morbilidad que padecía o ha venido padeciendo en el transcurso de su vida, de manera significativa se observó que los defectos visuales, la gastritis o ulcera y el dolor de cabeza son los padecimientos mas frecuentes de la población, en una proporción intermedia están los padecimientos como mareos, tensión alta y colesterol alto que oscilan en promedios entre 9% y 5.6%.

Figura 12. Estado Actual de Salud de los Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.

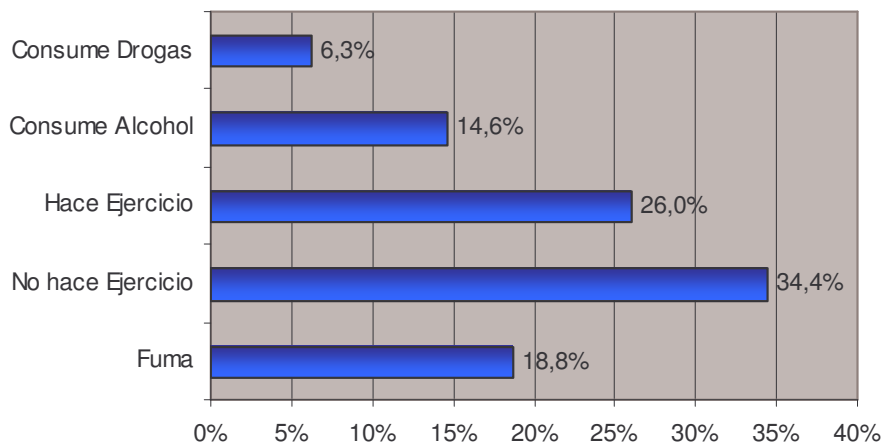


Fuente: Esta investigación

### 2.7.1 Hábitos Destruyores y Protectores:

En las encuestas se detectaron hábitos protectores y destructores, dentro de los protectores se refleja que el 26% de la población hace ejercicios, entre los factores destructores podemos observar que el 34.4% de la población no hace ejercicio, el 19% de la población fuma, el 14.6% de la población ingiere alcohol y el 6% consume drogas. Se puede observar que en su mayoría son más los hábitos destructores que los protectores y esto hace que aumente el riesgo de enfermedad.

Figura 13. Hábitos Destructores y Protectores



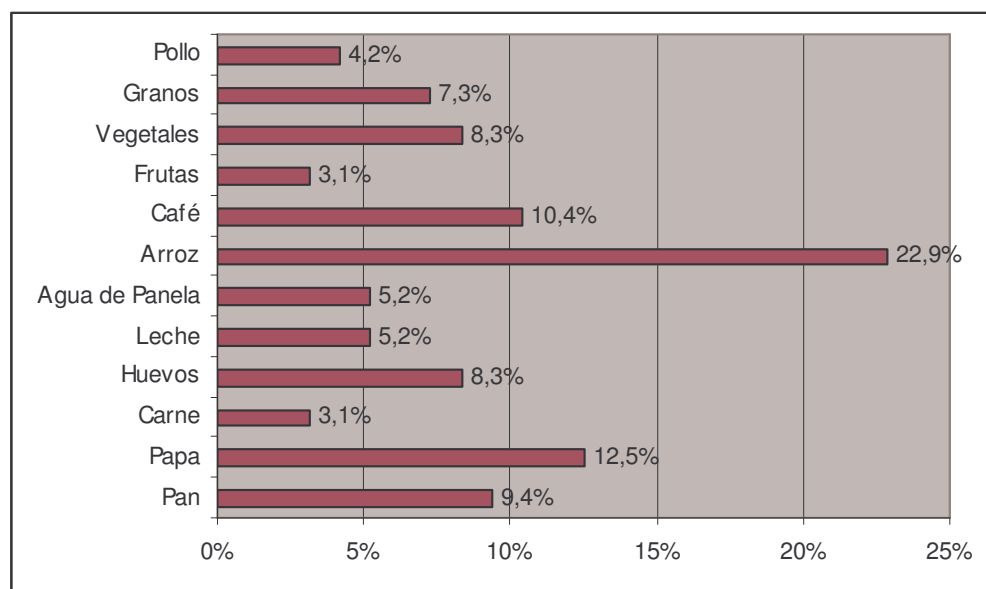
Fuente: Esta Investigación

### 2.7.2 Hábitos alimenticios:

Una buena alimentación debe ser completa, de calidad, adecuada y agradable. Debe contener alimentos de cada uno de los grupos nutricionales según las necesidades, edad, actividad y estado fisiológico (embarazo, lactancia, adolescencia). Debe ser de calidad, o sea, que los nutrientes que contengan los alimentos favorezcan el crecimiento, el desarrollo y la buena salud, debe ser adecuada con las condiciones regionales, gusto y presupuesto de las familias y agradable en la combinación, preparación y presentación de los alimentos.

Los hábitos alimenticios de la población afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. dependen principalmente del hecho de que son personas de escasos recursos pertenecientes a estratos 1 y 2, por esta misma razón se puede afirmar que la dieta alimentaria de estos hogares no es la más apropiada, pues los alimentos que se consumen como se puede observar (Gráfico 11) son para ellos los más baratos y los más asequibles de la canasta familiar. No es una dieta balanceada lo que influye enormemente en la calidad de vida y salud de los afiliados. Los alimentos que más se consumen son el arroz, el pan, la papa, los huevos y los granos. Curiosamente en esta población el café es incluido en la dieta alimentaria por un 10% de los encuestados. La mayoría de las personas encuestadas dicen comer solo dos veces al día en un 50% siendo las comidas más importantes el almuerzo y la cena, tres veces al día en un 39,6% y una sola vez al día en un 10,4%. A los afiliados se les preguntó si algún día de su vida se han quedado sin comer a lo que el 14,59% respondió que sí y el 85,42% respondió que no. 32 de las personas encuestadas dicen que dentro de su familia ha habido casos de desnutrición infantil, esto corresponde a un 33,3%. Cabe resaltar que la mayoría de los encuestados se sienten insatisfechos con su dieta diaria de alimentación.

Figura 14. Alimentos que más se consumen en la dieta alimentaria diaria. Afiliados a EPS-S Salud Cóndor S.A.



Fuente: Esta investigación

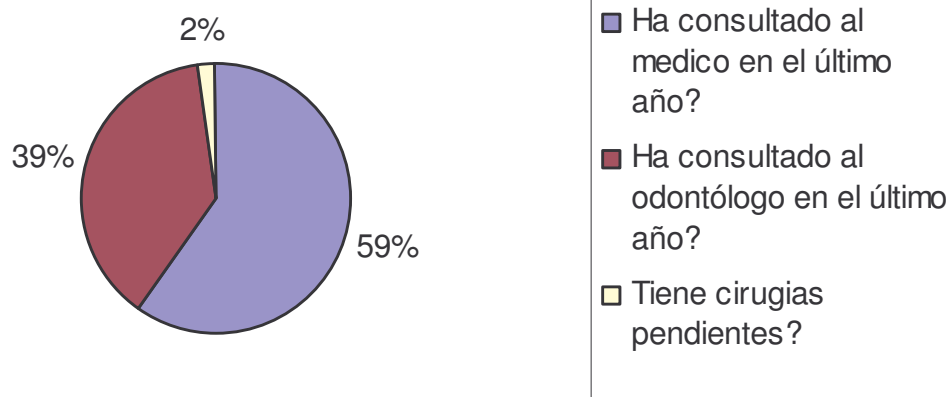
### 2.7.3 Promoción y Prevención:

La consulta al médico debe hacerse cada vez que hay síntomas de enfermedad o accidentes graves. Sin embargo, los especialistas en salud recomiendan a las personas que gozan de buena salud un examen clínico cada seis meses o cada año, como medida preventiva. Es decir no hay que esperar a que se presente la enfermedad para consultar al médico (medicina curativa). Una visita al médico a tiempo puede dar indicios sobre una futura enfermedad.

Dentro de los antecedentes de control médico indagado en la encuesta podemos observar que el 59% de los afiliados ha consultado al médico en el último año, que el 39% ha consultado al odontólogo durante el último año, y que el 2% tiene cirugías pendientes a realizarse.



Figura 15. Control Médico



Fuente: Esta investigación

### 2.7.3.1 Mujeres mayores de 13 años:

Este grupo poblacional tiene unas características muy puntuales, Dentro de las familias afiliadas existen 113 mujeres dentro de este rango de edad. Se arrojó el siguiente resultado, el 37% de estas mujeres usa algún método de planificación familiar, el 35% sea ha practicado en el último año citología vaginal, el 7% se ha realizado examen de seno, y el 4% se encuentra embarazada en el momento de la encuesta.

En la encuesta se midieron dos grupos poblacionales entre los 13 y 25 años en el cual el 24% de esta población se ha realizado citología vaginal por lo menos una vez en la vida, y el grupo poblacional entre 25 y 59 en el cual el 75% se ha realizado citología vaginal durante su vida.

### 2.7.3.2 Niños y niñas menores de 10 años:

Con la encuesta realizada a los cabezas de familias se obtuvo que dentro de estos hogares existen 97 niños menores de 10 años. Se determinó que el 7.69% de estos niños tienen vacunas pendientes, y el 74.36% tiene un esquema completo de vacunación según su edad, así como solo el 17.95% de la población en este rango de edad asiste a los programas de crecimiento y desarrollo.

### **3. DIAGNÓSTICO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS AFILIADOS A EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO.**

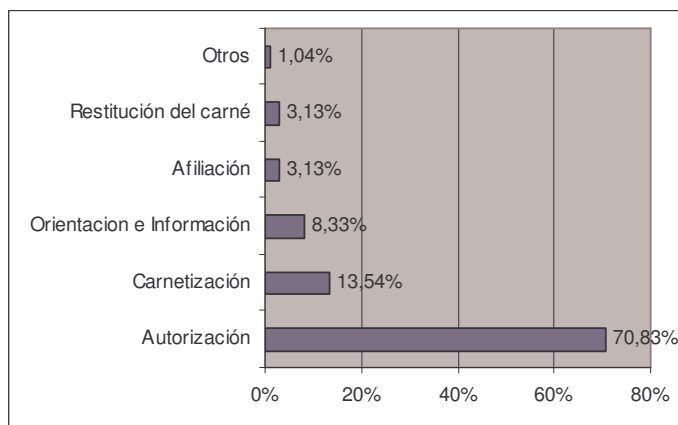
La medición de la satisfacción de usuarios se constituye en un pilar fundamental del Sistema de Calidad de una ARS, la cual debe reconocer que con la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el afiliado está cada vez más empoderado y cuenta con las herramientas jurídicas para hacer valer sus derechos, entre las cuales tenemos: el derecho de petición, la acción de tutela, la acción de cumplimiento, el sistema de quejas y reclamos, las alianzas de usuarios, los comités de participación. Para hacer este diagnóstico de satisfacción es necesario saber:

#### **3.1. PERCEPCIÓN QUE LOS AFILIADOS DE EPS-S SALUD CÓNDOR S.A. TIENEN SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA OFICINA DE SERVICIO DE ATENCIÓN A USUARIOS (SIAU).**

En cuanto a la percepción de los usuarios sobre la comodidad y presentación de las oficinas de atención al usuario e instalaciones de EPS Salud Cóndor S.A. Un 66.66% de los afiliados consideran que son buenas, 7.29% que es muy buena, 22.92% regular y el 3.12% mala. Esta percepción es muy importante porque la comodidad y la confianza que le brindan al usuario unas buenas instalaciones hacen que se sienta respetado y a gusto con su EPS.

En el momento de preguntarles a los afiliados que cual es el servicio por el que más acuden a los SIAU o a las sedes administrativas el 70.83% de las personas encuestadas opinaron que el servicio de autorización es el más requerido esto se debe a que a través de él, a los usuarios se les autorizan los tratamientos y beneficios según su situación médica tales como medicamentos, tratamientos, hospitalizaciones etc. que necesariamente deben estar contemplados en el POS-S, el 13.54% al de carnetización, el 8.33% a orientación e información el 3.13% a afiliación al igual que restitución del carne y otros con el 1.04%

Figura 16. Servicio al que más acuden los Afiliados

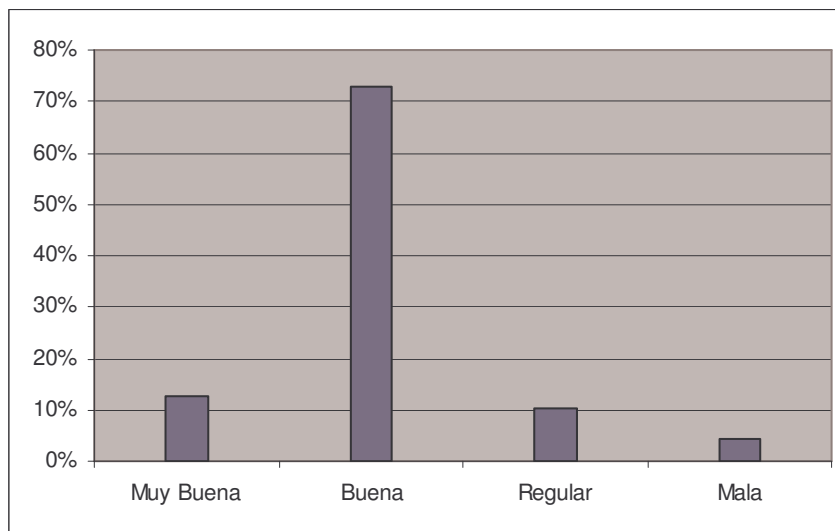


Fuente: Esta investigación

El trato que se les da a los usuarios por parte del personal de la empresa y la percepción que tienen los mismos permite que los afiliados sientan confianza y puedan socializar con el personal y debe ser cualidad importante de toda empresa brindar una atención adecuada para optimizar en su misión como EPS-S. En este aspecto el 68,75% de los afiliados consideran que el trato es bueno, el 11,46% que es muy bueno, el 15,63% regular y el 4,17% que es malo. Esta respuesta va muy ligada con el nivel de satisfacción con la atención prestada, en este aspecto el 85,42% de los afiliados dicen haber quedado satisfechos y el 14,58% dicen que no quedaron satisfechos.

Lo más importante a la hora de solicitar un servicio en el SIAU o en las sedes administrativas de EPS-S Salud Cóndor S.A. por parte de los afiliados es la solución de sus solicitudes e inquietudes. En este punto el 72,92% de los encuestados respondieron que su caso se resolvió de una manera buena, el 12,5% de una manera muy buena, el 10,42% de manera regular y el 4,17% dicen que de mala manera lo que se interpreta como la no solución de la solicitud o de la inquietud.

Figura 17. De qué manera se resolvió la solicitud

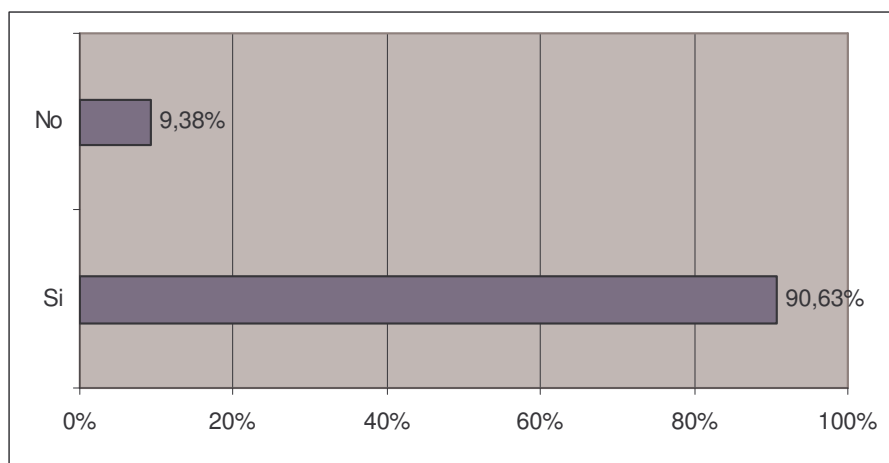


Fuente: Esta investigación

En cuanto al aporte positivo a los afiliados por parte de la EPS-S es necesario reconocer que el régimen subsidiado le brinda a la población pobre y vulnerable un mejoramiento en su estado de salud debido a que pretende asegurar a estas personas y les permite acceder a los servicios representando para ellos una alivio económico y social, es decir lo que ya no se destina para la salud se utiliza para mejorar o contribuir a otras necesidades como educación, la alimentación y vivienda.

El 90.63% de las personas afirman que el estar afiliadas al régimen subsidiado HA contribuido a mejorar su estado de salud, cifra bastante contrastante con el 9.38% que respondió que no. Esto demuestra que el estar vinculado al régimen subsidiado de la salud tiene un alto impacto social.

Figura 18. Contribución de la EPS-S Salud Cóndor S.A. para el mejoramiento del Estado de Salud de los Afiliados



Fuente: Esta investigación

### 3.2. PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LAS IPS CONTRATADAS POR EPS-SALUD CÓNDOR S.A.

Los servicios que contrata la EPS están agrupados en actividades y cubren los diferentes niveles de atención, para estas actividades que son de tipo de intervención, se les asigna un porcentaje de contratación, hasta cubrir el 92% que se reserva para contratar los servicios de salud y toda la atención que se le debe brindar a la población asegurada dentro de un plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado. En la siguiente tabla se observan los diferentes porcentaje y los rubros de inversión mensual, por lo general, los recursos deben ser invertidos en su totalidad en salud, dentro de la política de la empresa se dejan algunos rubros de base por si se disparan los costos, con esto cumple con su cobertura y mantiene asegurado a la población afiliada contribuyendo a que mejoren sus condiciones de vida, y que en el momento de padecer una enfermedad, tengan el respaldo de la entidad, que tenga a su disposición una red adecuada, suficiente y con calidad para atender las necesidades de sus usuarios. (Ver anexo C)

Tabla 8. Valores de Contratación por Nivel de Atención y por Actividad del POS-S

Actividades por intervención	Nivel de atención	Porcentaje de contratación	Valores de contratación por actividad por mes	Valores de contratación por nivel por mes
Actividades 4,01% Municipios	1	4,01	78.964.933,30	1.004.489.088,60
Apoyo Diagnóstico	1	8	157.536.026,40	
Apoyo Terapéutico	1	9	177.228.029,70	
Atención Ambulatoria Nivel 1	1	8	157.536.026,40	
Atención Hospitalaria Nivel 1	1	9	177.228.029,70	
Promoción de la Salud	1	8	157.536.026,40	
Protección Específica	1	5	98.460.016,50	
Atención Ambulatoria Especializada	2	9	177.228.029,70	511.992.085,90
Atención Hospitalaria 2 y 3	2	9	177.228.029,70	
Atención Hospitalaria 2 y 3	3	8	157.536.026,40	
Enfermedades de Alto Costo	4	14,99	295.183.129,50	295.183.129,50
<b>TOTAL</b>		<b>92</b>	<b>1.811.664.304,10</b>	<b>1.811.664.304,10</b>

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS Salud Cóndor S.A.

A continuación se presentan las IPS con contratadas por EPS-S Salud Cóndor S.A. Como se puede observar a continuación la EPS tiene contratación con los principales centros médicos y hospitalarios de la ciudad como también con los principales IPS a nivel nacional y que están a disposición de los afiliados en caso tal de que su enfermedad o tratamiento no pueda ser atendido por requerimientos en la ciudad de Pasto. (Ver Anexo D)

Tabla 9. IPS Contratadas por EPS-S Salud Cóndor S.A. en la ciudad de Pasto

IPS CONTRATADA	NIVEL
CENTRO DE HABILITACIÓN DEL NIÑO - CEHANI	II- III
JOSE NICOLAS RESTREPO GIRALDO	II-III-IV
E S E PASTO SALUD	I
REHABILITAR LTDA	I
LABORATORIO GLICOL	I
PALERMO IMAGEN	I
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	I
CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE	I
GLOBAL VISION CENTER	II
LABORATORIO DE ESPECIALIDADES CLINIZAD	II
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	II
AMANECER MEDICO LTDA	II
ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA "PROFAMILIA"	II,III
REINERIO DELGADO	II,III
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	II,III,IV
SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.	II,III,IV
INSTITUTO ANDINO DE CIRUGIA Y LAPAROSCOPIA	II,III
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE	II, III, IV
PATOLOGOS ASOCIADOS LTDA	II, III, IV
HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	II, III, IV
FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO	II, III, IV
MEDINUCLEAR LTDA.	III
CRUZ ROJA COLOMBIANA DEPTO NARIÑO	III-IV
UNIDAD CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO	III-IV
ALVARO MESIAS AUX REVELO	III-IV
MARIO MARIN TRONCOSO	II-III
SANDRA CRISTINA ARTEAGA ROSERO	II-III
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	II-III
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE NARIÑO FUNDONAR	II-III-
CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL LIMITADA	II-III- IV
SOCIEDAD MEDICA ESPECIALIZADA SAN JUAN LTDA	II-III-IV
JAIME GARCES ROBLES	IV
SANTIAGO LOPEZ ORTEGA	IV
ONCOLOGOS ASOCIADOS DE NARIÑO	IV
INSTITUTO CANCEROLOGICO DE NARIÑO	IV
ANTONIO CALDERON MONCAYO	IV
CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ EMPRESA UNIPERSONAL	IV
OXIGENOS DEL SUR LTDA	IV
ORTHOPEDIC SYSTEMS	IV

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

Los resultados que se obtuvieron sobre la percepción de los afiliados con las IPS al las que tienen acceso y que a su vez son contratadas por EPS-S Salud Cóndor S.A. fueron los siguientes:

Respecto a la opinión de los usuarios acerca de que tan cómodos consideran las instalaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los resultados muestran que cerca del 23% del total de usuarios encuestados manifiestan no estar contentos con las instalaciones de las IPS contratadas por EPS-Salud Cóndor S.A. y el 77.08% dicen que las instalaciones de las IPS son cómodas. El aseo es muy importante en un centro médico y hospitalario y la percepción que tienen los usuarios frente a las IPS contratadas por Salud Cóndor es que son aseadas en un 92.71% y el 7.29% manifiesta no estar contento con el aseo de las instituciones. En cuanto al acceso a las IPS contratadas los afiliados manifiestan que son de fácil acceso en un 95.83% y un 4.17% dicen que son de difícil acceso.

La siguiente tabla muestra la facilidad de acceso que tienen los afiliados a EPS-Salud Cóndor S.A. a los servicios contemplados en el POS-S:

Tabla 10. Facilidad de Acceso a los servicios del POS-S

Servicio Prestado	Muy difícil	Difícil Conseguirlo	Dentro de lo normal	Fácil Conseguirlo	Total
Cirugía	6,25%	65,63%	26,04%	2,08%	100,00%
Consulta Especializada	66,66%	26,04%	7,29%	0,00%	100,00%
Consulta Médico General	39,58%	55,21%	4,17%	1,04%	100,00%
Imágenes Diagnósticas	3,13%	22,92%	63,54%	10,42%	100,00%
Laboratorio Clínico	1,04%	12,50%	79,17%	7,29%	100,00%
Medicamentos	2,08%	26,04%	56,25%	15,63%	100,00%
Servicio de Odontología	30,21%	59,38%	10,42%	0,00%	100,00%
Urgencias	1,04%	3,13%	88,54%	7,29%	100,00%
Atención de Promoción y Prevención	0,00%	8,33%	78,13%	13,54%	100,00%

Fuente: Esta investigación

Esta tabla nos permite concluir que los servicios de más difícil acceso para los usuarios son el de cirugía que para el 65,63% es difícil conseguirlo, seguido de la consulta especializada que para un 66.66% de los encuestados es muy difícil

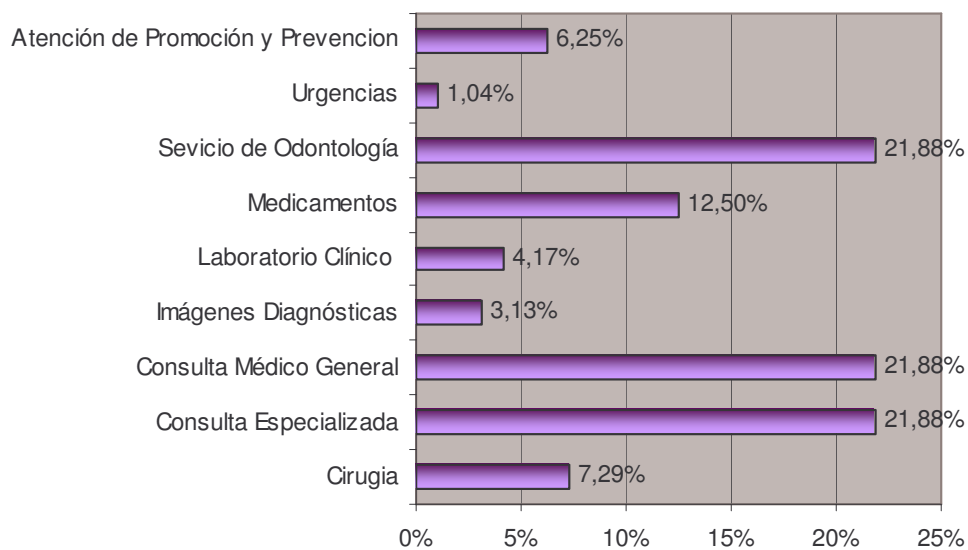


conseguirlo, la consulta medica general para un 55.21% es difícil conseguirla al igual que la consulta odontológica en un 59.38%.

En cuanto al trato recibido por parte del personal que atiende en las IPS adscritas a EPS-Salud Cóndor S.A. los afiliados dicen en su mayoría que el trato fue adecuado e un 71.88%, muy amable en un 5.21%, grosero en un 19.79% y un 3,13% afirmó no haber sido atendido e ignorado. En las IPS el 73,96% de los usuarios dijo haber recibido información acerca de su enfermedad, posibles complicaciones, plan de tratamiento, promoción y prevención y el 26,04% dijo no haber recibido información alguna.

Teniendo en cuenta la respuesta de los afiliados a la EPS-S que han utilizado los servicios de las IPS, los servicios que más se tardan en ser autorizados después de su solicitud, son la consulta medica general, la consulta medica especializada y la consulta odontológica con un 21.88%, seguida de la autorización de medicamentos con un 12.50%, las cirugías con un 7.29%, atención a promoción y prevención con un 6.25%, laboratorio clínico con un 4.17%, las imágenes diagnósticas en un 3.13% y las urgencias en 1.04%

Figura 19. Servicio solicitado que más tarda en ser autorizado en las IPS



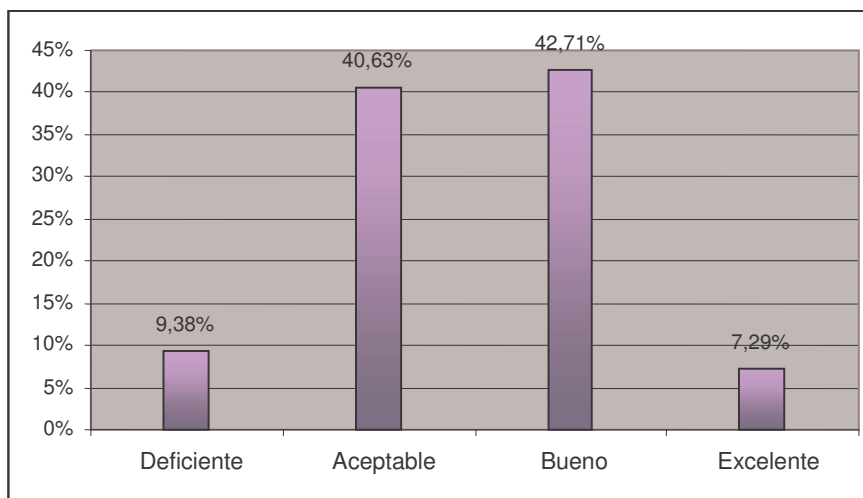
Fuente: Esta investigación

En cuanto a la entrega de medicamentos los resultados demuestran que el 52.08% de los usuarios reciben sus medicamentos completos en relación a la formulación medica, un porcentaje del 40.63% afirma haber recibido los

medicamentos incompletos, este porcentaje de inconformidad es preocupante y un 7.29% dice no haber recibido nada.

Cuando se les pide a los usuarios que califiquen el servicio prestado por la IPS a la que acudió, los resultados arrojan lo siguiente:

Figura 20. Calificación de los afiliados a EPS-S Salud Cóndor con respecto al servicio prestado por las IPS contratadas por la empresa.



Fuente: Esta investigación

#### 4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS AFILIADOS A EPS-SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE PASTO

Dentro del perfil epidemiológico y la frecuencia de usos de servicios de esta población adscrita EPS-S Salud Cóndor S.A., podemos determinar que se detecta una morbilidad en las tres áreas principales de atención como lo es urgencias, consulta externa y hospitalización, en la que observamos tendencia según el área de Atención según grupos etareos.

A continuación se presentan las tablas en las que se determina la morbilidad dependiendo cada una de las tres áreas anteriormente nombradas. Para determinar estos datos fue necesario hacer un análisis de todos los servicios prestados por EPS-S Salud Cóndor S.A. a través de las IPS contratadas. Esta información no contaba con el orden requerido, este trabajo permitió organizar y sistematizar la morbilidad de los afiliados.

##### 4.1. MORBILIDAD POR URGENCIAS

A nivel de urgencias podemos destacar que las tres primeras causas de morbilidad son DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), PRODUCTO ÚNICO NACIDO VIVO.

Tabla 11. Morbilidad por Urgencias. EPS-S Salud Cóndor S.A. Municipio de Pasto

Orden	Diagnóstico	Causa de Consulta	%
1	A09X	<b>Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	8.87%
2	J00X	<b>Rinofaringitis aguda (resfriado común)</b>	8.27%
3	Z380	<b>Producto único Nacido en Hospital</b>	4.83%
4	R69X	<b>Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas</b>	4.80%
5	R509	<b>Fiebre no especificada</b>	3.07%
6	B349	<b>Infección viral no especificada</b>	2.78%
7	N 390	<b>Infección de vías urinarias sitio no especificado</b>	2.35%
8	H669	<b>Otitis media no especificada</b>	2.35%
9	J189	<b>Neumonía no especificada</b>	2.23%

10	K359	<b>Apendicitis aguda no especificada</b>	2.07%
11		<b>Otras</b>	58.38%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

Fuente: Esta investigación

#### 4.2 MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

De igual forma la morbilidad no varía en otros servicios como lo es el de consulta externa en el cual las tres primeras causas que se observa son las siguientes: OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), lo que quiere decir que una dificultad en los filtros de atención de los pacientes de urgencia y en los trages es lo que determina las verdaderas urgencias en estas entidades prestadoras.

Tabla 12. Morbilidad por Consulta. EPS – S Salud Cóndor S.A. Municipio de Pasto

Orden	Diagnóstico	Causa de Consulta	%
1	Q658	<b>Otras deformidades congénitas de la cadera</b>	7.51%
2	AO9X	<b>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	3.90%
3	J00X	<b>Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)</b>	3.75%
4	R69X	<b>Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas</b>	2.57%
5	J189	<b>Neumonía no Especificada</b>	1.78%
6	H269	<b>Catarata no Especificada</b>	1.70%
7	Z348	<b>Supervisión de otros embarazos normales</b>	1.68%
8	N390	<b>Infección de Vías urinarias sitio no especificado</b>	1.66%
9	M545	<b>Lumbago no Especificado</b>	1.61%
10	R509	<b>Fiebre no especificada</b>	1.32%
11		<b>Otras</b>	72.51%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

Fuente: Esta investigación

### 4.3 MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN

En el perfil de morbilidad de hospitalización se destacan patologías como PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE, CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS, APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA.

Tabla 13. Morbilidad por Hospitalización. EPS-S Salud Cóndor S.A. Municipio de Pasto

Orden	Diagnóstico	Causa de Consulta	%
1	O800	Parto Único Espontáneo Presentación Cefálica de Vértice	9.41%
2	K802	Calculo de la Vesícula Biliar sin colecistitis	3.01%
3	O470	Falso trabajo de Parto antes de las 37 semanas completas de gestación	2.57%
4	K359	Apendicitis Aguda no especificada	2.50%
5	J189	Neumonía no especificada	1.85%
6	R101	Dolor Abdominal localizado en la parte superior	1.75%
7	O820	Parto por cesárea electiva	1.51%
8	O829	Parto por cesárea sin otra especificación	1.33%
9	O654	Trabajo de parto obstruido debido a desproporción feto pelviana sin otra especificación	1.16%
10	O200	Amenaza de Aborto	1.10%
11		Otras	73.82%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

Fuente: Esta investigación

## **5. RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA EPS SALUD CÓNDOR S.A. EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**

### **5.1 PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:**

- ❁ El Ministerio de la Protección Social debe controlar y manejar de una manera más eficiente el flujo de recursos en el sector salud, dado que la lentitud de los pagos en este sistema hace que la calidad del servicio y la atención de los afiliados no sea la más óptima.
- ❁ Los actores sociales deben tener mayor poder de resistencia para la defensa de los derechos de afiliación y estabilidad en el sistema. También es necesario fortalecer la capacidad de interlocución de los afiliados, sus organizaciones y representantes en la administración pública local ante niveles territoriales superiores y agencias de control para los casos en que las instituciones locales estén implicadas en la violación a los derechos de los afiliados
- ❁ En la medida en que los afiliados son, entre todos los actores sociales e institucionales que participan en el régimen subsidiado en salud, los que mas detectan las violaciones a los derechos de las personas, es necesario reconocer dicho protagonismo. Se recomienda incorporar a los afiliados dentro de los esquemas regulares de evaluación de los actores del sistema y dotarlos de facultades, instrumentos recursos y poder para realizar dichas evaluaciones.
- ❁ Un sistema integral de inspección, vigilancia y control para ser efectivo debe poseer una estructura de relaciones de información horizontal y vertical que permita detectar y resolver los problemas que se le presenten, en el que opere la subsidiariedad y que sea capaz de producir el análisis de las causas estructurales de los problemas para, sobre la marcha, autorregularse, es decir producir correctivos estratégicos en términos de prevención de problemas, modificación de procesos, funciones y estructuras y fortalecimiento de los actores que en el concurren.
- ❁ Mejorar la infraestructura y la dotación de los centros médicos y hospitalarios de carácter público, pues las quejas que mas se presentan tienen que ver con la incapacidad en el servicio de las IPS contratadas, es decir se busca la universalidad en el servicio pero se deja a un lado la calidad.

## 5.2 PARA EPS-SALUD CÓNDOR S.A.:

- ☸ Reforzar el sistema de quejas. Es urgente construir un sistema de información a partir de las quejas presentadas por los afiliados, puesto que la falta de comunicación entre las distintas instancias ante las cuales ellos pueden generar su queja genera pérdidas de eficiencia en el control del sistema. Una estrategia que haría posible la utilización de estos mecanismos como verdadera herramienta de control sería su sistematización. El balance sobre las quejas presentadas debe ser sujeto de discusión por parte de todas las instancias comprometidas en el sistema (EPS-S Salud Cóndor, Las IPS Contratadas y la Dirección Municipal de Salud).
- ☸ Ampliar las esferas de participación. Es importante crear un ejercicio de control social en el que se exprese la capacidad propositiva de los afiliados y desarrollar un proceso de aprendizaje acerca de todos los deberes y derechos que se tienen al ser afiliados a EPS-S Salud Cóndor. Por ello, resulta fundamental la comprensión dinámica organizativa de la sociedad en tanto las experiencias muestran que los resultados de una participación impuesta son poco favorables. Para iniciar el proceso de aprendizaje se puede partir de la pregunta sobre la calidad de las relaciones entre usuarios y personal de la empresa como tal, el desarrollo de esta pregunta debe permitir la construcción de estructuras de participación que echen raíces en la comunidad y puedan dar lugar a dialogo, publico, deliberación, habilidad de negociación y contribuir al desarrollo de proyectos que beneficien tanto a los afiliados como a la empresa.
- ☸ Cubrir la atención de los riesgos determinados en el Plan Obligatorio de salud con los recursos recibidos, de conformidad con las necesidades en salud de cada afiliado, con base en el principio de seguridad social que el riesgo de cualquiera de los afiliados y el costo de su atención se distribuye por igual entre todos los afiliados a la EPS-S y sus respectivas a UPC sin barreras geográficas, de edad, sexo o cualquiera otra condición social o de salud.
- ☸ Pagar oportunamente a los prestadores de servicios y no otorgar ninguna preferencia en el orden de los pagos a ninguna IPS, esto con el fin de garantizar un mejor servicio a los afiliados.
- ☸ Disponer del sistema de información adecuado para determinar la utilización de los servicios por parte de los afiliados, los costos de los mismos, los riesgos en orden de incidencia.

- ⊗ Desarrollar la contratación con las IPS de servicios en los términos excepcionales que garanticen la suficiencia, oportunidad y calidad en la prestación de servicios a sus afiliados, asegurándolos adicionalmente contra errores en la práctica médica. Tomar las precisiones para sustituir o complementar cualquier deficiencia de los servicios contratados por parte de las IPS.
- ⊗ Contar con un sistema de calidad y auditoria medica en la red de servicios, en procura de defender permanentemente al usuario y asegurarle la mejor atención posible. Destinar recursos en el estudio de las enfermedades que padecen sus afiliados, y de los factores de riesgo que afectan la salud de lo mismos, con el conocimiento basto de estos riesgos, plantear estrategias para influir sobre todos esos factores negativos que afectan la salud de los afiliados y disminuir población en riesgo.
- ⊗ Educar a los afiliados sobre los principales riesgos para su salud teniendo en cuentas sus condiciones económicas, sociales y culturales.
- ⊗ Fortalecer veedurías institucionales ligadas a la participación de los afiliados a la empresa, lo cual genera ventajas administrativas y de gestión. Este tipo de organismo haría más funcional y eficaz el control sobre el SIAU de EPS Salud Cóndor S.A., logrando una mayor articulación entre la empresa y los afiliados.
- ⊗ Mayor apoyo institucional. Es imprescindible contar con recursos físicos, humanos y financieros para el desempeño de tareas de una asociación de los afiliados y adelantar una clara apropiación de recursos para desarrollar las acciones de promoción de la participación de los mismos.

### **5.3 PARA LOS AFILIADOS:**

- ⊗ Es necesaria una política mas agresiva de estímulo a la agremiación de los afiliados de manera independiente que no este subordinada ni a la voluntad de las direcciones locales, las ARS o los hospitales, es un mecanismo promisorio para hacer respetar los derechos de los afiliados. Si bien, el derecho a la afiliación es por núcleo familiar e individual y las personas cumplen el papel mas importante en la detección de anomalías, la agremiación de afiliados tiene la ventaja de fortalecer las capacidades de denuncia, tramite, gestión de soluciones y una eventual representación de beneficiarios en las políticas de salud local que les competen.
- ⊗ Valorar el esfuerzo del gobierno por asegurarlos y las bondades que tiene pertenecer al régimen subsidiado, es necesario estar enterados acerca de



sus deberes y derechos para que así puedan disfrutar de los beneficios de este sistema.

- ⊗ No sentirse conformes con el Servicio de Salud que le prestan si no es el más apropiado, el hecho de ser un servicio gratuito no exonera a las entidades prestadoras de una buena atención y calidad, por lo tanto hay que denunciar los atropellos y las anomalías que se presenten, esto ayuda a crear un precedente y a la vez a presionar para que haya una mejor calidad en el servicio.

## CONCLUSIONES

- ❁ La Ley 100 busca un aseguramiento universal para los riesgos de la salud. Las características individuales de las personas, tanto en términos biológicos como en sus entornos familiares, sociales y ambientales generan distintos riesgos. Quienes tienen menores capacidades de afrontarlos, son los más vulnerables a la enfermedad y tienen menores potencialidades para llevar una vida sana y prolongada. Con el aseguramiento universal se busca equiparar estos riesgos.
- ❁ En la población afiliada a EPS-S Salud Cóndor S.A. predomina la cabeza de familia femenina. La población en su mayoría está entre los 15 y 45 años de edad, y por ser la mayoría es la población en la que más hay que promocionar y prevenir las enfermedades.
- ❁ Los ingresos de esta población son relativamente bajos, en su mayoría las familias no alcanzan a percibir el salario mínimo legal vigente, esto influye en el nivel de educación, en sus condiciones de salubridad y en la vulnerabilidad que adquieren ante el riesgo de contraer enfermedades.
- ❁ Las patologías más comunes entre los afiliados en el momento de la encuesta son la gastritis, los dolores de cabeza, los defectos visuales. En el 33.3% de las familias se han presentado casos de desnutrición infantil. La dieta alimentaria de los afiliados no es la más apropiada, está sometida a los bajos ingresos y la mayoría de los encuestados dicen estar insatisfechos con su dieta.
- ❁ La afiliación a una EPS-S dentro de este régimen genera una ventaja ya que se garantiza la atención en salud, optimizando la calidad de vida a la medida que al suprimirse otra de las necesidades básicas insatisfechas que padece gran parte de la población colombiana, los recursos destinados para esta dentro de la economía familiar pueden ser aprovechados para otros aspectos de igual trascendencia como lo son la educación, la alimentación, la vivienda, etc.
- ❁ En cuanto a al nivel de satisfacción de los afiliados sobre la percepción de la EPS-S los resultados muestran que aunque la empresa ha venido trabajando en imagen, comportamiento y lenguaje dentro de las políticas de mejoramiento aun existen algunos puntos en los que hay que mejorar como son la oportunidad y accesibilidad de los servicios, aspectos que influyen de una manera negativa dentro de la satisfacción de los afiliados.
- ❁ La percepción más negativa se presenta en cuanto a las IPS contratadas por la inconformidad de los afiliados en cuanto al servicio. Factores como la dificultad

para conseguir citas, el trato, la demora en acceder a los servicios, entre otros son aspectos que determinan que el sistema tiene muchas cosas por modificar y mejorar.

- ⊗ La morbilidad de los afiliados se presenta más que todo por patologías de tipo infeccioso para el caso de urgencias y consulta externa. Para hospitalización el factor mórbido mas influyente es el de la maternidad.
- ⊗ Para poder incidir en el bienestar de la población afiliada es necesario conocer y diagnosticar más a fondo el estado de salud de los afiliados y su morbilidad a partir de una buena distribución de la UPC.

## BIBLIOGRAFÍA

AMARTYA Sen (2002) ¿Por qué la equidad en salud? Rev. Panam. Salud Pública, May/Jun, Vol. 11, No. 5.

ARANGO, Gilberto. "Estructura económica colombiana". Bogotá. Mc Graw Hill, 2000. pág 478.

BITRAN R, MUÑOZ C (2000). Focalización en salud: conceptos y análisis de experiencias. Bitran y asociados).

CAVIEDES Rafael D. (1994) La salud en Chile. Evolución y perspectivas: Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile.

GONZÁLEZ GARCÍA Ginés (1993). Salud y equidad. En Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES Argentina, Buenos Aires.

LEY 100 de 1993

LEY 60 de 1993

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. "Régimen Subsidiado". <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

PEREIRA J (1988). La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En Salud y equidad, En: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Ministerio de Protección Social. Enlace: [www.presidencia.gov.co/ministerios/trabajo.htm](http://www.presidencia.gov.co/ministerios/trabajo.htm)

RESTREPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 1999. p. 20.

VARGAS I, VÁSQUEZ M, Jané E (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18(4): 927-937.

## CIBERGRAFÍA

ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO. Dirección Municipal de Salud. Enlace: [www.alcaldiadepasto.gov.co](http://www.alcaldiadepasto.gov.co)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Los Municipios Colombianos hacia los objetivos del Milenio – Salud, educación, reducción de pobreza (online) 2005. Enlace: [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org)

EPS SALUD CÓNDOR S.A. Portafolio de Servicios (online). 2007. Enlace: [www.saludcondor.com.co](http://www.saludcondor.com.co)

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. “Régimen Subsidiado”. Enlace: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO (PIDESC). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (online). 2003. Enlace: [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Ministerio de Protección Social. Enlace: [www.presidencia.gov.co/ministerios/trabajo.htm](http://www.presidencia.gov.co/ministerios/trabajo.htm)

ROSERO, Vicente. Vamos por Pasto (online), 2006. Enlace: [www.pastomejor.com](http://www.pastomejor.com)

SANCHEZ, Pablo. Reseña Histórica de Pasto (online), 2006. Enlace: [www.colombialink.com](http://www.colombialink.com)

# Anexos

Anexo A: Encuesta

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS AFILIADOS A EPS  
EPS SALUD CONDOR S.A.  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE LOS AFILIADOS**

**DATOS PERSONALES**

SEXO: F \_\_\_ M \_\_\_ EDAD: \_\_\_

**1. COMPOSICION FAMILIAR**

- a. Numero de personas que componen su familia \_\_\_  
b. No. De Hombres \_\_\_ No. de Mujeres \_\_\_ No. De Niños \_\_\_

**2. NIVEL ECONÓMICO**

- ¿Esta trabajando Actualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿A que actividad se dedica? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas personas aportan en los ingresos mensuales de su familia? \_\_\_

**Nivel de Ingresos**

- Menos del mínimo \_\_\_ b. Un Salario mínimo \_\_\_ c. Más de un Salario mínimo \_\_\_  
¿Los ingresos familiares le permiten tener un nivel de vida aceptable?  
Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por que? \_\_\_\_\_

**3. SALUD**

- ¿Qué enfermedades padece? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Qué enfermedad? \_\_\_\_\_  
Ha consultado al medico en el ultimo año Si \_\_\_ No \_\_\_  
Ha consultado al odontólogo en el último año Si \_\_\_ No \_\_\_  
Hay cirugías pendientes de realizar en algún miembro de la familia? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Mujeres mayores de 13 años**

- Hay mujeres embarazadas en la familia. Si \_\_\_ No \_\_\_  
Utiliza métodos de planificación familiar Si \_\_\_ No \_\_\_  
Se ha practicado examen de citología vaginal Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Se ha realizado examen de Seno? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Niños menores de 10 años**

- Tiene el esquema de vacunación completo según su edad Si \_\_\_ No \_\_\_  
Tiene vacunas pendientes Si \_\_\_ No \_\_\_  
Asiste a los controles de crecimiento y desarrollo Si \_\_\_ No \_\_\_

**Hábitos**

- Fuma \_\_\_ Hace Ejercicio \_\_\_ Consume alcohol \_\_\_ Consume drogas \_\_\_  
No Fuma \_\_\_ No Hace ejercicio \_\_\_ No consume Alcohol \_\_\_ No Consume  
Drogas \_\_\_

### **Alimentación**

¿Cuántas veces come al día? 1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_

¿Cuales son los alimentos que mas consume? \_\_\_\_\_

¿Por qué incluye estos alimentos en su dieta diaria? Por gusto \_\_\_\_ Por ser mas baratos \_\_\_\_ Por su valor nutricional \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

¿Algún día se ha quedado sin comer?

¿Dentro de su familia han existido casos de desnutrición infantil?

### **4. EDUCACIÓN**

Nivel educativo alcanzado

a. Ninguno \_\_\_\_ b. Primaria \_\_\_\_ c. Secundaria \_\_\_\_ d. Universitario \_\_\_\_ e.

Otros \_\_\_\_

¿Cuáles?

---

¿Qué factores le impiden recibir una educación adecuada?

Falta de dinero \_\_\_\_

Falta de Centros Educativos \_\_\_\_

Malos Profesores \_\_\_\_

No requiere de Educación \_\_\_\_

Por el trabajo \_\_\_\_

Otros \_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### **5. SERVICIOS**

a. Vivienda sin servicios públicos

b. Vivienda con luz, agua, teléfono y recolección de basuras

c, Vivienda con luz, agua y recolección de basuras

d. Vivienda con luz

e. Vivienda con alcantarillado

f. Vivienda con agua

### **6. VIVIENDA**

Su casa es: Propia \_\_\_\_ Arrendada \_\_\_\_ Anticresada \_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_

### **Material de Construcción**

Tipo A: Material, cemento, piso y techo de cemento

Tipo B: Material, cemento, techo y piso de arena

Tipo C: Madera, piso de arena, otro tipo de material en el techo

Gracias por su Colaboración



## ENCUESTA PARA LA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

EPS SALUD CONDOR S.A.

PASTO – NARIÑO

### 1. PERCEPCION E LOS AFILIADOS A EPS SALUD CÓNDOR SOBRE LA ATENCION BRINDADA EN LA OFIICNA DE SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO (SIAU)

¿Cómo califica las instalaciones en cuanto a la comodidad y presentación de las oficinas de atención al usuario e instalaciones de EPS Salud Cóndor S.A.

Muy buenas \_\_\_\_

Buenas \_\_\_\_

Regulares \_\_\_\_

Malas \_\_\_\_

¿Cuál es el servicio por el que mas acude a los SIAU o a las sede administrativas?

Autorización \_\_\_\_

Carnetización \_\_\_\_

Orientación e información \_\_\_\_

Afiliación \_\_\_\_

Restitución del carné \_\_\_\_

Otros \_\_\_\_

¿Como califica el trato que recibe cuando acude al SIAU o a la Sede Administrativa de la EPS?

Muy Bueno \_\_\_\_

Bueno \_\_\_\_

Regular \_\_\_\_

Malo \_\_\_\_

¿Cómo cree que se resolvió su caso?

De muy buena manera \_\_\_\_\_

De buena manera \_\_\_\_\_

De Regular manera \_\_\_\_\_

De mala manera \_\_\_\_\_

¿Usted cree que el estar afiliado a EPS Salud Cóndor ha mejorado su calidad de vida?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## 2. PERCEPCION DE LOS AFILIADOS SOBRE LAS IPS CONTRATADAS POR EPS SALUD CÓNDOR S.A.

1. ¿Como califica instalaciones de las IPS contratadas por EPS Salud Cóndor S.A. a las que usted acude?

Cómodas \_\_\_\_\_

Incomodas \_\_\_\_\_

2. En cuanto al aseo de las IPS considera que son

Aseadas \_\_\_\_\_

Desaseadas \_\_\_\_\_

3. El acceso a las IPS es

De fácil acceso \_\_\_\_\_

De difícil acceso \_\_\_\_\_

4. Marque con una X los servicios que considera son de mas difícil acceso

<b>Servicio prestado</b>	<b>Muy difícil Conseguirlo</b>	<b>Difícil conseguirlo</b>	<b>Dentro de lo normal</b>	<b>Fácil Conseguirlo</b>
Cirugía				
Consulta Especializada				
Consulta Médico General				
Imágenes Diagnosticas				
Laboratorio Clínico				
Medicaments				
Servicio de Odontología				
Urgencias				

Atención de Promoción y Prevención				
--	--	--	--	--

5. ¿Califique el trato recibido por el personal de la IPS a la que acudió?

- Muy Amable \_\_\_\_
- Adecuado \_\_\_\_
- Grosero \_\_\_\_
- No lo atendieron, lo ignoraron \_\_\_\_

6. ¿Cuales son los servicios que mas se tardan en ser autorizados?

- Atención de Promoción y Prevención \_\_\_\_
- Urgencias \_\_\_\_
- Servicio de Odontología \_\_\_\_
- Medicamentos \_\_\_\_
- Laboratorio Clínico \_\_\_\_
- Imágenes Diagnosticas \_\_\_\_
- Consulta Medico General \_\_\_\_
- Consulta Especializada \_\_\_\_
- Cirugía \_\_\_\_

7. Según la formulación medica sus medicamentos en el momento de reclamar sus medicamentos en la farmacia fueron entregados:

- Completos \_\_\_\_
- Incompletos \_\_\_\_
- No le entregaron nada \_\_\_\_

8. ¿Califique el servicio prestado por la IPS a la que acudió?

- Excelente \_\_\_\_
- Bueno \_\_\_\_
- Aceptable \_\_\_\_
- Deficiente \_\_\_\_

Gracias por su colaboración

**Anexo B: Afiliados Activos por Grupo Etareo – IPS Primaria y Lugar de Atención**

IPS PRIMARIA	TIPO AFILIADO																				Total Afiliados Activos por IPS Primaria	
	Subsidio Total	CABEZA DE FAMILIA										BENEFICIARIO										
		< 1 a 9		10 a 14		15 a 44		45 a 59		60 y +		< 1 a 9		10 a 14		15 a 44		45 a 59		60 y +		
Ubica.Puesto de Salud	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
MUNICIPIO DE PASTO	703	691	295	300	3122	4000	1354	1314	931	1291	2964	3024	1850	1834	5212	5669	377	833	195	396	36355	
CABRERA	102	60	51	66	240	312	72	90	45	90	99	141	39	27	96	147	6	6	0	18	1.707	
CATAMBUCO	238	140	119	154	560	728	168	210	105	210	231	329	91	63	224	343	14	14	0	42	8.983	
DEL ROSARIO	204	120	102	132	480	624	144	180	90	180	198	282	78	54	192	294	12	12	0	36	4.414	
EL CALVARIO	204	120	102	132	480	624	144	180	90	180	198	282	78	54	192	294	12	12	0	36	8.414	
EL ENCANO	31	27	16	25	119	121	30	27	17	18	44	55	38	19	59	60	4	5	3	6	724	
GENOY	21	15	21	18	105	115	33	31	31	30	41	42	28	22	75	92	5	9	1	5	5.540	
LA LAGUNA	34	20	17	22	80	104	24	30	15	30	33	47	13	9	32	49	2	2	0	6	5.569	
MAPACHICO	1224	720	612	792	2880	3744	864	1080	540	1080	1188	1692	468	324	1152	1764	72	72	0	216	25.484	
MORASURCO	4	5	1	0	5	9	4	1	0	1	4	7	3	1	9	11	1	1	0	0	67	
OBONUCO	27	17	28	19	77	90	22	22	14	22	26	28	10	8	32	29	5	9	2	3	5.499	
SANTA BARBARA	7	10	5	9	20	25	8	5	7	10	10	13	4	3	14	21	1	4	2	3	5.181	
GUALMATAN	102	60	51	66	240	312	72	90	45	90	99	141	39	27	96	147	6	6	0	18	6.707	
<b>Total Afiliados Activos por IPS Primaria</b>																				<b>114.644</b>		

## Anexo C: UPC Desglosada

### Primer Nivel Actividad POS - S

<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>
DIAGNÓSTICO DE SALUD INDIVIDUAL
IDENTIFICACIÓN INDIV. RIESGO EN SALUD
PROTECCIÓN ESPECÍFICA
PAI
Aplicación de BCG
Aplicación de Antihepatitis
Aplicación de DPT
Aplicación de Antipolio
Aplicación conjugada contra H.Influenza
Aplicación de Triple Viral
Aplicación de TD o TT
<b>SALUD BUCAL</b>
Control de Placa Bacteriana
Aplicación de fluor Tópico
Aplicación de sellantes
Detartraje supragingival
<b>ATENCIÓN DEL PARTO</b>
Atención del parto
Cesárea
Serología (VDRL-RP)
Aplicación de Triple Viral
<b>ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO</b>
Examen de TSH
Aplicación de vitamina K
Consulta de control por médico
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>
Consulta de Planificación Familiar Mujeres 1v
Consulta de planificación Familiar Mujeres con
Aplicación de dispositivo intrauterino
Oclusión Tubárica bilateral

Consulta planificación familiar hombres 1v
consulta planificación familiar hombres con
<b>DETECCIÓN TEMPRANA</b>
<b>ALTERACIONES MENOR DE 10 años</b>
Consulta médica de primera vez
Consulta enfermera control
<b>ALTERACIONES JOVEN DE 10 A 29</b>
Consulta de primera vez por médico
Examen de hemoglobina
<b>ALTERACIONES DEL EMBARAZO</b>
Consulta prenatal de primera vez por médico
Hemograma
Hemoclasificación
Uroanálisis
Glucosa en suero
Ecografía Obstétrica
Suministro multivitaminicos
Serologia (VDRL-RPR)
Consulta de control prenatal por médico
Consulta de control prenatal por enfermera
<b>ALTERACIONES ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS</b>
Consulta médica
Parcial de orina
Creatinina
Glicemia basal
Perfil lipídico
Uroanálisis
<b>D. T- CÁNCER CUELLO UTERINO</b>
Citología cervico uterino
Colposcopia
Biopsia
<b>D. T- CANCER DE SENO</b>
Mamografía
<b>ALTERACIÓN AGUDEZA VISUAL</b>
Medición de la agudeza visual
Consulta primera vez por oftalmólogo
<b>ACCIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD</b>

<b>AT. ENF. DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA</b>
Bajo peso al nacer
Alteraciones asociados a la nutrición
Infección respiratoria aguda (< 5 años)
Enfermedad diarreica aguda/ Cólera
Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
Meningitis Meningocócica
Asma bronquial
Síndrome convulsivo
Fiebre reumática
Vicios de refracción, estrabismo, cataratas
ETS, Infección Gonocócica, Sífilis, VIH
Hipertensión Arterial
HTA y hemorragias asociadas al embarazo
Menor y mujer maltratados
Diabetes juvenil y del adulto
Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
Lepra (ZE)
Malaria (ZE)
Dengue (ZE)
Leishmaniasis cutánea y visceral (ZE)
Fiebre amarilla (ZE)

### Segundo y Tercer Nivel

<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>
ATENCIÓN A LA GESTANTE
CONSULTA ESPECIALIZADA (G.O)
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EX. DIAGNOSTICOS DE LA GESTANTE DE A.R
ATENCION EN PEDIATRIA AL < DE 1 AÑO
CONSULTA ESPECIALIZADA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EXÁMENES DIAGNOSTICOS DEL MENOS DE 1 A
CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA
CONSULTA ESPECIALIZADA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

EXAMENES DIAGNÓSTICOS
MONTURAS HASTA POR UN VALOR DEL 10%
SUMINISTRO GRATUITO DE LENTES
ATENCIÓN AMBULATORIA ESTABISMO > 5 AÑOS
LOS CASOS CON Dx. CATARATA EN CUALQUIER
ATENCIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
TODOS LOS GRUPOS DE EDAD.
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRURUGICO
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS
VENDAS DE YESO
PROCED. E INTERVEN. NECESARIOS DE
CUALQUIER COMPLEJIDAD (Res.5261 ART. 68)
ATENCIÓN EN F. Y TF PARA LOS CASOS T y O
- CONSULTA
- PROCEDIMIENTOS (ART. 84 RES. 5261)
- MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
- SUMIN PROT Y ORTES (ART. 12 RES. 5261)
ATENCIÓN EN CIRUGIA PARA HERNIA I.U.C.
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA (CIRUJANO)
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EXAMENES DIAGNOSTICOS(PREQUIRURGICOS)
ATENCIÓN EN REHABILITACION FUNCIONAL
CONSULTA ESPECIALIZADA (FISIATRA)
ESTIMULACIÓN ELECTRICA TRANSCUTANEA
FENOLIZACIONES O NEUROLISIS DE PM- NP
TERAPIA FISICA, SESION 1 HORA
TERAPIA OCUPACIONAL SESION
TERAPIA DEL LENGUAJE, SESION
TERAPIA PARA REHABILITACION CARDIACA, SES
TERAPIA RESPIRATORIA
INHALOTERAPIA
CITA CONTROL CON TERAPIA
OTRAS ACTIVIDADES DEL ART 84 RES.5261
<b>RECUPERACIÓN</b>
ATENCIÓN DE MORBILIDAD GENERAL



Consulta por médico general
ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIAS
Consulta por medicina General de urgencias
Sala de observación
Remisión de pacientes
Otros procedimientos de urgencias
Suturas
Curaciones
RECUPERACIÓN DE SALUD ORAL
Examen odontológico por primera vez
RX odontología
Operatoria Dental (Endodoncia)
Periodoncia (Curetaje y alisado radicular)
Endodoncia (Tto. Conducto)
Cirugía Oral (Exodoncia)
URGENCIAS EN ODONTOLOGIA
Consulta de urgencias odontológica
Obturación temporal
APOYO DIAGNOSTICO DE LABORATORIO
Acido Urico
Antibiograma
Baciloscopias
Bilirrubina total y directa
Coprológico
Coprológico por Concentración
Colesterol
Creatinina
Cuadro Hemático
Curva de tolerancia a la glucosa
Embarazo, prueba inmunológica
Factor RH
Glucosa pre y post carga (Test de O Sullivan)
Glucosuria y cetonuria
Gram, tinción y lectura
Hematocríto
Hemoclasificación
Hemoglobina, concentración de

Hemoparásitos
Hongos, Examen directo
Nitrógeno Ureico
Neisseria gonorrhoeae, cultivo de Thayer Martin
Parcial de orina incluido sedimento
Perfil lipídico
Plaquetas, recuento
Sangre oculta en materiales fecales
Sífilis (VDRL, FTA abs)
Frotis vaginal
Urocultivo con recuento de colonias
APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGEN
RX Extremidades y Pelvis
Rx cráneo, cara y cuello
Vertebral Rx. Columna
Rx. Tórax
Ecografía Obstétrica
MEDICAMENTOS POS-S AMBULATORIOS
Medicamentos Normas Técnicas(embarazada)
Medicamentos Enfer. Interés en Salud Pública
Medicamentos Atención Morbilidad General
Medicamentos Ambulatorios Post Hospitalarios
INTERNACION DE BAJA COMPLEJIDAD
Atención diaria intrahospitalaria
Medicamentos intrahospitalarios
Estancia
PROCEDIMIENTOS Qx I NIVEL
Extracción cuerpo extraño conducto auditivo
Extracción de cuerpo extraño de amígdalas
Anorrafia (solo en complicación de parto)
Extracción de cuerpo extraño de vulva
Drenaje de piel y tejido celular subcutáneo
Extracción cuerpo extraño piel y tejido celular
Remoción de cuerpo extraño
<b>ATENCION HOSPITALARIA</b>
PAT. RELACIONADAS CON EMB, PARTO Y PUER
ATENCION POR PROFE, TECNICOS O AUXILIARES

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EXAMANES DE LABORATORIO
IMAGEN DIAGNOSTICA (ECOGRAFIA OBSTETRI)
DERECHOS DE HOSPITALIZACION
SALA DE PARTOS
DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA
MENOR DE UN AÑO
ATENCION POR PROFE, TECNICOS O AUXILIARES
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EXAMANES DE LABORATORIO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS
DERECHOS DE HOSPITALIZACION
CIRUGIA DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA
SUM. DE MATERIAL MEDICO QUIRUR Y OSTEOSIN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
ATENCION POR PROFE, TECNICOS O AUXILIARES
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
VENDAS DE YESO
SUM. DE MATERIAL MEDICO QUIRUR Y OSTEOSIN
EXAMANES DE LABORATORIO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS
DERECHOS DE HOSPITALIZACION
CIRUGIA DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA
OFTALMOLOGIA
CORRECCION DE ESTRABISMO EN > DE 5 AÑOS
EXTRACCION DE CATARATA MAS I.L.I.O
ATENCION POR PROFE, TECNICOS O AUXILIARES
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
SUM. DE MATERIAL MEDICO QUIRURURGICO
EXAMANES DE LABORATORIO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS
DERECHOS DE HOSPITALIZACION
CIRUGIA DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
APENDICECTOMIA
COLECISTECTOMIA
HISTERECTOMIA

HERNIORRAFIA UMBILICAL
HERNIORRAFIA CRURAL
HERNIORRAFIA INGUINAL

### Alto Costo

CARDIACAS QUIRURGICAS
DIAGNOSTICO INICIAL
TRANSPLANTE DE CORAZÓN
CARDIECTOMIA DEL DONANTE
DERECHOS DE HOSPITALIZACION DE LA COMP
REHABILITACION CARDIACA
CONTROL MEDICO Y TTO POSTERIOR
STENS
QUIRURGICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DIAGNOSTICO INICIAL
INTERVENCION QUIRURGICA
DERECHOS DE HOSPITALIZACION COMPLE. NECES
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
TRATAMIENTO MEDICO POSTERIOR.
INSUFICIENCIA RENAL
DIAGNOSTICO INICIAL
HEMODIALISIS
DIALISIS PERITONEAL
TRANPLANTE RENAL
NEFRECTOMIA DEL DONANTE
CONTROL PERMANENTE DEL TRANSP. RENAL
DERECHOS DE HOSPITALIZACION COMPLE. NECES
GRAN QUEMADO
CIARUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
CIRUGIA FUNCIONAL PARA EL TTO DE SECUELAS
DERECHOS DE HOSPITALIZACION COMPLE. NECES
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
INFECCION POR VIH
DIAGNOSTICO INICIAL
ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA
ATENCION HOSPIT. DE LA COMPLEJIDAD NECES

INSUMOS REQUERIDOS
MEDICAMENTOS
REPLAZO DE CADERA Y RODILLA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
PROTESIS
DERECHOS DE HOSP. DE LA COMPLEJIDAD NECES
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
CONTROL Y TTO MEDICO POSTERIOR
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
U.C.I
PROCED. QUIRURGICOS NO POS.S-P EN U.C.I
CANCER
DIAGNOSTICO INICIAL
TRATAMIENTO QUIRURGICO
DERECHOS DE HOSP. DE LA COMPLEJIDAD NECES
QUIMIOTERAPIA
RADIOTERAPIA
CONTROL Y TTO MEDICO POSTERIOR
MANEJO DEL DOLOR DEL PCTE TERMINAL
ATENCION INTEGRAL AMBULATORIA
INSUMOS REQUERIDOS

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**ANEXO D. RED DE SERVICIOS EPS-S SALUD CONDOR S.A. A NIVEL NACIONAL**

**E.P.S. SALUD CONDOR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD SECCIONAL BOGOTA-BOYACA-META  
SEDE BOGOTA**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>NIVEL</b>
IPS SANTA TERESA	BOGOTA	AV CRA 7 No155-41	6799345	I
CIUDAD SALUD	BOGOTA	CRA 23A No64-03	7310241	I
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD EU	BOGOTA	CRA 7 No180-75		I
HOSPITAL DE CHAPINERO ESE	BOGOTA	CALLE 76 No. 21-10	2353650	I
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	BOGOTA	DG 34 # 5-43	2882550	I
GRAN SERVICIO DE SALUD LTDA MEGASALUD LTDA	BOGOTA	CALLE 1 C - No7C-32	2462019	I
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	BOGOTA	Cra 3 16 - 73 Este Sur	3676289-2398055	I
HOSPITAL DE USME ESE	BOGOTA	Cra 1 No10-35 SURESTE	7660158	I
IPS JUAN BONAL	BOGOTA	CRA 3A BIS ESTE No95-71 SUR	7733977	I
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	BOGOTA	CARR 13 No. 26A-34 SUR	2095002	I
VIDA Y SALUD A SU ALCANCE	BOGOTA	DG 51 SURNo18B-63	2795068	I
FUNDACION GRAN SALUD	BOGOTA	CALLE 63 No. 80-39 SUR	7797909	I
HOSPITAL DE SUR	BOGOTA	Calle 35 Sur No.75b-17	2731819/2731806	I
FUNDACION CLINICA MEGASALUD	BOGOTA	Carrera 73 D No. 35B-30 Sur	2648607	I
HOSPITAL DE FONTIBON ESE	BOGOTA	CARR 104 No 29-41	5425232-4184447	I

UNIDAD MEDICA IPS MARCO FIDEL SUAREZ LTDA.	BOGOTA	CALLE 49 SUR N° 14 A 54	7142262	I
HOSPITALDE SUBA	BOGOTA	CRA 90 No 144-60	6855356	I
PORSALUD IPS	BOGOTA	CAR 92 No142-10	6843748	I
HOSPITAL VISTA HERMOSA	BOGOTA	Carrera 70 56 – 16 Sur	7164238 - 7164248	I
AMD DIAGNOSTICOS UT	BOGOTA	CARRERA 16 # 68 - 74	757 7219, 757 7297	I
CIUDAD SALUD IPS	BOGOTA	CRA 23A No64-03	7310241	I
ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	BOGOTA	Carrera 3 16 - 73 Este Sur	3676289-2398055	I
MD DIAGNOSTICOS	BOGOTA	CRA 7 No52-53	2123360	I
HOSPITAL DE CHAPINERO	BOGOTA	CALLE 76 No. 21-10	2353650	I
HOSPITAL DE FONTIBON	BOGOTA	CARR 104 No 29-41	5425232-4184447	I
HOSPITAL PABLO VI BOSA	BOGOTA	Cra 78A BIS No.69B-70 Sur	5762666	I
HOSPITAL CENTRO ORIENTE II	BOGOTA	DIAG 34 No 5-42	2882550	I
HOSPITAL DE ENGATIVA	BOGOTA	CALLE 48 No 73A-55	4163328	I
HOSPITAL DE USAQUEN ESE	BOGOTA	CRA 7 No119B-00	6207794	I
HOSPITAL RAFAEL URIBE ESE	BOGOTA	CARR 13 No. 26A-34 SUR	2095002	I
LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS LTDA	BOGOTA	AV BOYACA N 65A-08	4341934	I
HOSPITAL DE USME	BOGOTA	CARR 1 No10-35 SURESTE	7660158	I
HOSPITAL VISTAHERMOSA	BOGOTA	Carrera 70 56 – 16 Sur	7164238	I
HOSPITAL DEL SUR	BOGOTA	Calle 35 Sur No.75b-17	2731819/2731806	I
HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL ESE	BOGOTA	TRANSVERSAL 100A # 80A- 50	291 3300	I
HOSPITAL DE SUBA II	BOGOTA	CRA 90 No 144-60	6855356	I

IPS GRAN SERVICIO DE LA SALUD MEGASALUD	BOGOTA	CRA 28 No 12 A-54	5998302	I
UNIVISUAL	BOGOTA	CRA 111C No86-74	4407998	II
FUNDACION SEMEQUI	BOGOTA	AV CALLE 19 NO13-25	2836947	II
HOSPITAL DE FONTIBON	BOGOTA	CARR 104 No 29-41	5425232-4184447	II
HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL ESE	BOGOTA	TRANSVERSAL 100A # 80A-50	291 3300	II
HOSPITAL DE SUBA II	BOGOTA	CRA 90 No 144-60	6855356	II
HOSPITAL DE BOSA II NIVEL	BOGOTA	CALLE 60A No88D-44 SUR	7771949-7762632	II
LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS LTDA	BOGOTA	AV BOYACA N 65A-08	4341934	II, III, IV
HOSPITALDE SUBA	BOGOTA	CRA 90 No 144-60	6855356	II,III
HOSPITAL MEISSEN	BOGOTA	CALLE 60 SUR No18K-41	7633720	II,III
HOSPITAL SAN BLAS	BOGOTA	CRA 3 ESTE No 16-72	2891100	II,III
PHARMA EXPRESS S.A.	BOGOTA	CL 43 No.84-20	4119933	II,III,IV
LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ	BOGOTA	CALLE 45 No 8-98	3381866	II,III,IV-A. COSTO
PHARMA EXPRESS	BOGOTA	CL 43 No.84-20	4119933	II.III.IV
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	BOGOTA	AV 1 MAYO No75A-19 SUR	4480700	III
HOSPITAL LA VICTORIA	BOGOTA	DG39 SUR No 3-20 ESTE	3675766	III
HOSPITAL SANTA CLARA ESE	BOGOTA	CARRERA 15 # 1-59 SUR	2464606	III,IV
HOSPITAL EL TUNAL	BOGOTA	TRV 22 #47B-51 SUR	7677411	III,IV
VIRREY SOLIS IPS	BOGOTA	CALLE 27 SUR No21a-19	3725000	III,IV



INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	BOGOTA	CRA 4ESTENo17-50	3534000	III,IV
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	BOGOTA	CRA 7 No 165-00	6732600	III.IV
FUNDACION CLINICA EMMANUELL	BOGOTA	TR 17 No 1-21	5997783	II-III
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	AV 1 # 9 - 85	334 1111	IV
FUNDACION CLINICA MEGASALUD	BOGOTA	Carrera 73 D No. 35B-30 Sur	2648607/2730475	IV

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**EPS – S SALUD CÓNDOR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
SECCIONAL BOGOTÁ – BOYACÁ - META**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>NIVEL</b>
ESE CENTRO DE SALUD DE CUITIVA	BOYACA	CUITIVA	CALLE 4 No4 ESQUINA	7707868	I
ESE SALUD SOGAMOSO	BOYACA	SOGAMOSO	CARRERA 9 N 11-64	7729040	I
UNIDAD MEDICA VIDA SANA	BOYACA	SOGAMOSO	CRA 9 N 9 - 30	7718089	I
ESE CENTRO DE SALUD DE NOBSA	BOYACA	NOBSA	CALLE 4 No 9-51	7673017	I
ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA	BOYACA	TOTA	AV PRINCIPAL TOTA	7700945	I
ESE CENTRO DE SALUD "LUIS PATIÑO CAMARGO" DEL MUNICIPIO DE IZA	BOYACA	IZA	CRA 3 No4-124	7790188	I
ESE SALUD SOGAMOSO PYP	BOYACA	SOGAMOSO	CARRERA 9 N 11-64	7729040	I
PHARMA EXPRESS S.A.**SOGAMOSO TOTALES	BOYACA	SOGAMOSO	CARRERA 9 No12-73 L2	7714732	I
ESE CENTRO DE SALUD DE NOBSA**MED PARCIALES	BOYACA	NOBSA	CALLE 4 No 9-51	7673017	I
ANA LUCIA LOPEZ VARGAS	BOYACA	SOGAMOSO	CALLE 11 No 11-32 Lo 204	7715251	II
HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	BOYACA	DUITAMA	AV AMERICAS CRA 35	7606218	II,III
CLINICA ESPECIALISTAS	BOYACA	SOGAMOSO	CRA 9A N 14 - 17	7702117	II.III.IV
VIVIR GENERA SALUD EU	BOYACA	DUITAMA	CRA 7 No 16-21	7600707	II.III.IV
HOPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	BOYACA	SOGAMOSO	CLL 8 N 11A - 43	7702201	II.III.IV
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO INFANTIL DE BOYACA	BOYACA	SOGAMOSO	CRA 9A N 14 -17 PISO 5	7706697	IV

SALUD VITAL DE COLOMBIA IPS LTDA	BOYACA	DUITAMA	AV LAS AMERICAS CRA 35 HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	7629101	IV
----------------------------------	--------	---------	--	---------	----

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**EPS – S SALUD CÓNDOR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
SECCIONAL ANTIOQUIA – CHOCO  
SEDE CHOCÓ**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>NIVEL</b>
DROGUERIA EL COMBATE	BARRIO FILLO CASTRO	6827782	I
DROGUERIA SANTA GENOVEVA	CALLE PRINCIPAL DOCORDO	8166677	I
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	BARRIO CALDAS. CALLE 4 No. 13-50	6795630	I
DROGUERIA Y FARMACIA SAN JOSE	BARRIO SAN JOSE. CALLE 5 No. 15A-33 ESQUINA	6795980	I
DROGUERIA SAN JUAN DE DIOS	CARRERA 5A No. 24-75	6711019	I
FUNDACION PARA LA SALUD DEL BAJO SAN JUAN		312-7872083	I
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL CHOCO - DASSALUD	CALLE 30 No. 4-44	6719302	I
UNISANAR E.U.	CARRERA 3 No. 29-32	6720381	I
CENTRO MEDICO CUBIS	CARRERA 6 No. 28A-92	6700335	I
FARMACIA Y PERFUMERIA BUENAS DROGAS / JAISON MOSQUERA SANCHEZ	CARRERA 7 No. 18-35	6701350	I
ESE - HOSPITAL JULIO FIGUEROA VILLA	MUNICIPIO DE BAHIA SOLANO	6827266	I
IPS SALUD COSTA LTDA.	CARRERA 3A CALLE 5. BARRIO EL CARMEN	6827882	I
EXPRESO DEL PACIFICO LIMITADA	CARRERA 5 No. 24-169	6712219	I
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE QUIBDO	CARRERA 1 No. 31-25	6711660	II
UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN - DIAGNOSTICAR LIMITADA	CALLE 24 No. 7-07	6713685	II
SOMEVI S.A. - CLINICA VIDA	CRA 4 No. 29-64. BARRIO CRISTO REY	6708127	II--III
CENTRO MEDICO CUBIS LIMITADA	CARRERA 6 No. 28A-92	6700335	II--III

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**EPS – S SALUD CÓNDROR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
SECCIONAL ANTIOQUIA – CHOCO  
SEDE ANTIOQUIA**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>TEL. SEDE</b>	<b>NIVEL</b>
ESE - HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA	ITAGUI	CALLE 73 No. 52B-25	3725755	I
ESE - HOSPITAL HORACIO MUÑOZ SUESCUN	SOPETRAN	SOPETRAN - ANTIOQUIA	8541555	I
ESE - HOSPITAL SAN CARLOS	CAÑASGORDAS	CARRERA SUCRE No. 33-120	8564181	I
ESE - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SAN CARLOS	CALLE 21 No. 24-58	8358109	I
ESE - HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA	TURBO	KILOMETRO 1 SALIDA A APARTADO	8272088	I
AMBULATORIAS DEL NORTE LTDA.	CAUCASIA	CARRERA 2A No. 22-49	8392899	I
ESE - HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA	CACERES	PARQUE CENTRAL DE CACERES	8362039	I
COLOMBIA SALUDABLE	MEDELLIN	CALLE 62 No. 50A-31	2914849	I
LABORATORIO CLINICO COLOMBIANO S.A. - LABCO S.A.	MEDELLIN	CALLE 33 No. 76-44	4161144	I
REHABILITAMOS LTDA.	MEDELLIN	AVENIDA 33 No. 75-104	2509359	I
ESE - HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA	CAUCASIA	CALLE 31 CARRERA 18. BARRIO EL PALMAR	8392161	I

AMBULATORIAS DEL NORTE LTDA.	CAUCASIA	CARRERA 2A No. 22-49	8392899	II
COLOMBIA SALUDABLE	MEDELLIN	CALLE 62 No. 50A-31	2914849	II
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA	STA FE DE A.	CALLE 10 No. 3-24	8531020	II
LABORATORIO CLINICO COLOMBIANO S.A. - LABCO S.A.	MEDELLIN	CALLE 33 No. 76-44	4161144	II III IV
CLINICA OCCIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGIA S.A.	MEDELLIN	CALLE 34 No. 63A-92	2658584	III
DISTRIBUIDORA Y PROMOTORA GENERAL S.A. - PANAGRO S.A.	MEDELLIN	CARRERA 69 No. 46B-28	2604700	III
ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA "PROFAMILIA"	MEDELLIN	CALLE 54 No. 43-47	2164011	II-III
OPTILENTES LTDA. - FUNDACION PARA UN NUEVO SER - FUNDASER	MEDELLIN	CARRERA 45 No. 53-44. CONS. 301	2518931	II--III
ALTAVISION S.A.	MEDELLIN	CALLE 33A No. 76-29	4446200	II--III
ESE - HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI	ITAGUI	CARRERA 51A No. 45-51	3788100	II--III
ESE - HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA	CAUCASIA	CALLE 31 CARRERA 18. BARRIO EL PALMAR	8392161	II--III
ESE - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS	CALDAS	CRA 48 No 35 SUR - 41	2780600	II--III
SOCIEDAD MEDICA METROPOLITANA LIMITADA	MEDELLIN	CARRERA 50A No. 59-50	2540560	II--III--IV
ESCANOGRAFIA NEUROLOGICA LIMITADA	MEDELLIN	CALLE 59 No. 50A-14	2540014	II--III--IV
ESE - HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	MEDELLIN	CARRERA 48 No. 32-102	3847300	II--III--IV

INSTITUTO DE ALTA TECNOLOGIA MEDICA DE ANTIOQUIA S.A.-IATM	MEDELLIN	CARRERA 50 No. 63-95	2628287	II--III--IV
VM VITALMED SOCIEDAD LIMITADA	MEDELLIN	AVENIDA 39D No. 73-72. OF. 205	4444800	II--III--IV
SPECIALFARMA S.A.	MEDELLIN	CRA 70 No 43 42 OFICINA 302	2307800	II--III--IV
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ORTOPEDICA T.A.O.	MEDELLIN	CALLE 54 No. 43-67	2393944	II--III--IV
DIE NETZE DER GESUNDHEIT NG COLOMBIA LTDA.	MEDELLIN	CALLE 33C No. 88A-115	3536327	II--III--IV
FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL	MEDELLIN	CALLE 64 CON CARRERA 51D	4441333	III--IV
GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A. - CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA	MEDELLIN	CALLE 8 No. 43C-55	3266000	IV
FUNDACION RENAL DE COLOMBIA	MEDELLIN	CALLE 58 No. 49-46	2953070	IV
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA S.A.	MEDELLIN	CARRERA 80 DIAGONAL 75B 2A80-140	3409393	IV
SIDS MEDELLIN LTDA.	MEDELLIN	CARRERA 38 No. 4 SUR-101. BARRIO EL POBLADO	3540325	IV
CENTRO ANTIOQUEÑO DE PREVENCION DEL CANCER GINECOLOGICO - CAPRECAN	MEDELLIN	CARRERA 45 No. 56-48. SEDE EL PALO	2847027	IV
IPS UNIVERSITARIA - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	MEDELLIN	CARRERA 51B No. 62-42	2630171	IV

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**EPS – S SALUD CÓNDOR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
SECCIONAL NARIÑO – PUTUMAYO  
SEDE NARIÑO**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>CIUDAD O DOMICILIO DE LA IPS</b>	<b>DIRECCION SEDE</b>	<b>TEL. SEDE</b>	<b>NIVEL</b>
CENTRO DE HABILITACIÓN DEL NIÑO - CEHANI	PASTO	CALLE 18 No. 45-49 TOROBAJO	7311906	II- III
JOSENICOLAS RESTREPO GIRALDO	PASTO	CRA 42 No 18A - 56 CLINICA LOS ANDES	7314300	II-III-IV
E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE ALBAN	SAN JOSE DE ALBAN	SAN CARLOS - SALIDA SAN BERNARDO	7430131	I
CENTRO DE SALUD ANCUYA E.S.E.	ANCUYA	BARRIO CAMILO TORRES	7187396	I
E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	ARBOLEDA	BARRIO SAN JOSE	7265793	I
CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA E.S.E.	CHACHAGÜI	CARRERA 9 No. 24-54 BARRIO PA0MERICANO	7328012	I
CENTRO DE SALUD DE CONSACA E.S.E.	CONSACA	CALLE 3 No. 8-39 BARRIO LOS HEROES	7753251	I
CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO EL PEÑOL E.S.E.	EL PEÑOL	MUNICIPIO DE EL PEÑOL	7265422	I
CENTRO HOSPITAL GUAITARILLA E.S.E.	GUAITARILLA	PLAZA SANTA FE	7433305	I
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO APOSTOL ESE	IMUES	BARRIO LIBERTAD NARIÑO	7552112	I
CENTRO DE SALUD MUNICIPAL NIVEL I LUIS ACOSTA E.S.E	LA UNION	BARRIO SAN ANTONIO CARRERA 1 No. 11-37	7265932	I
CLINICA SHALOM E. U,	LA UNION	CALLE 1 No 11-62 BARRIO SAN ANTONIO	7264525	I
CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LINARES "JORGE ZAMBRANO" E.S.E.	LINARES	BARRIO GOLGOTA	7287456	I
CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE MALLAMA ESE	MALLAMA	PIEDRANCHA	7753356	I



CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN E.S.E.	NARIÑO	BARRIO CENTRO	7231612	I
CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL ARCANGEL DE OSPINA E.S.E.	OSPINA	BARRIO CENTRO	3137673386	I
E S E PASTO SALUD	PASTO	CRA 20 No 19B 22	7201372	I
CENTRO HOSPITAL LUIS ANTONIO MONTERO	POTOSI	BARRIO LA UNION	7263046	I
HOSPITAL RICAURTE E.S.E.	RICAURTE	BARRIO SANTANDER	7753448	I
E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS (Sandoná)	SANDONA	CALLE 9 No. 03-39	7288101	I
CENTRO DE SALUD SAN LORENZO	SAN LORENZO	BARRIO PLAZA	7265868	I
CENTRO DE SALUD GUACHAVES E.S.E.	SANTACRUZ DE GUACHAVEZ	CALLE 1a OLAYA HERRERA BARRIO	752143	I
IPS INDIGENA MINGA SALUD	SANTACRUZ DE GUACHAVEZ	CABECERA RESGUARDO GUACHAVEZ	752131	I
REHABILITAR LTDA	PASTO	CALLE 11A No 39A - 23 MARILUZ I	7296117	I
IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA	TUQUERRES	CALLE 27 No 13B - 70	7280759	I
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	IPIALES	CRA No 9-28	7730781	I
CENTRO DE SALUD BUESACO	BUESACO	CENTRO DE SALUD BUESACO	7420497	I
CENTRO DE SALUD LA NUEVA ESPERANZA E.S.E	COLON GENOVA	CABECERA MUNICIPAL BARRIO LA PAZ	7264629	I
CENTRO DE SALUD EL TAMBO	EL TAMBO	PLAZA PRINCIPAL	7287624	I
HOSPITAL DE GUACHUCAL E.S.E.	GUACHUCAL	MUNICIPIO DE GUACHUCAL	7778198	I
CENTRO DE SALUD DE ILES E.S.E.	ILES	ILES AVENIDA IPIALES	7752662	I
CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE PROVIDENCIA E.S.E.	PROVIDENCIA	PROVIDENCIA	7496074	I
FISIOSALUD	TUQUERRES	CARRERA 14 No. 25-28 BARRIO LA AVENIDA	7280307	I
E.S.E. TANGUA SALUD HERMES ANDRADE MEJIA	TANGUA	BARRIO DELCARMEN	7753000	I

CONSULTORIO DE TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA SU SALUD	SANDONA	CARRERA 3 No 5a	2743661	I
CLAUDIA MARIA DELGADO ORTEGA	PASTO	Cra 26 No 19-65	7291562	I
OLGA CEREYDA FAJARDO RIVERA	SANDONÁ	CARRERA 4, BARRIO MELENDEZ	315 438 1879	I
JAIME ARTURO JURADO CALVACHE - PROFESA IPS	PASTO	CRA 7 No 27 - 26	7313242	I
LABORATORIO GLICOL	PASTO	CARRERA 26 No 19-61	7232467	I
CENTRO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	PASTO	BARRIO EL PODER	7265771	I
CENTRO DE SALUD YACUANQUER ESE	YACUANQUER	CARRERA 2 No. 9-18 MERCEDARIO	7753083	I
ZUL EMILCE GIO CARO	IPIALES	MANZANA CASA 16 BARRIO ASVIDE	7254181	I
LEIDY MARTINEZ MARQUEZ	SANDONA	CARRERA 4, CALLE 8, ESQUINA	315 585 5508	I
CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.	OLAYA HERRERA	AVENIDA LOS ESTUDIANTES CON CALLE LAS FLORES	7467177	I
CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	LA TOLA	BARRIO ANON SOLEDAD	7476001	I
CLAUDIA XIMENA QUIÑONEZ CAÑAR	TUQUERRES	CALLE 27 No 11-68	3122684109	I
HOSPITAL SAN JOSE DE TUQUERRES ESE	TUQUERRES	CALLE 20 No 14-58	7280188	I
LABORATORIO DE LOUIS PASTEUR	TUQUERRES	CRA 14 No 23 - 71 AVENIDA HOSPITAL	7281561	I
PALERMO IMAGEN	PASTO	CRA 40 No 16D-95	7224846	I
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	PASTO	CRA 38 No 18-123	7314674	I
DROGUERIA LUIS CAR	ARBOLEDA	PLAZA PRINCIPAL	3137446763	I
HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E.	LA CRUZ	BARRIO GRANADA ESQUINA	7266102	I
CENTRO DE SALUD "SAN JUAN BAUTISTA" DE PUIPALES	PUIPALES	CALLE 7 No. 6-99	7264004	I
HOSPITAL SAN CARLOS E.S.E. (San Pablo – Nariño)	SAN PABLO	CALLE 9 No. 03-39	7286036	I
CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE	PASTO	CALLE 18 A No 25-37	7239800	I

DROGUERIA SAN FERNANDO	SAN PABLO	CARRERA 3 No. 3-28 ESQUINA	7285317	I
DROGUERIA AUXILIOS	BUESACO	CRA 4 No 11-13	7420099	I
GLOBAL VISION CENTER	PASTO	Cra 26 No 19-65	7291562	II
LABORATORIO DE ESPECILIDADES CLINIZAD	PASTO	CARRERA 33 No 19-46	7315312	II
HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS SAMANIEGO	SAN PABLO	CRA 6 No 6-04	7289030	II
HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E LA CRUZ	LA CRUZ	CRA 12 No 10 - 22	7266102	II
MONICA ARCOS RAMIREZ	PASTO	CALLE 16 No 29-63	7231817 - 3164068626	II
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	PASTO	CRA 38 No 18-123	7314674	II
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS	LA UNION	CRA 2 No 16 - 08	7264180	II
AMANECER MEDICO LTDA	PASTO	CRA 40 No 19-90	7310172	II
ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA "PROFAMILIA"	PASTO	CARRERA 36 No. 19-126	7317512	II III
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.	IPIALES	AV. PANAMERICANA NORTE BARRIO LOS CHILCOS		II III
SOCIEDAD LAS LAJAS LTDA	IPIALES	CRA 6 No. 24-122		II III
REINERIO DELGADO	PASTO	CALLE 18 No 36 24	7312249	II III
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	PASTO	CLLE 21 No. 26-40	7230418	II III IV
SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.	PASTO	CRA 42 No 18A - 56	7317000	II III IV
INSTITUTO ANDINO DE CIRUGIA Y LAPAROSCOPIA	PASTO	CALLE 18 No. 38 - 10 PISO 5º	7315036	II, III
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE	PASTO	CALLE 22 # 7 -93	7214525, 721 4526	II, III, IV
PATOLOGOS ASOCIADOS LTDA	PASTO	CALLE 19 No. 29 - 27 Of. 205	7310459	II, III, IV
HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	PASTO	CARRERA 32 No: 21A-30 AV. DE LOS ESTUDIANTES	7311533	II, III, IV
FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO	PASTO	CALLE 16 CON CARRERA 43 ESQUINA	7234349	II, III, IV

MEDINUCLEAR LTDA.	PASTO	Carrera 42 No 18B - 94	7314781	III
CRUZ ROJA COLOMBIANA DEPTO NARIÑO	PASTO	CRA 25 No. 13-26	7232993/723438 1	III IV
UNIDAD CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO	PASTO	CARRERA 42 18B-94	7316235 7316236	III-IV
ALVARO MESIAS AUX REVELO	PASTO	CRA 33 No. 19-46	7312952	III IV
MARIO MARIN TRONCOSO	PASTO	CALLE 19A No 31B- 04	3014264675	II-III
SANDRA CRISTINA ARTEAGA ROSERO	PASTO	CLLE 18 No 36-24 OFIC 206 ASTURIAS	7313945	II-III
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR	PASTO	CRA 38 No 18-123	7314674	II-III
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE NARIÑO FUNDONAR	PASTO	CALLE 5 No 32A-85	7299670	II-III-
CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL LIMITADA	PASTO	CALLE 18 No. 38-10 SEXTO PISO	7315525	II-III- IV
SOCIEDAD MEDICA ESPECIALIZADA SAN JUAN LTDA	PASTO	CALLE 18 No 28-84 OFICINA 805-806		II-III-IV
JAIME GARCES ROBLES	PASTO	CALLE 15 No. 34 - 66	7290008	IV
SANTIAGO LOPEZ ORTEGA	PASTO	CRA 26 No. 19-61	7232467	IV
ONCOLOGOS ASOCIADOS DE NARIÑO	PASTO	CLLE 16 No. 29-63	7312802	IV
INSTITUTO CANCEROLOGICO DE NARIÑO	PASTO	CRA 40A No 19B - 55	7314848	IV
ANTONO CALDERON MONCAYO	PASTO	CARRRERA 42 No 18B - 94 Av. PANAMERICANA	7314784	IV
CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ EMPRESA UNIPERSONAL	PASTO	CALLE 20 No 34-34	7313693	IV
OXIGENOS DEL SUR LTDA	PASTO	CARRERA 17 # 18 - 44 BARRIO NAVARRETE	721 5366	
ORTHOPEDIC SYSTEMS	PASTO	CARRERA 30 # 16 - 45		

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.

**EPS – S SALUD CÓNDOR S.A.  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
SECCIONAL NARIÑO PUTUMAYO  
SEDE PUTUMAYO**

<b>IPS CONTRATADA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>CIUDAD O DOMICILIO DE LA IPS</b>	<b>DIRECCION SEDE</b>	<b>TEL. SEDE</b>	<b>NIVEL</b>
ESE HOSPITAL LOCAL NIVEL 1	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	CRA 29 No 10-10	4228303	I
ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	PUTUMAYO	MOCOA	AV SAN FRANCISCO BARRIO OBRERO MOCOA	4296056/4286057	I
E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	CRA 29 No 10-10	4220035	I
OPTICA VISION CENTRAL	PUTUMAYO	MOCOA	CRA 7 No. 8-20	4296568	II
E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	CRA 29 No 10-10	4220035	II
CENTRO OFTALMOLOGICO DEL PUTUMAYO	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	CRA 40 No. 18-146	4296568	II -III
JUAN CARLOS VALDERRAMA ROA	PUTUMAYO	MOCOA	CALLE 8 No 17-56 B/ VILLA NATALIA	4295361	III

Fuente: Oficina Nacional de Aseguramiento. EPS-S Salud Cóndor S.A.