

# PROPUESTA DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO

POR:

JOSE EDIMER GARAY AGUIRRE  
JOHN GIRALDO VELASQUEZ  
RUBER DARIO LONDOÑO LONDOÑO  
GABRIEL RONCANCIO MEJIA

## RESUMEN

El nuevo Régimen de Seguridad en Salud, puesto en vigencia con la promulgación de la Ley 100 de 23 de Diciembre de 1.993, demanda que los recursos e infraestructura existentes para la prestación de servicios de salud, tengan un adecuado aprovechamiento que permita el acceso de la población a todos los niveles de atención.-

En esta propuesta se hace un diagnóstico de la situación de salud del Departamento del Quindío, en donde se tiene en cuenta la morbilidad, la mortalidad y la infraestructura institucional y de talento humano con el que se cuenta actualmente.

Se analizan además aspectos determinantes de la dinámica cultural y económica de la región, reseñando determinantes estructurales políticos, demográficos y de influencia externa.-

Se analiza el estado de la oferta y la demanda y su posición frente al Sistema de Seguridad Social en Salud del País (Régimen Subsidiado, vinculado y contributivo).

Por último, se pone en consideración una propuesta de Red de Servicios de Salud para el Departamento, donde se esquematizan estrategias para el desarrollo de la Red, como también las actividades necesarias para el desarrollo de las estrategias propuestas.

## PALABRAS CLAVES:

SALUD-

RED DE SERVICIOS

## SUMMARY

The new Regimen of Security in Health, position in validity with the [promulgación] of the Law 100 of 23 of December of 1.993, demand that the resources and existent [infraestructura] for the [prestación] of services of health, [tenganunb] adequate [aprovechamiento] that permits the access of the population to all the levels of attention.-

He/she/it/you in this proposal becomes a diagnosis of the situation of health of the Department of the Quindio, in where he/she/it/you is kept in mind the

[morbilidad], the mortality and the [infraestructura institucional] and of human talent with the that bill now.

Looks are also analyzed [determinantes] of the dynamic cultural and economical of the region, [resecando] structural political [determinantes], [demográficos] and of external influence.-

You/he/she/it are analyzed the state of the offer and the demand and their position opposite the System of Social Security in Health of the Country (Subsidized Regimen, tied and contributivo).

Latest Pot, he/she/it/you puts on one proposal of Net of Services of Health for the Department in consideration, where strategies for the development of the Net are diagramed, like also the necessary activities for the development of the nominative strategies.-

#WORDS NAIL:

HEALTH-

DE NET SERVICES

## **INTRODUCCION**

La razón de ser del sector salud no es otra que la conservación y el logro de mejores niveles de salud y vida de la comunidad. Siempre ha existido la preocupación de lograr que los servicios de salud existentes se utilicen apropiadamente, además de saber si los mismos se están utilizando en forma adecuada y responden a las necesidades en salud de la comunidad. Para llegar a resolver estas inquietudes se hace necesario realizar una amplia investigación que involucre al sector salud y a la comunidad, que indique el estado de salud de la última y cómo se está racionalizando el uso de los recursos físicos y humanos del primero, cuál es la calidad de la atención y sus relaciones con la cobertura.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud definido en la Ley 100 de 1993 demanda del Sector Salud un compromiso de exigencia y calidad empresarial. Para el cumplimiento de estos objetivos se hace necesario un conocimiento real de la capacidad actual del Sector para responder a las exigencias enmarcadas en la mencionada Ley.

Es el propósito de este trabajo ve un diagnóstico de la situación del estado de salud y de los servicios de salud en el Departamento del Quindío, haciendo énfasis en la capacidad de oferta y sus posibilidades de respuesta en el actual entorno promovido por el nuevo esquema de Seguridad Social, para concluir proponiendo una Red de Servicios de Salud para el Departamento del Quindío, que articule todas las posibilidades de oferta y demanda entre las Empresas promotoras de salud y las Instituciones prestadoras de salud, capaz de dar respuesta inmediata a cualquier necesidad en salud a cada uno de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la

complejidad de su patología y en el nivel de atención correspondiente, comprendiendo todas las acciones de curación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación necesarias.

## **MARCO TEORICO**

Las primeras tentativas de organización de la atención médica, de una manera ordenada, sucedieron en Prusia en el Siglo XIX, cuando surge el médico distrital como administrador encargado de la salud de poblaciones de 6.000 a 10.000 ó de 35.000 a 50.000 habitantes. **(1)**

Así mismo, en el Siglo XX la primera descripción teórica completa sobre el gerenciamiento eficiente de los servicios de salud fue concluida en la década de los 20 por Dawson como refiere Del Nerg (1979), existiendo vestigios de sus sugerencias en Europa, Asia, Africa y América Latina. Por primera vez se menciona el término "Centro de Salud Primario" como puerta de entrada del individuo en busca de servicios de salud.

Para Dawson estas instituciones equipadas para atención preventiva, curativa y manejada por médicos generales, debería ser el primer contacto de una población con sus unidades de salud, dentro de una determinada área geográfica.

A medida que la complejidad de las enfermedades fueran diagnosticadas, el individuo sería trasladado a otro nivel, o sea, el secundario y conforme al caso, para el terciario. Estos últimos podrían estar asociados a Escuelas de Ciencias de la Salud y así fue como se estableció el concepto de Regionalización Médica. **(3)**

En Inglaterra, entre los varios factores que llevaron a regionalizar sus servicios de salud con el modelo Dawsoniano, está la Segunda Guerra Mundial que obligó a descentralizar los servicios de la capital del país hacia el interior debido a los constantes bombardeos. El propio clima de reforma de la postguerra facilitó la implantación de las ideas de Dawson grandemente influenciada por el informe Beveridge. **(3)**

La Constitución Política de Colombia de 1991 garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. **(2)**

Es responsabilidad del Estado brindar una respuesta oportuna y eficaz a cada ciudadano que vea comprometida su salud, cualquiera sea el nivel de compromiso e inmediatez que requiera y el sitio donde viva. Sin embargo los recursos no siempre podrán estar dispuestos en el área circunvecina del individuo, pues de una lado son limitados y de otra parte las condiciones de demanda hacen inoportuna e ineficaz la utilización de recursos de mediana y alta tecnología en lugares de densidades poblacionales bajas.

Puede definirse una red de servicios como el conjunto de instituciones públicas y privadas de diferentes niveles de atención y grados de complejidad organizadas en función de la satisfacción de las necesidades de salud de una población determinada a través de la prestación de servicios de salud en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Desde el punto de vista operativo una red de servicios se fundamenta en la relación de oferta y demanda imperante en el mercado de servicios de salud frente al perfil epidemiológico de la población de un área geográfica determinada, a la capacidad resolutoria de salud que allí se encuentra y a la relación costo-efectividad derivada de la atención de los problemas de salud de diferente gravedad en instituciones de distintos grados de complejidad. **(3)**

El Estatuto Orgánico de Salud que rige el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 1 donde define su objetivo, habla de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. **(4)** Más adelante el Artículo 4 en su Numeral 8 define la intervención del Estado y su objetivo: "Organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, de los niveles de atención inferior a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados, que los niveles superiores deben prestar a los inferiores".

La Ley 10 de 1990 en su Capítulo 1, Literal m, determina la responsabilidad del Estado en cuanto a organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores.

El Decreto 2759 de 1991 establece y organiza el régimen de referencia y contrarreferencia, definiéndolo en su Artículo 2 "como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia" **(5)**, complementando en su párrafo 1: "facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz." **(6)** El mismo Decreto en su Artículo 3 que habla de la finalidad del régimen, como es la de facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requieren y propender por una racional utilización de los recursos institucionales. **(7)** Este Artículo también define las modalidades de solicitud de servicios contempladas dentro del régimen de referencia y contrarreferencia, las cuales se transcriben en este marco teórico para aprovechar sus definiciones :

- REMISIÓN

Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo. **(8)**

- INTERCONSULTA

Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsables de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman en forma directa la responsabilidad de su manejo. **(8)**

- ORDEN DE SERVICIO

Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Por lo anterior pueden referirse a : personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente. **(8)**

- APOYO TECNOLÓGICO

Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

Es indispensable propiciar la concertación de los agentes en todos los niveles, teniendo como apoyo a los Consejos Nacional, Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud **(9)**, y la organización de los servicios de salud por parte del Estado, en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad . **(10)**

Una red de servicios debe concebirse desde la perspectiva de cumplimiento y funcionamiento de principios y regímenes reguladores y orientadores del sistema, así:

- Planificarla según competencias y recursos de los diferentes niveles.
- Sustentarla en el ejercicio de los regímenes de referencia y contrarreferencia.
- Basarla en los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.
- Controlarla y evaluarla frente al cumplimiento de metas de ampliación de coberturas, mejoramiento de la calidad de servicios y reordenamiento administrativo y financiero presentes en los Planes de Descentralización y Sectoriales de Salud. **(2)**

Desde la perspectiva de operativizar la red de servicios, ésta debe orientarse a articular y armonizar los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud conforme con la condición de afiliación del individuo al régimen subsidiado, contributivo o vinculado, la persona accederá al Sistema según las contrataciones o convenios de las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales se convierten en la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de atención

definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud y de acuerdo con la complejidad de su patología .

En los Hospitales de I Nivel de Atención, se prestarán los servicios de consulta médica y odontológica, hospitalización y atención de urgencias de menor complejidad. En el Nivel II de Atención se ofrecerán los servicios que requieren para su manejo tecnología de mediana complejidad y profesional especializado en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de patologías de mediana severidad. Las instituciones del III Nivel de Atención requerirán para su operación de alta tecnología y atención con personal especializado y subespecializado.

Dentro del funcionamiento de la red de servicios las responsabilidades son diferentes para cada uno de los actores que intervienen en ella: **(2)**

1. Las I.P.S. deben tener una capacidad resolutoria acorde con su responsabilidad, optimizando su proceso de atención, además la atención inicial de urgencias será prestada por ellas en forma obligatoria independientemente de la capacidad de pago del consultante.
1. Las E.P.S. por su parte, deben organizar la forma y los mecanismos a través de los cuales sus afiliados y familia pueden acceder a la red de servicios: además establecer los procedimientos necesarios para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las I.P.S adscritas.
1. La Dirección Seccional de Salud del Quindío deberán desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las I.P.S. y contribuir a la formulación y adopción de planes y programas en los municipios. Además debe promover la integración funcional y organizacional del régimen de referencia y contrarreferencia. Por último, es quien autoriza la prestación de servicios de salud a las I.P.S. del Departamento.
1. La Nación por su parte, tiene establecidas las normas técnicas, curriculares y pedagógicas para la formación del personal de salud, asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a la Seccional de Salud y a sus instituciones prestadores de servicios de salud: administrar fondos especiales de cofinanciación, organizar y desarrollar los programas de crédito y distribución del situado fiscal destinado a financiar la red de servicios del Departamento.
1. Por último, los Municipios deben garantizar la prestación de las acciones de fomento de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad correspondiente a la red de servicios del primer nivel: tendrá además la participación en las inversiones de dotación, construcción y ampliación de las I.P.S. a su cargo.

Durante el desarrollo de este trabajo se identifican las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud existentes en el Quindío, como también los convenios celebrados entre las mismas, los niveles de atención definidos según la capacidad de resolución de las necesidades en salud de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (régimen subsidiado, contributivo o vinculado), y la demanda estructurada con base en el Perfil de Morbi-Mortalidad para el Departamento del Quindío en 1994-1995. Se analizan la estructura y asequibilidad de las entidades de salud existentes, su situación geográfica, funcionamiento, sus competencias, responsabilidades, metas y actividades, involucrando dentro del proceso la selección de indicadores y mecanismos de monitoreo y evaluación, como también las necesidades de elementos necesarios para la implantación del régimen de referencia y contrarreferencia (transporte, comunicaciones e información) como eje regulador para la Red Departamental de Servicios de Salud para el Quindío, la cual se deja como propuesta final.

Hubiera sido ideal poder determinar calidad y eficiencia en cada una de las Empresas Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud, pero esto, implicaba un seguimiento a largo plazo, y por la premura del tiempo dicho análisis no pudo realizarse, quedando planteada la inquietud para próximas investigaciones.

## **METODOLOGIA**

Evaluar el estado de Salud y de los Servicios de Salud Públicos y Privados del Quindío, con el fin de diseñar una red de servicios, la cual permita el acceso universal a los servicios de salud; con atención racional, oportuna, eficiente, eficaz, integral y de calidad a los usuarios.

Se realizó una investigación operativa de tipo descriptiva en el Departamento del Quindío, en cada una de las entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se tuvo en cuenta además la información aportada por las Secciones de Seguridad Social e Información y Estadística del Instituto Seccional de Salud del Quindío. Esta información se obtuvo a través de Formularios de encuesta que personalmente se diligenciaron con cada uno de los Gerentes de las E.P.S. e I.P.S.. Se concertó además entrevista personal con la Jefe de la Sección de Seguridad Social y de la Sección de Información y Estadística de la mencionada Seccional de Salud.

La información lograda fue consolidada, procesada y clasificada en las tablas anexas de donde parte los análisis de datos que sirvieron de base para la presente propuesta. Se definió el estado de salud de cada uno de los Municipios del Departamento, analizando cada uno de los siguientes parámetros:

## **MORBILIDAD Y MORTALIDAD**

Tomando los datos de Consulta Externa, Urgencias y Egresos Hospitalarios.

## ESTRUCTURA POBLACIONAL

### COBERTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

#### Recolección de la información

La recolección de la información se realizó semanalmente, utilizando un formulario - encuesta diseñado por los investigadores de este proyecto, el cual fue aplicado en cada una de las E.P.S., I.P.S. y E.S.E. del Quindío, de acuerdo a cronograma establecido.

Los datos sobre el perfil epidemiológico de cada uno de los Municipios se obtuvieron de la Sección de Información y Estadística del Instituto Seccional de Salud del Quindío, teniendo en cuenta los parámetros ya enunciados.

La información se llevó a una base de datos tan pronto fue recolectada y desde allí se hicieron las consultas y cruces de información requeridas.

Se recibió asesoría por parte del Coordinador del Postgrado en Gerencia de la Salud Pública Grupo VIII, quien hizo las sugerencias respectivas para los ajustes necesarios encaminados a la elaboración del proyecto.

En reuniones periódicas se hizo revisión del proyecto con el Asesor de Tesis para plantear las dudas y sus respectivas soluciones, haciendo las observaciones pertinentes acordes al cronograma establecido.

## 1. RESULTADOS

### 1.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL DEPARTAMENTO Y

#### CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION

##### 1.1.1 Determinantes Geográficos Naturales

**1.1.1.1 Ubicación.** El Departamento del Quindío se halla ubicado en el centro geográfico del Occidente Colombiano, en la zona baja, latitud ecuatorial o intertropical, con insolación permanente y con máximas en los equinoccios (marzo y septiembre); limita al Occidente con el Departamento del Valle del Cauca, al Oriente con el Departamento del Tolima, al Norte con el Departamento de Risaralda y al Sur con los Departamentos del Valle del Cauca y el Tolima.. Tiene una extensión de 1.961 kilómetros cuadrados y una población de 535.711 habitantes (para 1997) y temperatura promedio de 20 grados centígrados.

**Tabla 1. Características generales del departamento. 1997**

MUNICIPIO	POBLA1997	TEMP MED.	DIST. EN KM. A LA CAPITAL	ACTIVIDAD ECONOMICA	ALTUR SOBR	DIST. ESPEC	PISOS TERM.	SUPERF. SEGÚN	DENSIDAD POBLA.
-----------	-----------	-----------	---------------------------	---------------------	------------	-------------	-------------	---------------	-----------------

					NIVEL MAR (MTS.)	DE AS LLUVIA		MPIO. (KM2)	(URB. Y RURAL)
ARMENIA	305.355	20 C	0	Agrícola industria	1.483	2000- 2400	Templado	114.5	2.024.43
BARCELONA	5.357								
BUENAVISTA	7.500	20 C	33 km.	Agrícola	1.450	2000- 2200	Templado	38.9	98.76
CALARCA	55.180	20 C	6 km.	Agrícola	1.536	2200- 2400	Templado Frío	226.2	218.66
CIRCASIA	17.678	19 C	12 km.	Agrícola	1.772	2400- 2800	Templado	88.6	173.05
CORDOBA	8.036	19 C	24 km.	Agrícola	1.700	2200- 2400	Frío Templado	110.3	55.34
FILANDIA	10.178	18 C	26 km.	Agrícola	1.923	2600- 2800	Frío Templado	100.9	88.93
GENOVA	17.143	20 C	52 km.	Agrícola Ganader	1.500	1600-200	Páramo Frío Templado	296.9	43.41
LA TEBAIDA	26.785	20 C	17 km.	Agrícola Ganader	1.350	1800- 2200	Cálido	82.0	255.31
MONTENEGR	33.214	21 C	10 km.	Agrícola	1.294	1600- 2400	Templado Cálido	148.8	187.02
PIJAO	6.964	19 C	31 km	Agrícola	1.700	2200- 2400	Frío Páramo Templado	219.0	28.38
QUIMBAYA	34.285	21 C	20 km	Agrícola	1.339	1600- 2200	Templado cálido	118.5	239.26
SALENTO	8.036	18 C	24 km	Agrícola Ganader	1.895	1600- 2600	Páramo Frío Templado	402.0	16.22
TOTAL	535711								

Fuente :Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.1.1.2 Hidrografía** . El territorio del Departamento del Quindío se encuentra irrigado por los ríos : Quindío, Santo Domingo, Ríoverde, San Juan, Río Rojo, Río Azul, El Roble, El Espejo, Barragán y La Vieja. Posee además un número considerable de Quebradas y Riachuelos.

La inadecuada explotación de las reservas naturales ha perjudicado notablemente el caudal del río Quindío, principal abastecedor del acueducto para la población de Armenia . La Corporación Autónoma Regional del Quindío (CRQ) y el Comité Departamental de Cafeteros están tomando medidas necesarias en asocio con la industria maderera, desarrollando políticas técnicas de repoblación forestal y de conservación de los recursos hidrográficos.

**1.1.1.3 Características del suelo y condiciones climatológicas.** En el Departamento existen : Suelos de altas montañas, con capa vegetal delgada, poco aptos para la agricultura y fácilmente erosionables ; suelos de media montaña, con temperatura de clima medio 20° C, apta para los cultivos de café, plátano, maíz y frutales; suelos de baja montaña, con temperatura promedio de 24° C a una altura de 1.200-1.700 metros sobre el nivel del mar con predominio de la ganadería.

**1.1.1.4 Vías de comunicación.** El 95% del Departamento presenta una red de carreteras intermunicipales pavimentadas en su totalidad, que comunican los municipios y las veredas entre sí, además de carreteras interdepartamentales con Risaralda, Tolima y Valle del Cauca. Posee un aeropuerto , El Edén, para vuelos comerciales y privados.

**1.1.1.5 Recursos naturales y forestales.** Hace tres siglos la vegetación en el Quindío era exuberante y natural, cubría todo el Departamento y se destacaba la Palma de Cera. Hoy en día, y de acuerdo con la altitud se encuentra una variada gama de recursos naturales y forestales. En la parte alta se conserva la Palma de Cera y el Frailejón, en la parte media y baja predominan recursos agrícolas renovables (café, frutales, plátano, maíz, yuca y pastos).

En los últimos años se ha venido explotando en el Departamento la floricultura, la industria maderera y la piscicultura, que actualmente están en proceso de expansión fomentados principalmente por la Corporación Autónoma Regional del Quindío, como una alternativa productiva en la economía del Departamento.

Los recursos minerales están representados por la explotación del oro, plata, zinc y arcilla. La explotación del oro se encuentra totalmente abandonada y la explotación del zinc en la mina "Las Nieblas" localizada en el municipio de Salento con una capacidad de reserva de 445.109 toneladas métricas.

**1.1.1.6 Potencialidades de desastres.** El Parque Nacional de los Nevados conformado por los volcanes nevados del Quindío, Ruiz y Tolima, se encuentra aledaño al Departamento del Quindío en el límite nor-oriental con el Departamento del Tolima., actualmente sin actividad volcánica pero con posibilidades de erupciones especialmente el del Ruiz. A lo anterior debe agregarse que el Departamento se encuentra localizado sobre la Falla de Romerales, ubicándolo en zona de alto riesgo sísmico.

Los suelos de la alta montaña son de formación reciente después de los períodos glaciales, se caracterizan por tener una capa vegetal delgada y con

pocos nutrientes, por lo tanto son incapaces de resistir el trabajo agrícola, son erosionables por lo que deben conservarse y dejarse en su proceso natural. Los suelos de la baja montaña son aptos para la agricultura (zona del cono de Armenia y del río La Vieja) con pocos riesgos de erosión.

Las zonas de riesgo para erosión por estar localizadas en la zona de alta montaña, son los municipios de Circasia, Salento, Córdoba, Pijao y Génova ; estos dos últimos son los de mayor riesgo de desastres por avalanchas, pues son atravesados en su casco urbano por los ríos Lejos y Azul que recorren una topografía altamente sinuosa y con descensos rápidos que constituyen factores facilitadores especialmente en épocas invernales.

## **1.1.2 Determinantes Estructurales**

**1.1.2.1 Estructura política.** El territorio Departamental fue habitado en la época de la Preconquista y la Conquista Española por los indios Quimbayas y Pijaos. En la época Colonial el Departamento perteneció al territorio de Quito ; durante la conformación de la Gran Colombia perteneció al Departamento de Cundinamarca, en 1824 formó parte del territorio del Cauca hasta 1905, cuando pasó a ser parte del Departamento de Caldas, luego en 1966 fue creado como ente territorial independiente, con responsabilidades administrativas y funcionales autónomas, mediante la Ley 2 de enero 7 de 1966. El Departamento está conformado por 12 municipios, 5 Corregimientos (El Caimo, La Virginia, Quebradanegra, Pueblo Tapao y Barcelona) y 37 Inspecciones de Policía.

En el Departamento hay 10 Circuitos Notariales, un Distrito Judicial, y una diócesis. Es sede de la Octava Brigada , el Batallón de Ingenieros "Cisneros", el Batallón de Servicios Nro.8 y del Batallón Quimbaya.

El Departamento ejerce funciones administrativas de coordinación y complementariedad a la acción municipal y de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de servicios con base en la Constitución Política de 1991.

La estructura política y administrativa del Departamento se encuentra conformada por:

- Un Nivel externo : la Asamblea Departamental elegida popularmente que cumple funciones administrativas, y la Contraloría Departamental que cumple funciones fiscales.
- Un nivel interno : el Gobernador elegido por voto popular como máxima autoridad, con dependencias administrativas, de gestión y asesoras.

Cuenta con secretarías de: Gobierno, Agricultura, Desarrollo y Protección al Ambiente, Hacienda, Educación y Obras Públicas ; que conforman el Consejo de Gobierno Departamental. Como entes adscritos se tienen: La Universidad del Quindío, la Beneficencia del Quindío, el Instituto Departamental de Transito,

Caja Departamental del Quindío, el Instituto del Desarrollo del Quindío, la Empresa Sanitaria del Quindío y el Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.1.2.2 Organización espacial.** El Departamento del Quindío, se ha organizado en : un centro regional espacial, un centro de relevo, dos centros locales principales, un centro local secundario, y siete centros urbanos clásicos:

- **Armenia:** Tiene un dominio espacio - geográfico o jurisdicción legalmente establecida, sobre el cual ejerce funciones administrativas y otras de diversa índole. Cuenta con tres sectores económicos: Agrícola, agro industriales y de servicios los cuales se encuentran en equilibrio, lo que le identifica como el centro subregional espacial diversificado.
- **Calarcá:** Se ha constituido en un centro de relevo secundario, lo que implica ocupar el segundo lugar en importancia en el Departamento. El renglón del comercio sobresale y presta excelentes servicios.
- **Montenegro y Quimbaya:** Estos centros locales principales son la base que sostiene la pirámide funcional urbana del departamento. Su producción local surte las transacciones mercantiles de un centro de relevo como Alcalá, que se encuentra a unos 4 kilómetros de Quimbaya. Además, estos municipios están dotados de los servicios mínimos necesarios para atender a la población residente en su núcleo o proximidades inmediatas, ya sean ellos de tipo administrativo, público, de educación, de salud, comercial y bancaria.
- **Circasia:** Se ha jerarquizado como centro local secundario, tiene como función servir a las necesidades inmediatas de un núcleo pequeño de población que trabaja en el espacio agrícola circundante, para abastecer con su producción a los centros urbanos de mayor importancia que le son próximos.
- **Buenavista, Pijao, Córdoba, Filandia, Génova, La Tebaida, Salento:** Estas cabeceras municipales se clasifican como centros urbanos básicos, donde el comercio y los servicios suplen las necesidades básicas de la población y no ejercen ninguna influencia regional.

**1.1.2.3 Areas de influencia externa.** Las áreas de influencia se determinan por la distancia hasta la cual un centro urbano proyecta su influencia mediante el servicio.

Es así como el Departamento desde el punto de vista funcional se encuentra bajo la influencia de Cali, Medellín, Pereira, Manizales y Bogotá .

**1.1.2.4 Estructura organizacional de servicios.** Las estructuras y organizaciones públicas Departamentales se caracterizan por:

- Desconexión funcional entre las dependencias centrales y locales.
- Reformas administrativas de hecho, poco participativas.
- Falta de una acción coordinada en el diseño y gestión de los programas y proyectos.

- Fragmentación institucional.
- Baja capacidad de gestión de las autoridades Departamentales ante el Nivel Nacional, actualmente para el período 1994 - 1996 el Departamento no cuenta con Senadores en el Congreso de la República.
  - No existe una verdadera acción descentralizada .
- Los programas de gobierno son utilizados solo en las campañas electorales sin tener una continuidad Los recursos y programas de la seguridad social son inequitativos y no concertados, sólo cubren una pequeña parte de la población .
  - Hasta hace dos años no existían programas de inversión social y de desarrollo, en la actual Administración Departamental y gracias al desarrollo de la Oficina Departamental de Planeación, se ha accedido a través de proyectos presentados a Planeación Nacional a créditos para inversión en el campo de la Salud, Educación y Vías carreteables, entre otros.
  - Existe una dispersión de la acción institucional.
- Cada entidad refuerza la actitud individual de aislamiento explicado por el proceso de feudalización de la administración pública, que como herencia de las prácticas políticas mantiene unas estructuras jerárquicas de dependencia del funcionamiento en relación con su jefe político pero no con su jefe técnico.

Al igual que los sectores públicos, el sector privado sigue una direccionalidad individual, inconexo con el sector oficial y sin un plan de desarrollo direccionado, caracterizado por una economía monopólica centrada en la producción del café, con poco incentivo en el desarrollo industrial para proveer fuentes de trabajo.

A nivel de los municipios, comparativamente con las condiciones organizacionales e institucionales de la mayoría de municipios del país, las estructuras administrativas tienen un esquema básico primario que permite una mayor disposición para el funcionamiento y una baja inversión en obras de interés social y las condiciones de relación política entre los alcaldes y sus partidos políticos, se manifiestan en múltiples limitaciones administrativas.

Así como el Departamento, los municipios no obedecen a programas de desarrollo direccionados que logren la intersectorialidad, la equidad, y la participación para el desarrollo socioeconómico de la región.

La participación comunitaria se ha venido fortaleciendo, adoptando los modelos normatizados en la Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, como son la existencia de Comités de Participación Comunitaria, Asociaciones de Usuarios, participación en la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, etc. Esta participación comunitaria ha venido desarrollando su capacidad participativa en los diferentes municipios y constituyéndose en factor influyente en las decisiones y políticas de salud para las diferentes instancias territoriales del Departamento.

El modelo asistencial de la Salud del Departamento del Quindío ha venido desarrollando los nuevos requerimientos legales esbozados en la Ley 100 de 1993, lo que ha significado una política de transformación rápida y masiva, conllevando a un nueva visión del modelo de asistencia en seguridad social, permitiendo :

- Transformación del modelo empresarial de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.
- Participación del sector privado en los nuevos modelos de atención en salud.
- Transformación de los subsidios de la oferta a la demanda.
- Inicio de los procesos de descentralización administrativa de los servicios de salud.
- Participación de la comunidad en los procesos de desarrollo administrativo .

Estos cambios están fundamentados en el propósito de la Ley 100 de 1993 de desarrollar el mandato Constitucional de equidad, universalidad, accesibilidad, eficacia y eficiencia en los servicios de salud.

### 1.1.3 Determinantes Demográficos

**1.1.3.1 Estructura de la población.** La población del Departamento del Quindío según el censo de 1985 se estimaba en 377.860 habitantes , es decir el 1.36 % de la población total del país. El último censo realizado en 1993 estima 418.273 habitantes y el total de población censada es de 391.426 habitantes, para 1997 el Instituto Seccional de Salud del Quindío estimó una población de 535.711 habitantes, observándose que un 61.5% corresponde a personas jóvenes y en edad productiva (15 a 59 años) ; menores de 15 años un 30.5% y un 8% en el grupo poblacional de 60 y + años.

**Tabla 2. Población según grupos de edad Departamento del Quindío 1985 - 1993 - 1997**

GRUPO ETAREO	CENSO 1985	CENSO 1993	POBLACION 1997 ISSQ	% 1997
0 - 4	23.309	40.280	51.582	9.6
5 - 9	22.283	42.287	54215	10.1
10 - 14	19.121	44.211	56.628	10.6
15 - 19	23.670	440.029	51.264	9.6
20 - 24	20.124	38.607	49.436	9.2
25 - 29	17.341	38.439	49.233	9.2
30 - 34	14.978	36.222	46.385	8.7
35 - 39	11.169	31.329	40.138	7.5
40 - 44	8.517	24.720	31.662	5.9
45 - 49	6.776	18.780	24.060	4.5
50 - 54	6.089	16.271	20.838	3.9
55 - 59	5.160	12.883	16.502	3.0

<b>60 - 64</b>	4.546	12.214	15.642	2.9
<b>65 - 69</b>	3.227	8.324	10.651	1.9
<b>70 - 74</b>	2.204	6.232	7.980	1.5
<b>75 Y +</b>	2.515	7.445	9.495	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>190.849</b>	<b>418.273</b>	<b>535.711</b>	<b>100</b>

Fuente DANE 85 y 93 y 97 Sección Información S.S.S.Q.

A la ciudad de Armenia corresponde el 57% del total de la población y luego Calarcá con un 10.3%.

**Tabla 3. Población según Municipios Departamento del Quindío 1985 - 1993 - 1997.**

<b>MUNICIPIOS</b>	<b>CENSO 1985</b>	<b>CENSO 1993</b>	<b>POBLACION 1997 ISSQ</b>	<b>% MUNICIPIOS 1997</b>
Armenia	187.130	231.789	305.355	57
Buenavista	3.275	3.842	7.500	1.4
Calarcá	52.476	49.462	55.180	10.3
Barcelona	*	*	5.357	1
Circasia	18.024	15.333	17.678	3.3
Córdoba	5.055	6.105	8.036	1.5
Filandia	10.882	8.974	10.178	3.2
Génova	9.824	12.889	17.143	3.2
La Tebaida	18.503	20.936	26.785	5
Montenegro	29.406	27.829	33.214	6.2
Pijao	7.790	6.216	6.964	1.3
Quimbaya	29.408	28.377	34.285	6.4
Salento	6.087	6.521	8.036	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>337.860</b>	<b>418.273</b>	<b>535.711</b>	<b>100</b>

Fuente: Censo DANE 1985 y 1993

Proyección I.S.S.Q. 1993

\*Población de Barcelona incluida en Calarcá

La densidad de población para el Quindío es de 1947 habitantes por km<sup>2</sup>, concentración mayor que en los departamentos vecinos (Caldas 106 hab/ km<sup>2</sup>, Risaralda 151 hab/ km<sup>2</sup>, Valle 128 hab /km<sup>2</sup>). Armenia su capital, concentra el 51.04 % de la población total del Departamento con una densidad de población de 1546 habitantes por km<sup>2</sup>, doce veces mayor de la densidad promedio en los otros municipios. Calarcá es la segunda población en importancia ; estos dos municipios concentran el 63.4% de la población del Departamento, y en los diez municipios restantes se concentra el 36.6 % de la población.

La densidad de la población rural para 1995 era de 39 habitantes por Km<sup>2</sup>, valor alto comparado con la densidad rural promedio del país que es de 8 hab por Km<sup>2</sup>; los municipios que registraban las mas altas densidades eran: Circasia 77 hab/Km<sup>2</sup>, Quimbaya 70.4 hab/ km<sup>2</sup> y Calarcá 67.5 hab/ km<sup>2</sup>.

Para el año de 1997 la población urbana es de 466.044 que representa el 87% del total de la población, y la rural es de 69.667 personas, equivalentes al 13% de la población.

**Tabla 4. Población Urbana y Rural Departamento del Quindío 1997.**

<b>ZONA</b>	<b>URBANA</b>	466.044	87%	236.923 Hombres	229.121 Mujeres
	<b>RUTAL</b>	69.667	13%	38.590 Hombres	31.077 Mujeres

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

En cuanto a la distribución por sexos, los hombres representan el 51.4% y las mujeres el 48.6%, destacándose que en estas últimas el 55.3% son mujeres en edad fértil.

**Tabla 5. Población por sexo y grupos de edad Departamento del Quindío 1997.**

<b>GRUPO DE POBLACION</b>	<b>POBLACION TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Menor de 1 año	14.438	6.489	7.949
1 a 4 años	37.144	19.737	17.407
5 a 9 años	54.215	27.567	26.648
10 a 14 años	56.628	28.781	27.847
15 a 19 años	51.264	25.964	25.300
20 a 24 años	49.436	25.214	24.222
25 a 29 años	49.233	25.145	24.088
30 a 34 años	45.365	23.761	22.624
35 a 39 años	40.138	20.645	19.493
40 a 44 años	31.662	16.286	15.376
45 a 49 años	24.060	12.497	11.563
50 a 54 años	20.838	10.928	9.910
55 a 59 años	16.502	8.750	7.752
60 a 64 años	15.642	8.296	7.346
65 a 69 años	10.651	5.793	4.858
70 a 74 años	7.980	4.439	3.542
75 y más	9.495	5.221	4.273
<b>TOTAL</b>	<b>535.711</b>	<b>275.513</b>	<b>260.198</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>100</b>	<b>51.4</b>	<b>48.6</b>

Fuente: INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 6. Grupo materno infantil Departamento del Quindío 1997.**

	MUJERES EN EDAD FERTIL	143.936	55.3%*
	MUJERES EN UNION	107.170	41.1%*
<b>GRUPO</b>	OBSTETRICAS	14.761	5.7%*
<b>MATERNO</b>	U.P.F.	80.802	31%*
	NACIDOS VIVOS	13.236	

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

\* DEL TOTAL DE MUJERES EN LA POBLACION.

**1.1.3.2 Dinámica de la población.** La tasa de crecimiento de la población fluctuó constantemente con tasas de 2,3% en la década del 50, bajó a 0,6% en la década del 60, y a un 1,3% durante el período intercensal 1973 a 1985, época caracterizada por descenso en la tasa de mortalidad infantil y materna, y alta mortalidad por violencia que ha seguido aumentando hasta nuestros días.

Durante el lapso 1973 y 1985 todas las cabeceras municipales registraron tasas de crecimiento positivas, notándose una urbanización alta principalmente en Armenia, Calarcá, Quimbaya, Salento y Filandia.

Para el período 1985 - 1995 el crecimiento de la población se estima 0.43% (no hay dato oficial). Caracterizado por tasa de natalidad estable, tasa de fecundidad con leve descenso, tasas de mortalidad infantil y materna relativamente bajas pero estables, resaltando que la tasa de mortalidad global tiene un ligero aumento causada por violencia, y enfermedades del corazón e hipertensivas.

Para 1985 la población urbana era de 81% y rural del 19% , para el período 1985 - 1993 según datos no oficiales la población urbana es del 86,9 % y rural de 13.1 %, siguiendo un patrón de aumento de la urbanización principalmente de Armenia y Calarcá. Para el año de 1997 la población urbana es de 466.044 que representa el 87% del total de la población, y la rural es de 69.667 personas, equivalentes al 13% de la población (Sección de Información del Instituto Seccional de Salud del Quindío).

Analizadas la Tasa de Natalidad y Fecundidad general para el Departamento en el período comprendido de 1990 a 1995, se encontró en ambos indicadores un aumento en el año de 1990, con Tasa de Natalidad de 26.5 por 1000 N.V. y de Fecundidad de 94 por 1000 M.E.F.. El comportamiento en los últimos tres años ha sido estable, con tasas de 25 por 1000 N.V. y de 85 por 1000 M.E.F. respectivamente. La Tasa de mortalidad Ha permanecido estable en los últimos años, con Tasas de Mortalidad de 60 por 10000 habitantes.

**Tabla 7. Tasa de natalidad Departamento del Quindío 1990 - 1995 (Por 1000 N.V.)**

<b>AÑO</b>	<b>TASA POR 1000 N.V.</b>
1990	26.5
1991	25

1992	24.5
1993	24
1994	25
1995	25

Fuente : I.S.S.Q

**Tabla 8. Tasa de fecundidad general Departamento del Quindío 1990 - 1995 (Tasa por 1000 m.e.f.)**

<b>AÑO</b>	<b>TASA POR 1000 MEF</b>
1990	94
1991	88
1992	91
1993	88
1994	85
1995	85

Fuente : I.S.S.Q

**Tabla 9. Tasa de mortalidad general Departamento del Quindío 1990 - 1995 (tasa por 10000 habitantes).**

<b>AÑO</b>	<b>TASA POR 10000 HAB.</b>
1990	59
1991	62
1992	62
1993	65
1994	67
1995	65

Fuente : I.S.S.Q

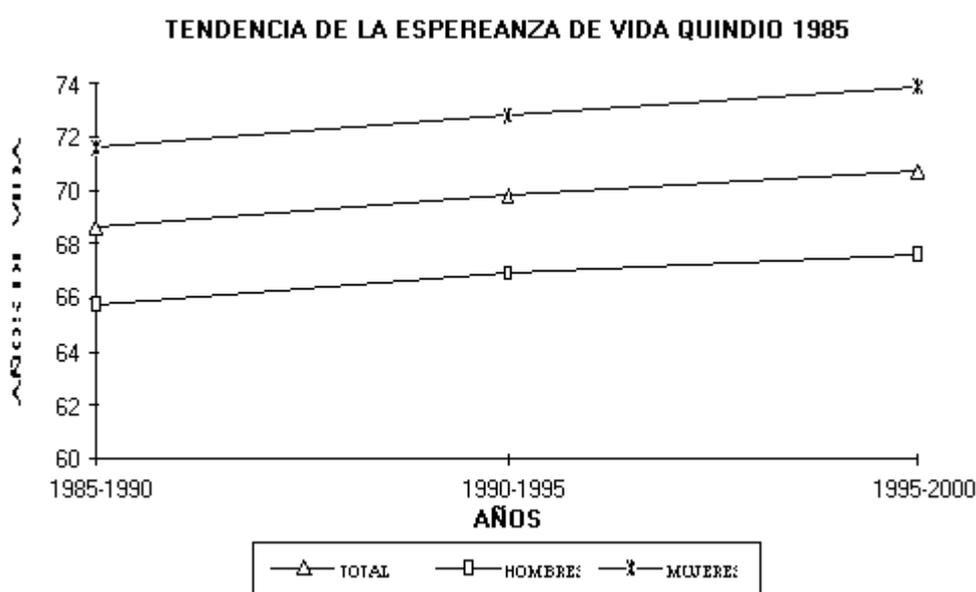
La pirámide poblacional muestra que la población del Quindío en 1985 era esencialmente joven, representada por una pirámide de tipo progresivo, ésta situación se viene modificando a través de los últimos censos. El grupo de 0 a 10 años se ha ido estrechando, el de 10 a 14 años es estable como reflejo de la situación de las décadas anteriores, y ampliándose en los demás grupos principalmente el de 45 a 64 años; para la pirámide de 1993 se nota una igualdad de los grupos de 0 a 45 años, para 1997 esta igualdad se observa en los grupos de 1 a 39 años.

La tendencia de la pirámide poblacional es a adquirir la forma de población estable, explicado éste comportamiento por una mejor calidad de vida, la tasa de natalidad y fecundidad estables con tendencia a la disminución y aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer.

Los municipios con menores porcentaje de población joven son : Armenia 30.4%, Buenavista 32.6%, y Calarcá 32.7%, siendo los municipios con el mayor porcentaje de población potencialmente productiva así: 65.5%, 64.4 % y 63 % respectivamente.

En las cabeceras municipales el porcentaje de población joven es más bajo que en la zona rural y con mayor porcentaje de población anciana.

La esperanza de vida estimada para el período 1985 a 1990 es de 68.6 años, para el período 1990 a 1995 se estimaba en 69 años y se espera un aumento de 70.7 para el período de 1995 al 2000, siendo éste indicador una expresión de un mejor desarrollo integral de la región.



Fuente: DANE

**1.1.3.3 Población con necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.).** La población con necesidades básicas insatisfechas - NBI - para el Quindío según estimaciones del DANE para 1985 correspondió a 30.7% de población pobre, 9.1% de población en miseria. Estos indicadores son inferiores al promedio nacional estimado en 45.6% y 22.5% respectivamente. Los municipios más críticos en su orden son Pijao con 45.1 %, Córdoba 44.2 %, Montenegro 42.5 %, Filandia 42.0 % , siendo el grupo de municipios que más se acercan al promedio nacional. Al analizar el porcentaje de personas con NBI en relación con el total departamental, Armenia tiene el 38.74 % , seguido por Calarcá 13.47 % , Montenegro 10.88 % y Quimbaya con 9.90 % , relación acorde con el porcentaje de la población total. Estas zonas son las más pobladas del Departamento.

**Tabla 10. Personas estimadas con necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.) de acuerdo a su población y a la del Departamento según Municipios 1985 - 1995**

MUNICIPIOS	1985				1995	
	Personas con NBI vrs població mup. %	Pers. Con NBI vrs població depto. %	Total personasmunicp.	Persona con NBI	Total persona municp.*	Personas con NBI
Armenia	24.2	38.74	183.510	44.368	231.789	56.093
Buenavista	26.1	0.75	3.267	854	3.842	1.003
Calarcá	29.7	13.47	51.925	15.427	+ 49.462	14.690
Circasia	36.2	5.68	17.970	6.501	15.333	5.550
Córdoba	44.2	1.95	5.042	2.229	6.105	2.698
Filandia	42.0	3.94	10.747	4.518	8.974	3.769
Génova	32.9	2.8	9.771	3.211	12.889	4.240
La Tebaida	41.3	6.64	18.398	7.603	20.936	8.647
Montenegro	42.5	10.88	29.323	12.460	27.829	11.827
Pijao	45.1	3.05	7.760	3.497	6.216	2.803
Quimbaya	38.7	9.9	29.331	11.338	28.377	10.981
Salento	4.9	2.21	6.044	2.533	6.521	319
<b>TOTAL</b>	-	100.0	373.088	114.539	418.273	122.620
<b>Promedio</b>	36.23	-	-	-	-	

Fuente DANE 1985 y 1993 y Proyecciones I.S.S.Q.

\* Población estimada (I.S.SQ).

+ Incluye Barcelona

#### 1.1.4 Determinantes Económicos

**1.1.4.1 Estructura económica.** El Departamento posee un economía dependiente del mercado externo, con una vocación agrícola y baja en participación industrial, con una producción que no responde ni satisface las necesidades de sus pobladores; la producción agrícola es casi exclusiva de café, obligando a la importación de artículos de consumo cotidiano.

La estructura económica del departamento muestra una mayor participación del sector primario (agropecuarias y mineras), con baja participación del sector secundario (generación de productos) y con una mediana participación del sector terciario (actividades del comercio, banca y servicios básicos).

El producto interno bruto (PIB) del Departamento muestra una tendencia a la disminución en relación con la participación nacional, y es reflejo de la crisis económica cafetera, por ser ésta su actividad principal, siendo más notoria si se compara con los departamentos vecinos como Risaralda y Caldas que comparten características semejantes.

#### **PARTICIPACION DE LOS DEPARTAMENTOS DEL EJE CAFETERO EN EL PIB NACIONAL**

**1985 - 1995**

<b>AÑOS</b>	<b>QUINDIO</b>	<b>RISARALDA</b>	<b>CALDAS</b>
1985	2.20%	2.17%	2.22%
1990	1.65%	2.35%	2.42%
1995	1.57%	2.42%	2.20%

**Fuente : I.S.S.Q.**

La evolución de la estructura económica del Departamento en los últimos 20 años se resume en:

- La agricultura que ha venido disminuyendo en forma gradual
- Crecimiento relativo del comercio y la banca
- Incremento de la manufactura y la construcción.
- En los últimos años han venido cobrando importancia las actividades piscícolas , maderera y el turismo.

Las causas posibles del estancamiento económico del Departamento se pueden atribuir :

- A la no existencia de un concepto de desarrollo económico coherente y orientado.
- A la falta de una promoción adecuada como política empresarial de atracción de capitales e inversiones.
- A la deficiente capacitación profesional que incentivo la formación de empresa privada.
- A la no existencia de una verdadera articulación entre el sector productivo, educativo y gubernamental.

La actual crisis cafetera y el no poseer una estructura económica diversificada, ha producido un serio impacto en el empleo y en la satisfacción de las necesidades básicas de la población del Departamento; agregando a lo anterior la existencia de una gran proporción de minifundios con fincas de menos de 10 hectáreas.

En cuanto al uso de la tierra al hacer un análisis sectorial del Departamento vemos que de 196.183 hectáreas el 39% tienen cultivos permanentes expresados en un 90% en café y un 10% en otros productos; el 29% corresponde a siembra de pastos; el 28% a bosques y 4% en las regiones de páramo y tierras improductivas. Las zonas noroccidental conformada por Armenia, Calarcá, Montenegro y Quimbaya tienen los mejores suelos por factores fisiográficos, hidrológicos y económicos, además muestran mayor desarrollo agropecuario e industrial.

La zona sur conformada por Pijao, Génova, Buenavista y Córdoba produce principalmente café, siendo zonas con menor desarrollo y más dependientes. La zona noroccidental donde se ubica Salento depende en un 68 % de la producción de café, papa y ganadería.

Es importante el análisis del perfil de empleo en el Departamento por cuanto la inexistencia de éste se constituye en un factor de riesgo asociado con problemas de salud en la Población Quindiana, como también el insuficiente ingreso económico que no permite satisfacer sus necesidades básicas.

Según datos no publicados del Censo DANE 1993, el 49.1% de la población es económicamente activa, 19.2.% son estudiantes, 27.5% realizan oficios del hogar, el 1.3% son jubilados y pensionados y el 4.7% se encuentran en otra situación. La tasa de desempleo se estima en 9.76% (1995).

**1.1.4.2. Desempleo.** La tasa de desempleo urbana para 1995 fue de 11.64% y rural 2.14% , para un total de 9.76% El censo revela una desruralización del Departamento, por un marcado desplazamiento a la zona urbana en busca de nuevas alternativas y posibilidades de mejores servicios, pero lo curioso es que el trabajador sigue laborando en el campo. El ingreso familiar ha disminuido su capacidad adquisitiva y el rol de proveedor económico del hombre ha perdido su status, viéndose que la mujer participa activamente en el ingreso familiar, generándose el problema de doble jornada con sus consecuencias en la dinámica familiar.

**1.1.4.3. Condiciones de vida.** Entendida las condiciones de vida como la capacidad que tiene una población para satisfacer sus necesidades, caracterizadas por la vivienda, suministro de agua potable y alcantarillado, la educación, el empleo, los salarios, la disponibilidad alimentaria y la accesibilidad a los servicios de salud, describiremos cada una de ellas para el Departamento del Quindío.

**1.1.4.4. Vivienda.** Es una necesidad básica de los seres humanos que influye en su bienestar, en Colombia hay altos índices de marginalidad habitacional, y para el Quindío según censo DANE 1993, el 17.7% de las viviendas son de bahareque, 1.7% de madera burda, 1.9% guadua y en otro vegetal, 0.1% de zinc y materiales de desecho.

Otro factor de riesgo en la vivienda es su localización en zona de deslizamientos e inundaciones, para el Quindío estos riesgos se presentan en Pijao y Génova. Para 1985 se calculaban 82.100 viviendas, de las cuales el 83% se localizan en las cabeceras municipales, especialmente Armenia, Calarcá y Quimbaya que equivalen a 2/3 partes de la viviendas del Departamento.

Para 1993, el censo mostró 83.756 viviendas, para un total de 91.519 hogares, de los cuales el 7.1% estaban constituidas por una sola persona, el 13.3% por dos personas, el 20% por tres personas, el 22.4% por cuatro personas, el 15.9% por cinco personas, el 21.5% por seis personas (consideradas hacinadas).

En cuanto a prestación de servicios, puede considerarse que las viviendas quindianas se encuentran bien servidas, es así como el 98.6% cuentan con energía eléctrica, 94.3% con acueducto, el 98% tienen alcantarillado, la mayor proporción de viviendas sin servicios se encuentra en el área rural.

**1.1.4.5 Educación.** La educación es un factor determinante que se relaciona con el grado de bienestar de la comunidad, principalmente con la salud. Según el censo 1993, el porcentaje de personas alfabetas es de 88.2% y analfabetas es de 11.8%.

La población de cinco años y más según nivel educativo, se encuentra distribuida así: - 7.3% ningún nivel - 49% han cursado primaria - 36.3% han cursado secundaria - 13.4% han cursado educación superior.

El Departamento del Quindío presenta las tasas más bajas de analfabetismo del país, sin embargo se encuentran actitudes y prácticas inadecuadas en salud que ameritan un estudio para orientar acciones educativas eficaces.

Según datos DANE 1993 el porcentaje de asistencia escolar de niños de 5 años es del 29%, dando un alto índice de niños sin asistencia escolar (71%).

El Departamento cuenta con la Universidad del Quindío (oficial), Universidad La Gran Colombia y Universidad Antonio Nariño (ambas privadas), de las cuales egresan más o menos un estudiante por 900 habitantes anualmente.

**1.1.4.6 Factores ambientales.** Para lograr un cambio radical en la calidad de vida es necesario actuar sobre los factores ambientales, entendiéndose que son todos aquellos factores que se encuentran en el ambiente que van a intervenir en la salud de una población favorable o desfavorablemente.

Entre los factores de riesgos ambientales tenemos:

- Aguas contaminadas
- Inadecuada disposición de excretas
- Basuras a cielo abierto o depositándolas en fuentes de agua
- Contaminación del aire
- Mala fabricación, manipulación y expendio de alimentos
- Manejo inadecuado de plaguicidas
- Malas condiciones laborales en las empresas, sin programas de salud ocupacional
- Presencia de enfermedades zoonóticas
- Infestación por artrópodos y roedores
- Limitadas coberturas de saneamiento básico.

Existen 10.412 establecimientos especiales en el Departamento, de los cuales en la zona urbana hay 9.500 y aproximadamente el 90% tiene buenas condiciones higiénico-sanitarias y en la zona rural el 80% de los existentes, cumplen para su funcionamiento con los requisitos indispensables. Se debe establecer requerimientos, investigaciones y medidas de control para mejorar la calidad y la infraestructura del 100% de los establecimientos.

El uso indiscriminado de los plaguicidas y la carencia de un sistema de vigilancia epidemiológica sistemático, deben considerarse problemas de inmediata solución ; se conoce sobre el uso irracional de dichas sustancias,

además de un manejo inadecuado de las mismas, a lo cual se agrega una falta de protección por los aplicadores.

Se considera el problema de plaguicidas y su impacto sobre la salud subregistrado y subvalorada su importancia a nivel Departamental. El problema tiene serias repercusiones a nivel de salud ocupacional y no deben olvidarse los efectos teratogénicos y cancerígenos de tales tóxicos, además del impacto ambiental.

El abastecimiento de agua potable para las actividades domésticas, agrícolas e industriales se realizan mediante acueductos tomados de río, quebrada y/o pozos, transportado hasta una planta de tratamiento o tanque de suministro.

**1.1.4.7 Servicios públicos.** El censo DANE 1985 reportaba que el 94% de las viviendas del Departamento contaba con agua potable, cifra superior al promedio nacional (70%), incluso el 73% de las viviendas del sector rural tienen acceso al servicio mientras, que para el nivel nacional este porcentaje alcanzaba solo el 22%. Para 1995 se estiman las coberturas de agua potable para el departamento del Quindío de 83%, correspondiendo al nivel urbano el 93 % y al rural el 27%.

La mayoría de los sistemas componentes de acueductos municipales son aceptables, excepto Circasia, Córdoba, La Tebaida y Pijao, donde hay problemas de redes de conducción distribución .

En el área rural, hay un cubrimiento del 73% de las veredas, pero sin ningún tratamiento, especialmente en Pijao, Córdoba, Calarcá y Salento.

El Departamento del Quindío cuenta con una buena infraestructura de servicios públicos, acueducto y alcantarillado, observándose un cubrimiento por encima del 70% en la zona urbana, contando además esta zona con potabilización de las aguas que se suministra a las comunidades exceptuando el municipio de Pijao.

En la zona rural se observa en acueducto coberturas mayores de 70% exceptuando los municipios de Córdoba (22%), Génova (11%) y Salento (26%); en cuanto al tratamiento de las aguas para consumo de éste es insuficiente. Existen problemas de abastecimiento de agua en la zona rural de Circasia y Armenia.

Es importante anotar que los sistemas de alcantarillados no son solución definitiva, se deben construir las plantas de tratamiento para descontaminar las aguas residuales municipales ya que donde descargan los alcantarillados son zona de riesgo ambientales por altos niveles de contaminación.

El río más contaminado del Departamento es el Río Espejo, cuya polución proviene en un 60% de los desechos domésticos de Armenia, Montenegro y Circasia.

**1.1.4.8. Alimentación y nutrición.** Según estudio realizado por el Instituto Agustín Codazzi en el año 1987, la población quindiana tiene hábitos alimentarios inadecuados, con énfasis en consumo de tubérculos, papa y azúcares con bajo consumo de lácteos, frutas, hortalizas y verduras, ésta característica está posiblemente explicada por la producción agropecuaria, ya que generalmente el Departamento no se autoabastece por la falta de diversificación, esto se hace mas notorio en los municipios de alta montañas.

En relación a la manipulación de alimentos no existen estudios concluyentes sobre la calidad en las ventas callejeras, aunque se cuenta con un programa de capacitación a los vendedores ambulantes.

El Instituto Seccional de Salud del Quindío cuenta con una programación Departamental de análisis de leches crudas y pasteurizadas, panelas y análisis de sal para la detección de Iodo y Flúor (esta última actividad la realiza el Laboratorio Bromatológico siendo además de referencia para los Departamentos de Risaralda, Caldas y Tolima).

En el Departamento del Quindío actualmente se encuentran funcionando once (11) mataderos en igual número de municipios; los de Armenia y Calarcá dependen de las Empresas Públicas y en los demás municipios, dependen de las correspondientes administraciones municipales; todos están funcionando sin Licencia Sanitaria y en su totalidad adolecen de fallas en el aspecto higiénico y sanitario, bien sea por deficiencias en los procesos de faenado o por la calidad del servicio de transporte de carnes hasta los lugares de expendio; dicha situación se presenta a pesar de las mejoras tanto locativas como de proceso que se han realizado en los últimos años en algunos mataderos como Armenia, Calarcá, Montenegro y Córdoba. La situación arriba descrita se hace más preocupante si se tiene en cuenta que todos los mataderos eliminan residuos líquidos y sólidos a cuerpos de aguas que los circundan.

Según el diagnóstico anterior los principales factores de riesgo ambientales y de consumo detectados son:

- Deficiente estado higiénico sanitario de los diferentes sujetos de atención (establecimientos)
- Falta de desarrollo tecnológico en los hatos lecheros
- Inexistencia de sistemas adecuados para disposición final de los residuos sólidos (basuras)
- La no potabilización de las aguas de consumo rurales
- La no aplicación de las normas sobre calidad de aire en el Departamento
- Falta de sistemas de vigilancia epidemiológica integrales para los problemas de salud relacionados con factores de riesgo ambientales, zoonóticos y de consumo.

**1.1.4.9 Estilos de vida.** Las condiciones de vida de una población determinan el grado de bienestar y para medirlo el Instituto SER en 1988 definió un índice de calidad de vida que puede darnos una visión general del departamento. Los

índices se construyeron mostrando la variabilidad espacial que incluye áreas de bajo, medio, alto y muy alto nivel de calidad de vida.

Para el Departamento del Quindío se han caracterizado cuatro regiones de bienestar :

- El municipio de Armenia presenta el mejor índice de calidad de vida (muy alto), posiblemente por ser la unidad urbano regional y administrativa principal del Quindío, posee los servicios públicos, culturales, comerciales y financieros más especializados del Departamento, pero no toda la población goza de éstos beneficios ya que el 24.9 % de la población es pobre y el 9.1% está en miseria.
- Los municipios de Calarcá, Montenegro, Quimbaya, Circasia y La Tebaida presentan un nivel de vida alto, ya que son centros secundarios dentro del contexto Departamental, con servicios públicos, comerciales y bancarios adecuados, además su producción cafetera que genero desarrollo gracias a el apoyo que ha brindado la Federación de Cafeteros, y a los programas de la administración pública.
- Las áreas municipales con regular desarrollo de la calidad de vida como son Filandia, Salento, Pijao, Córdoba y Génova se caracterizan por estar situados en la zonas montañosas del Departamento, con condiciones climáticas no aptas para el cultivo del café, por tanto el uso principal del suelo tiende a ser pastos y bosque, el 93 % de Salento y el 80 % de Pijao se ocupan por éstas dos actividades, también se caracterizan por una distribución de la tierra en minifundios, lo que genera disminución del ingreso familiar y escaso autoabastecimiento.
- El municipio de Buenavista es el único que presenta un bajo nivel de calidad de vida, con predominio del propietario ausentista, con iguales características que los del grupo del nivel medio.

Se sospecha que estas características no han variado , dado que la crisis de la economía cafetera no ha permitido un desarrollo muy acelerado de la región, sin embargo según datos no oficiales del censo 1993 muestran que las condiciones de vida del Departamento mejoraron comparativamente con el año 1985, por ejemplo se reporta un 98,6% de viviendas con suministro de energía eléctrica, 94.3% con acueducto, 88 % con alcantarillado, con viviendas en un 79,3 % de bloque y ladrillo, 17 % de bahareque, solo un 1,0 % de madera, 1,9 % de guadua y otro vegetal ,y 0,1 % de zinc y material de desechos.

**1.1.4.10 Criminalidad y violencia.** La violencia en el Departamento es una de las manifestaciones de la descomposición social actual, su tendencia es al incremento, no vislumbrándose alternativas de solución.

El índice de delincuencia del Departamento del Quindío es proporcionalmente, de acuerdo al número de habitantes, el más elevado de la Nación ; incluso superando al Departamento de Antioquía que para 1990 afrontaba una de las mas cruentas guerras contra el narcotráfico.

Específicamente en lo relacionado a homicidios es importante resaltar el incremento progresivo durante los últimos años (18.41 %), especialmente en Armenia, Montenegro y Pijao.

## **1.2 SITUACION DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 1996**

### **1.2.1. Perfil Epidemiológico**

La salud de los habitantes es factor determinante para el bienestar de la población y el desarrollo económico del Departamento. El estado de salud de la comunidad debe conceptualizarse integralmente, ya que es resultante de la interacción de múltiples factores : biológico, medioambiental, laboral, social y cultural entre otros, razón por la cual todas las acciones tendientes a elevar la calidad de vida de la población repercutirán sobre un mejor nivel de salud de la misma.

Los indicadores del estado de salud en el nivel Departamental expresan un perfil epidemiológico en transición de enfermedades infecciosas a patologías crónicas, donde se presentan causas de enfermedad y muerte asociadas con el incremento poblacional, desarrollo urbanístico, migración del campo a la ciudad y tránsito de población flotante en épocas de cosecha, como también con la situación de pobreza y con el deterioro cada vez mas notorio de las condiciones higiénico - sanitarias de la comunidad.

### **1.2.2. Primeras causas de morbilidad y mortalidad**

Analizada la información obtenida de la Sección de Información y Estadística del Instituto Seccional de Salud del Quindío , se encontró para todas las edades como primeras causas de mortalidad : complicaciones relacionadas principalmente en el embarazo, en segundo la infecciones respiratorias agudas y tercero enfermedades del corazón y circulación pulmonar.

**Tabla 11. Morbilidad Departamento del Quindío 1996.**

Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo
Infecciones respiratorias agudas
Otras enfermedades del corazón y circulación pulmonar
Laceraciones, heridas de los vasos sanguíneos
Enfermedad hipertensiva
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo
Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén
Otras enfermedades de los órganos genitales
Enteritis y otras enfermedades diarreicas
Otras enfermedades del aparato urinario

Fuente : I.S.S.Q.

Para la Mortalidad las primeras causas halladas fueron : los homicidios, el infarto agudo del miocardio y las enfermedades vasculares.

**Tabla 12. Mortalidad Departamento del Quindío 1996.**

Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente
Infarto agudo del miocardio
Enfermedades cerebro vasculares
Enfermedad hipertensiva
Tumor maligno del estómago
Tumor maligno de otras localizaciones y los no especificados
Otras formas de enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar
Diabetes Mellitus
Otras enfermedades del aparato respiratorio
Tumor maligno de Próstata

Fuente : I.S.S.Q.

### **1. Primeras causas de morbi - mortalidad por grupos de edad**

Haciendo una revisión de las primeras causas de Morbilidad dentro del grupo de las Mujeres en edad fértil, se encontró como primeras causas de consulta las relacionadas principalmente con el embarazo y el puerperio, enfermedades de los órganos genitales, la enfermedad hipertensiva y las infecciones respiratorias agudas.

Para la Mortalidad las primeras causas comprenden : homicidios, enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar, enfermedades del aparato digestivo, enfermedad hipertensiva y los tumores malignos del útero.

La morbilidad obstétrica está dada por las complicaciones relacionadas con el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio y la mortalidad por la embolia pulmonar obstétrica, la hipertensión arterial que complica el embarazo, parto y puerperio, el aborto, la hemorragia por placenta previa, hemorragia anteparto, abrupto placenta, sepsis puerperal importante.

Para el grupo de edad hasta los 5 años la Morbilidad está dada por las infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y las enfermedades de la piel y el tejido celular subcutánea.

Las primeras causas de mortalidad dentro de este grupo poblacional son : las afecciones anóxicas o hipóxicas del feto y del recién nacido, anomalías congénitas del corazón, neumonías, meningitis y la accidentabilidad.

Para el grupo de 5 a 14 años las causas primeras de morbilidad son : infecciones respiratorias agudas, enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén y situaciones originadas de trauma o accidentes como fracturas de extremidades o traumas endocraneanos. Dentro de las causas de mortalidad se encontraron :

los accidentes y causas violentas, Diabetes Mellitus, Leucemia, enfermedades del aparato digestivo y otras enfermedades del sistema nervioso.

La morbilidad para el grupo de población con edades entre los 15 a 44 años se encontró determinada por : trauma, enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén, complicaciones relacionadas con el embarazo, enfermedad hipertensiva, enfermedad diarreica aguda y trastornos neuróticos. Las primeras causas de mortalidad está asociada con accidentes y violencia, infarto agudo del miocardio y patología endocrina. Dentro de las mujeres de esta edad se encontró como importante causa de mortalidad la Septicemia secundaria a Aborto o Infección puerperal.

Para el grupo poblacional comprendido entre los 45 y 59 años, la enfermedad hipertensiva es causa principal de morbilidad, como también lo son : las patologías digestivas y ginecológicas que terminan en cirugía, la enfermedad cerebro - vascular, el trauma y el tumor de cuello uterino. Son primeras causas de mortalidad en este grupo : el homicidio, los accidentes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de estómago para los hombres, y en las mujeres fuera de las causas enunciadas, se encontró además como causa principal de muerte los tumores malignos de mama y cuello uterino.

Para las personas de 60 y más años las primeras causas de morbilidad encontradas fueron : enfermedad cardiovascular, enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular, enfermedades del sistema osteomuscular , enfermedades crónicas del aparato respiratorio, la Hipertrofia prostática, Cataratas, trauma y Diabetes Mellitus. Las causas primeras de mortalidad encontradas fueron entre otras : las enfermedades cardiovasculares, la Diabetes Mellitus, las neumonías y la violencia.

#### **1.2.4 Patologías que ameritan especial atención en el Departamento**

**1.2.4.1 Enfermedades cardiovasculares.** El promedio de casos de hipertensión esencial reportados anualmente como nuevos (1977 - 1995) corresponde a 3863, sin embargo se considera que estas cifras no reflejan la real magnitud del problema debido a la existencia del subregistro. Las patologías cardiovasculares y sus complicaciones se consideran un problema de salud pública a nivel del Departamento del Quindío que amerita prioritaria atención. Se ha calculado que a estas patologías se les atribuye el 25% de las muertes en los adultos y que son causa de defunción, principalmente por infarto agudo de miocardio en adultos jóvenes.

**1.2.4.2 Tumores malignos.** La incidencia anual de muertes por tumores malignos en el Departamento del Quindío desde 1988 hasta 1995 corresponde a 326 defunciones (promedio) con un peso relativo respecto a las demás causas de mortalidad del 13% (en promedio)

#### **1.2.4.3 Programa de detección y control del cáncer cervicouterino:**

En el Departamento del Quindío se ha venido realizando la toma de citologías cervicouterinas como principal actividad de vigilancia y control para detectar el

cáncer de cuello uterino, pretendiendo impactar sus compilaciones y la mortalidad por dicha causa; sin embargo debilidades relacionadas con la falta de planificación, una inadecuada proyección comunitaria, limitaciones en los recursos económicos, limitada capacidad en el nivel terciario de atención, problemas de vigilancia epidemiológica y de atención a la comunidad han determinado bajas coberturas en el programa.

Desde 1992 a través del programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino se vienen adelantando esfuerzos para aumentar significativamente la cobertura de toma de citologías, haciendo llegar este mensaje de salud a la mujer y mejorando la respuesta institucional, ofreciendo una buena oportunidad entre la detección y el diagnóstico, y entre este último y el inicio del tratamiento, además de fortalecer el seguimiento de estas pacientes.

**1.2.4.4 Mortalidad por Tumores malignos.** Se considera de vital importancia adelantar otros programas de prevención del cáncer en el Departamento, como el programa de detección precoz del cáncer de mama y el programa de control del tabaquismo, entre otros, ante la evidencia de que la mortalidad por tumores malignos es causa principal de muerte en la comunidad.

**Tabla 13. Mortalidad por tumores malignos Departamento del Quindío 1990 - 1995.**

TIPO DE TUMOR	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	No.	%										
Cavidad bucal - faringe	6	1.8	4	1.3					3	0.8	4	1.2
Esófago	11	3.2					4	1				
Estómago	75	22	66	20	98	27	105	27	81	21	91	26
Colon	7	2	2	0.6			6	1.5	12	3.3	6	1.7
Recto	10	3	18	5.6	12	3.3	13	3.3	11	2.8	12	3.5
Hígado	23	6.8	26	8.1	20	5.5	26	6.6	33	8.4	30	8.7
Vías biliares extrahep	15	4.4	7	2.2	14	3.9	3	0.8	14	3.6	6	1.7
Páncreas	14	4.2	9	2.8	14	3.9	15	3.8	15	3.8	14	4.1
Laringe	6	1.8	4	1.3	6	1.7	12	3.1	9	2.3	5	1.4
Tráquea, bronquios, Pulmones	47	14	53	16	42	12	53	13	44	11	47	14
Mama de mujer	12	3.5	7	2.2	12	3.3	9	2.3	15	3.8	11	3.2
Utero, cervix, ovario	42	12	30	9.3	42	12	47	12	46	12	28	8
Próstata	10	3	15	4.7	13	3.5	15	3.8	17	4.3	20	5.8
Vejiga	5	1.5	7	2.2	3	0.8	6	1.5	5	1.3		
Sitio no especificado	15	4.4	15	4.7	28	7.7	26	6.6	23	5.8	28	8.1
Tiroides	7	2										
Otros	34	10	17	5.3	39	11	24	6.1	26	6.6	18	5.2

Leucemia			14	4.4	10	2.8	11	2.8	14	3.6	12	3.5
Sistema osteomuscular			7	2.2					4	1		
Riñón y otros órganos urinarios.							7	1.8				
Piel							8	2				
Tejido conjuntivo y piel			6	1.9	6	1.7			7	1.8	9	2.6
Fosas nasales, oído medio, senos paranasales			5	1.6								
Encéfalo			4	1.3	3	0.8			12	3		
Otros sitios mal definidos			4	1.3	1	0.3	2	0.5	2	0.5	5	1.4
Total	339	100	320	100	363	100	392	100	393	100	346	100

Fuente : ISSQ.

**1.2.4.5. Enfermedades transmitidas por vectores.** La situación geoecológica del Departamento del Quindío, con un 75% de su territorio por debajo de los 1.500 m, condiciona que en ésta franja o donde reside alrededor del 80% de la población, exista riesgo de enfermar por malaria o dengue, no representando estas enfermedades un alto peso relativo dentro de la estructura de la morbimortalidad ; sin embargo es imprescindible mantener un adecuado sistema de vigilancia y control.

### 1.3 DIAGNOSTICO DE LA OFERTA

#### 1.3.1 Vinculación de la población al Sistema General de Seguridad Social.

A marzo 31 de 1997 la población se encontró vinculada al sistema de seguridad social así : al Régimen Vinculado el 46%, al Contributivo el 32% y un 13% al Régimen Subsidiado. El 9% restante de la población pertenecen a un Régimen especial que comprende a los Educadores del Departamento, al Ejército y Policía.

Tabla 14. Vinculación de la población al sistema general de seguridad social en salud departamento del Quindío 1997.

REGIMEN	AFILIADOS/BENEFICIARIOS	% DE VINCULACION
CONTRIBUTIVO	171.549	32
SUBSIDIADO	69.599	13
VINCULADO	246.565	46
*REGIMEN ESPECIAL	48.048	9
TOTAL POBLACION DEPTO.	535.711	100

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

\*REGIMEN ESPECIAL :

EDUCADORES : 3.400

POLICIA : 14.128

EJERCITO : 30.520

**1.3.2 Régimen Contributivo. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud -E.P.S.-.** Un 75.4% de las personas vinculadas al Régimen Contributivo están afiliadas al I.S.S. Seccional Quindío. Existe un promedio de 2.38 beneficiario por afiliado, pero en E.P.S. como CAJANAL Seccional Quindío, Bonsalud y Colmena la proporción de afiliado / beneficiario es de 1 a 1 , debido a que sus usuarios ya son personas Pensionadas o con núcleo familiar independiente y con un régimen de afiliación diferente al de la cabeza de familia.

**Tabla 15. Régimen contributivo entidades prestadoras de salud Departamento del Quindío. 1997.**

E.P.S.	NRO.AFILIADO	*NRO.BENEFICIAR	TOTAL	%
COOMEVA S.A.	845	1315	2235	1.3
CAJANAL SECC.QDIO	3199	3962	7161	4.2
UNIMEC S.A.	2256	3219	5475	3.2
BONSALUD S.A.	1608	1617	3225	1.9
COLSEGUROS	201	392	593	0.3
CAFESALUD	1410	2690	4100	2.3
CAPRECOM	1028	1472	2500	1.5
SALUDCOOP	3060	5140	8200	4.8
SANITAS	526	674	1200	0.7
I.S.S. QUINDIO	32768	96568	129336	75.4
SALUD COLMENA	3379	3321	6700	3.9
HUMANA VIVIR S.A.	298	526	824	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>50653</b>	<b>120896</b>	<b>171549</b>	<b>100</b>

\*Existe un promedio de 2.38 beneficiarios por cada afiliado.

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.3.3. Régimen subsidiado - Distribución de Afiliados por A.R.S. .** En estos momentos el Departamento tiene un total de 69599 afiliados al Régimen Subsidiado a través de las A.R.S., de los cuales el 32.2% son atendidos por la E.P.S. Risaralda, el 12.7% por UNIMEC. El 39.2% del total de afiliados a este Régimen viven en la Ciudad de Armenia, el 12.6% en Calarcá.

**Tabla 16. Régimen subsidiado de seguridad social distribución de afiliados por A.R.S. Departamento del Quindío 1997.**

MCIP O	AME SS	CAFES ALU	CAPREC OM	COMC AJA	COMFENA LCO	E.P. S RD A.	SALU D- COO P	UN I- ME C	ESS Q/BA YA	TOT A	% MCIP IO
-----------	-----------	--------------	--------------	-------------	----------------	-----------------------	------------------------	---------------------	-------------------	----------	-----------------

ARME NIA	5971	1557	2611	0	4000	762 2	2186	34 01	0	27.3 48	39.2
B/VIST A	0	295	0	15	0	792	0	22 4	0	1326	1.9
CALAR CA	0	960	823	0	412	455 6	638	90 5	0	8294	12
CIRCA SIA	0	539	0	613	629	111 7	0	95 4	0	3852	5.5
CORD OB	0	296	0	723	0	681	0	47 0	0	2170	3.2
FILAN DIA	0	446	582	322	0	104 6	0	52 7	0	2923	4.2
GENO VA	0	555	0	1076	0	104 6	0	20 0	0	2877	4.1
LA TEBAI DA	0	774	737	348	389	171 4	0	54 8	0	4510	6.5
M/NEG R	0	452	908	551	296	255 8	0	11 54	0	5919	8.5
PIJAO	0	674	0	593	0	927	0	14 5	0	2339	3.4
Q/BAY A	0	0	0	0	0	0	0	0	5913	5913	8.5
SALEN TO	0	670	0	219	515	380	0	34 4	0	2128	3.0
TOTAL	<b>5971</b>	<b>7218</b>	<b>5661</b>	<b>4460</b>	<b>6241</b>	<b>224 39</b>	<b>2824</b>	<b>88 72</b>	<b>5913</b>	<b>6959 9</b>	
% POR ENTID AD	<b>8.6</b>	<b>10.4</b>	<b>8.1</b>	<b>6.4</b>	<b>9</b>	<b>12.2</b>	<b>4.1</b>	<b>12. 7</b>	<b>8.5</b>		

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.3.4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Para la prestación de servicios de Salud existen en el Departamento tres niveles de atención determinados por la complejidad de cada una de las Instituciones de Salud.

**1.3.4.1. Primer Nivel de Atención.** Hay 11 puestos de Salud ubicadas en el área rural del Departamento, de los cuales 7 prestan sólo Consulta Externa Médica y los otros 4 tienen además servicios de Odontología ; servicios que son prestados por los profesionales de las Unidades locales del respectivo Municipio.

**PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**Tabla 17. Puestos de Salud (Rurales).**

<b>NOMBRE I.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS.SERVICIO</b>
<b>BARRAGAN</b>	PIJAO	C.EXT.MEDICA	8
<b>LA NUBIA</b>	SALENTO	C.EXT.MEDICA	8
<b>LA CRISTALINA</b>	CIRCASIA	C.EXT.MEDICA	8
<b>VILLARAZO</b>	CIRCASIA	C.EXT.MEDICA	8
<b>LA INDIA</b>	FILANDIA	C.EXT.MEDICA	8
<b>EL CAIMO</b>	ARMENIA	C.EXT.MEDICA Y ODONT.	8
<b>QUEBRADANEGRA</b>	CALARCA	C.EXT.MEDICA Y ODONT.	8
<b>LA VIRGINIA</b>	CALARCA	C.EXT.MEDICA Y ODONT.	8
<b>LA CAUCHERA</b>	FILANDIA	C.EXT.MEDICA	8
<b>PUEBLO TAPAO</b>	MONTENEGR	C.EXT.MEDICA Y ODONT.	8
<b>EL LAUREL</b>	QUIMBAYA	C.EXT.MEDICA	8

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío

Se cuenta con 14 Centros de Salud ubicados en un 78% en Armenia ; en 12 Centros de Salud se dan servicios de consulta externa Médica y Odontológico y se realizan Programas en Salud dirigidos a la comunidad. En la Unidad Intermedia del Sur de Armenia - U.I.S. - y en Centro de Salud Hospital de Barcelona se cuenta además con los servicios de laboratorio clínico, urgencias y observación.

**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
1997**

**PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**Tabla 18. Centros de Salud.**

<b>NOMBRE I.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS.SERVICIO</b>
<b>PILOTO URIBE URIBE</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODONT. PROG.	8
<b>EL PARAISO</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>SANTANDER</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>MIRAFLORES</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>U.I.S.</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.LAB.CL.URG.OBSERV	24
<b>LA MILAGROSA</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>ALFONSO CORREA G.</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>SANTA RITA</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>LA NVA.LIBERTAD</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>LOS QUINDOS</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>LA CLARITA</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODNT. PROG.	8
<b>BARCELONA</b>	BARCELONA	C.EXT.MD Y ODNT.	24

	- CALARCA	PROG.LAB.CL.URG.HOSP.	
<b>BALCONES</b>	CALARCA	C.EXT.MD Y ODONT. PROG.	8
<b>EL CORTIJO</b>	UNQUIINDIO-CALARCA	C.EXT.MEDICA GENERAL	8

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

En cada uno de los Municipios del Departamento, a excepción de Armenia y Calarcá, existe un Hospital o Unidad Local de Nivel I de Atención, con servicios a la comunidad de consulta externa médica y odontológica, laboratorio clínico, servicio de urgencias y de observación las 24 horas del día , hospitalización y sólo en los Hospitales de La Tebaida, Quimbaya, Montenegro y Génova se cuenta con equipos de Rx.

**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
1997**

**PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**Tabla 19. Hospitales Locales.**

<b>NOMBRE I.P.S.</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS. SERVICI</b>
<b>SAN CAMILO</b>	BUENAVISTA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG.	24
<b>SAN VICENTE DE PAUL</b>	CIRCASIA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG.	24
<b>SANVICENTE DE PAUL</b>	FILANDIA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG	24
<b>PIO X</b>	LA TEBAIDA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG. RX..	24
<b>SANTA ANA</b>	PIJAO	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG.	24
<b>SAGRADO CORAZON</b>	QUIMBAYA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG.. RX.	24
<b>SAN VICENTE DE PAUL</b>	MONTENEGRO	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG. RX..	24
<b>SAN ROQUE</b>	CORDOBA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG.	24
<b>SAN VICENTE DE PAUL</b>	SALENTO	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG..	24
<b>SAN VICENTE DE PAUL</b>	GENOVA	C.EXT.MD,ODONT,URG.HOSP,LAB.CL,PROG. RX..	24

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

Hay otras entidades que ofrecen servicios de primer nivel de atención como consulta externa Médica y Odontológica, Hospitalización y Cirugías, ubicadas en su mayoría en Armenia (54%).Dentro de este grupo se cuenta a los 12 Centros de Atención Básica - C.A.B. - del I.S.S., localizados 2 de ellos en Armenia y el resto en cada uno de los Municipios del Departamento.

**Tabla 20. Otras entidades de primer nivel de atención**

**Departamento del Quindío - 1997.**

<b>NOMBRE DE LA I.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS. SERVICIO</b>
<b>COMEDI</b>	ARMENIA	C.EXT.MD,ODONT,HOSP,CGIA.	8
<b>MEDISERVICIOS</b>	ARMENIA	CONS.MEDICA	8
<b>URGENCIAS MEDICAS DEL SUR</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y URG.	8
<b>CORSALUD</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y URG.	8
<b>UNISALUD</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODONT.	8
<b>CENTRO MEDICO URGENTE</b>	ARMENIA	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS Y ODONT.	24
<b>12CC.A.B. DEL I.S.S.</b>	2 EN ARMENIA 10 EN LOS DEMAS MUNICIPIO	C.EXT.MD Y ODONT.,LAB.CL.	8
<b>UNIDAD MEDICA DEL QUINDIO</b>	ARMENIA	HOSP,URG,LAB,CGIA.	24
<b>CLINICA DEL PARQUE</b>	ARMENIA	CGIA., HOSP.	24
<b>COOMEQUIN</b>	ARMENIA	C.EXT.MD,ODONT,LAB.CL,RX,PSICOLOGIA,REHABILITACION	8

Fuente : Información de las I.P.S.

**1.3.4.2. Segundo Nivel de Atención.** En la actualidad existen 4 Instituciones de Nivel II de Atención, ubicados en Armenia, Calarcá y Filandia, en este último Municipio se cuenta con servicio especializado en Psiquiatría. La Universidad del Quindío tiene a servicio de la Comunidad un Centro de atención con cada una de las especialidades médicas, servicio de odontología y programas de cirugía y de proyección a la comunidad.

**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

**DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
1997**

**Tabla 21. Segundo nivel de atención.**

<b>NOMBRE DE LA I.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS.DE SERVICIO</b>
<b>HOSPITAL LA MISERICORDIA</b>	CALARCA	C.EXT.MD,ODONT,URG,HOSPCGIA,LAB.CL,RX,	24
<b>HOSPITAL</b>	FILANDIA	SERV.ESPECIALIZADO PSIQUIATRÍA	24

<b>MENTAL</b>			
<b>CENTRO DE ATENCION UNIQUINDIO</b>	UNIQUINDIO ARMENIA	C.EXT.MD GENERAL Y ESPEC.	8
<b>CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO</b>	ARMENIA	HOSP,CGIA,C.EXT.URG., IMAGENOLOGIA	24

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

Se cuenta con 20 Centros de Atención Especializada en el Departamento, que prestan atención en alguna de las especialidades médicas u odontológicas, localizadas en un 90% en la ciudad de Armenia.

**Tabla 22. Servicios especializados Departamento del Quindío 1997.**

<b>NOMBRE DE LA I.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>HS. SERVICIO</b>
<b>CLINICA DE FRACTURAS</b>	ARMENIA	CONS,RX Y URG. ORTOPEDIA	24
<b>CENTRO DE FRACTURAS</b>	ARMENIA	CONS,RX Y URG. ORTOPEDIA	24
<b>PROSORAL</b>	ARMENIA	ODONTOLOGIA	8
<b>SERVINSA</b>	ARMENIA	ODONTOLOGIA	8
<b>PROFAMILIA</b>	ARMENIA	PLANIFICACION FAMILIAR	8
<b>CENTRO ODONTOLOGICO INTEGRAL</b>	ARMENIA	ODONTOLOGIA	8
<b>QUINDIMAG</b>	CALARCA	RX.TAC,ECO	8
<b>CIMAR</b>	ARMENIA	RX,TAC,ECO	8
<b>LIGA CONTRA EPILEPSIA</b>	ARMENIA	CONS.MD.ESPEC.,E.E.G.	8
<b>NEFROSALUD</b>	ARMENIA	CONS.ESPEC.,DIALISIS	8
<b>CENTRO RADIOLOGICO QUINDIO</b>	ARMENIA	IMAGENES DIAGNOSTICAS	8
<b>COOP.NVO.CENTRO MEDICO</b>	ARMENIA	C.EXT.ODONT GENERAL Y ESPEC.	8
<b>ASPROSALUD</b>	CALARCA	C.EXT.MD Y ORTOPIEDIA	8
<b>UNIDAD MEDICA DE LA MUJER</b>	ARMENIA	CONS.GINECO-OBST.	8
<b>COCAFESALUD</b>	ARMENIA	C.EXT.MD Y ODONT.	8
<b>FUND.ALEJANDRO LONDOÑO</b>	ARMENIA	TAC,ECO,MED.NUCLEA	24
<b>FUNDACION CARDIOVASCULAR</b>	ARMENIA	CARDIOLOGIA	8
<b>CLINICA OFTALMOLOGICA</b>	ARMENIA	CONS. Y CGIA OFTALMOL.	8
<b>BANCO DE SANGRE</b>	ARMENIA	PREPARACION UNDS.SANGRE	24
<b>CENTRO ONCOLOGICO</b>	ARMENIA	PREVENCION-DX- TTO.DEL CANCER	8

Fuente : Información directa de las I.P.S.

**1.3.4.3. Tercer Nivel de Atención.** Como Centros de referencia a las demás entidades hospitalarias del Departamento, existen dos Instituciones de mayor complejidad localizadas en Armenia : la E.S.E. Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia y la Clínica San José del I.S.S. Seccional Quindío.

**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
1997**

**Tabla 23. Tercer nivel de atención.**

NOMBRE DE LA I.P.S.	UBICACIÓN	SERVICIOS	HS. SERVICIO
<b>E.S.E.HOSPITAL UNIV. SAN JUAN DE DIOS</b>	ARMENIA	URG,CONS.EXT.MD Y ESPEC,ODONT,LAB.CL,RX,HOSP,AYUDA DX III NIVEL.DOC.UNIV.	24
<b>CLINICA SAN JOSE DEL I.S.S.</b>	ARMENIA	HOSP,C.EXT MD.GENERAL Y ESPEC,CGIA,URG,RX, LAB.CL, ODONT.	24

**1.3.5. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud - E.P.S.-.** Existen en el Departamento constituidas y funcionando un total de 18 E.P.S., el 50% de ellas radicadas en la Ciudad de Armenia, las cuales ofrecen servicios integrales de salud a sus afiliados, para lo cual han establecido convenios de prestación de servicios con las diferentes I.P.S. con que cuenta el Departamento, siendo la E.S.E. Hospital Universitario del Quindío la Institución que más convenios ha establecido con las E.P.S. (con el 89% de ellas).

**Tabla 24. Entidades prestadoras de Servicios de Salud (E.P.S.) I.P.S. contratadas  
Departamento del Quindio 1997.**

E.P.S.	UBICACIÓN	I.P.S. CONTRATADAS
<b>COLSEGUROS</b>	ARMENIA	PROSORAL,CORSALUD,PROFAMILIA,HOSP. SAN JUAN DE DIOS, UNIDAD MD.QDIO, CL.PARQUE,HOSP. CALARCA,Q/BAYA,  PIJAO,M/NEGRO,CL. CENTRAL
<b>SANITAS</b>	ARMENIA	HOSP.S. JUAN DE DIOS, HOSP.CALARCA,CORSALUD, CENTRO ODONTOLOGICO INTEGRAL, QUINDIMAG
<b>SALUDCOOP</b>	ARMENIA	HOSP.CALARCA, HOSP.SAN JUAN DE DIOS,SERVINSA,CORSA LUD,UNIDAD MD QUINDIO, H.FILANDIA,Q/BAYA
<b>I.S.S. QUINDIO</b>	EN ARMENIA Y DEMAS MUNICIPIOS DEL DPTO. DEL QUINDIO.	TODOS LOS HOSPITALES DEL DEPTO. INCLUIDO EL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA,CL.CENTRAL,CL.DEL PARQUE, C.A.B. Y CL.SAN JOSE DEL I.S.S.
<b>RISARALDA</b>	EN TODOS LOS MUNICIPIO	UNIDADES LOCALES DEL DEPARTAMENTO

	S DEL DEPTO. DEL QUINDIO, EXCEPCIO N ARMENIA.	
<b>BONSALUD</b>	ARMENIA	I.P.S. PROPIA,UNIDAD MD.QDIO, HOSP.S. JUAN DE DIOS,CENTRO RX.QDIO,QUINDIMAG, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO,AMEQ.
<b>SALUD COLMENA</b>	ARMENIA	COMEDI,UNIDAD MD.QDIO,CORSALUD, HOSP.SAN JUAN DE DIOS, HOSP.CALARCA,ASPROSALUD,CIMAQ,QUINDIMAG,PROSO RAL.
<b>COMFENALC O QUINDIO</b>	ARMENIA, CALARCA	COOMEQUIN,HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CLINICA DEL PARQUE,ODAL.
<b>HUMANA VIVIR S.A.</b>	CALARCA, ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS, HOSP.CALARCA, UNIDAD MD.QDIO,AMEQ,QUINDIMAG.
<b>UNIMEC S.A.</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL,,U.I.S.,CL.PARQUE,CORSALUD, QUINDIMAG,SOC.ANESTESIOLOGOS,AMEQ.
<b>CAJANAL</b>	ARMENIA	ASPRODONTO,CL.CENTRAL DEL QUINDIO,CORSALUD, LAB.ABBO.
<b>ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE Q/BAYA</b>	QUIMBAYA, M/NEGRO	HOSPITALES DE Q/BAYA Y M/NEGRO,HOSP.SAN JUAN DE DIOS, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO,QUINDICANCER.
<b>CAFESALUD</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO, FUND.CARDIO-VASCULAR,CL.PARQUE.
<b>COOMEVA</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL ,FUND.ALEJANDRO LONDOÑO, FUND.CARDIO-VASCULAR,CL.PARQUE.
<b>CAPRECOM</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO, FUND.CARDIO-VASCULAR,CL.PARQUE.
<b>COMCAJA</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO, FUND.CARDIO-VASCULAR,CL.PARQUE.
<b>MEDISALUD</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL,FUND.ALEJANDRO LONDOÑO,FUND.CARDIOVASCULAR, CL.PARQUE.
<b>A.M.E.S.</b>	ARMENIA	HOSP.SAN JUAN DE DIOS,CL.CENTRAL, FUND.ALEJANDRO LONDOÑO, FUND.CARDIO-VASCULAR,CL.PARQUE.

Fuente : Información directa de las E.P.S.

**Tabla 25. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (E.P.S.) Servicios prestados Departamento del Quindío 1997.**

<b>E.P.S.</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>SERVICIOS</b>
<b>COLSEGURO</b>	ARMENIA	FCIA,PROM.SALUD,ODONT,HOSP,URG,RX,LAB.CL,MD GRAL Y ESPEC.
<b>SANITAS</b>	ARMENIA	HOSP,ODONT,MD GENERAL Y ESPEC,LAB.CL,FCIA,URG.
<b>SALUDCOOP</b>	ARMENIA	PROM.SALUD, MDGENERAL Y ESPEC.
<b>I.S.S. QUINDIO</b>	EN ARMENIA Y DEMAS MUNICIPIOS DEL DPTO. DEL QUINDIO.	FCIA,LAB.CL,ODONT,HOSP, URG,RX,MDGENERAL Y ESPEC.
<b>RISARALD</b>	EN TODOS LOS MUNICIPIOS DEL DEPTO. DEL QUINDIO, EXCEPCION ARMENIA.	LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD,ODONT, HOSP, URG, RX, MD GENERAL Y ESPEC.
<b>BONSALU</b>	ARMENIA	LAB.CL,FCIA,PROM. SALUDODONT,HOSP,URG,RX, MDGENERAL YESPEC.
<b>SALUD COLMENA</b>	ARMENIA	LAB.CL,FCIA,PROM.SALUDODONT, HOSP,URG,RX, MDGENERAL Y ESPEC.
<b>COMFENALCO QUINDIO</b>	ARMENIA, CALARCA	LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD,ODONT, HOSP,URG,RX, MD GENERAL Y ESPEC.
<b>HUMANA VIVIR S.A.</b>	CALARCA, ARMENIA	LAB.CL,FCIA,HOSP,URG,RX,MDGENE RAL Y ESPECIALIZADA
<b>UNIMEC S.A.</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX, MD GENERAL Y ESPEC,LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD
<b>CAJANAL</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX, MD GENERAL Y ESPEC,LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD.
<b>ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE QUIMBAYA</b>	QUIMBAYA, M/NEGRO	ODONT,HOSP,URG,RX, MD GENERAL Y ESPECIALIZADA,LAB.CL,FCIA,PROM. SALUD.
<b>CAFESALU</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX, MDGENERAL Y ESPECIALIZADA,LAB.CL,FCIA,PROM. SALUD.
<b>COOMEVA</b>	ARMENIA	ODONT ,HOSP ,URG, RX, MDGENERAL Y ESPECIALIZADA, LAB. CL, FCIA, PROM SALUD.

<b>CAPRECOM</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX, MDGENERAL Y ESPECIALIZADA,LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD.
<b>COMCAJA</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX,MDGENERAL Y ESPECIALIZADA, LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD.
<b>MEDISALUD</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX, MD GENERAL Y ESPECIALIZADA,LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD.
<b>A.M.E.S.</b>	ARMENIA	ODONT,HOSP,URG,RX,MDGENERAL Y ESPECIALIZADA, LAB.CL,FCIA,PROM.SALUD.

Fuente : Información directa de las E.P.S.

**1.3.6. Laboratorios.** De los 50 Laboratorios Clínicos con que cuenta el Departamento, 35 son Generales, el 49% ubicados en Armenia : hay 14 Especializados y de ellos el 79% en Armenia. Para este año se puso en funcionamiento el Laboratorio Departamental de Salud Pública.

Existen siete laboratorios para estudios Anatomopatológicos situados seis en Armenia y uno en Calarcá.

**Tabla 26. Laboratorios clínicos Departamento del Quindío 1997.**

MUNICIPIO	LAB.CL.GENERAL	LAB.CL.ESPEC.	LAB.SALUDPUBLICA	PATOLOG
ARMENIA	17	11	1	6
BARCELON	1			
BUENAVIST	1			
CALARCA	4	3		1
CIRCASIA	2			
CORDOBA	1			
FILANDIA	1			
GENOVA	1			
LA TEBAIDA	1			
M/NEGRO	2			
PIJAO	1			
QUIMBAYA	2			
SALENTO	1			
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.3.7. Imagenología.** Se prestan servicios de Imagenología adecuados para las necesidades del Departamento, existiendo 52 centros de estudios Radiológicos, de los cuales el 38% se encuentran en la ciudad de Armenia.

Tabla 27. Imagenología Departamento del Quindío 1997.

MUNICIPIO	RX.	ECOGRAFIAS	ECOCARDIOGRAF	TAC	ENDOSCOPIA	RNM
ARMENIA	9	12	7	2	7	1
CALARCA	2	1		1	1	
FILANDIA	1	1				
LA TEBAIDA	1					
GENOVA	1	1				
MONTENEGRO	1	1				
QUIMBAYA	1	1				
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>1</b>

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.3.8 Servicios Hospitalarios - Número de camas por servicios.** Hay en el Departamento 1011 camas Hospitalarias, ubicadas el 57.2% en las Instituciones del III Nivel de Atención, el 17.8% en el II Nivel de Atención y el 25% restantes en el I Nivel de Atención. De los 42 Quirófanos disponibles, el 81% pertenecen a Instituciones del III Nivel, el 7.1% al II Nivel y un 11.9% a Instituciones de I Nivel, la mayoría de ellos subutilizados.

Tabla 28. Servicios Hospitalarios Departamento del Quindío número de camas por servicios 1997.

NIVEL DE ATENCION	MEDINT	PED.	S. CUNA	CGIA	GINECOLOGIA	S. DE PARTOS	PSIQ	U C I	U. RENAL	PEN SION	OB SERV.	TO TAL	%	QUI ROFA NO
PRIMER NIVEL	80	47		13	39	13				24	37	253	25	5
SEGUNDO NIVEL	23	22	4	24	20	6	60			16	5	180	17.8	3
TERCER NIVEL	95	63	18	103	64	25	16	20	15	106	53	578	57.2	34
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>132</b>	<b>2.2</b>	<b>140</b>	<b>123</b>	<b>44</b>	<b>76</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>146</b>	<b>95</b>	<b>1011</b>	<b>100</b>	<b>42</b>

Fuente : Instituto Seccional de Salud del Quindío.

**1.3.9. Demanda Atendida.** Sólo se pudo hallar información consolidada sobre la Demanda atendida y de indicadores de servicios asistenciales a 31 de Diciembre de 1995, encontrándose una cobertura de atención de 56% para todo el Departamento y un 44% de demanda insatisfecha. Por información parcial del Instituto Seccional de Salud del Quindío, no existe ninguna variación en cuanto a cobertura para 1996.

Tablas 29. Demanda atendida Departamento del Quindío 1995.

MUNICIPIO	POBLACION	TOTAL PTES. DE 1era. VEZ	POBL. ATENDIDA ISS	SECTOR PRIV.	DEMANDA INSAT.
ARMENIA	218.456	56.792	93.555	10.457	57.652
BUENAVISTA	3.591	1.180	-	-	2.411
CALARCA	52.586	14.409	8.340	2.509	27.328
CIRCASIA	21.298	4.114	2.151	836	14.197

CORDOBA	5.602	1.829	842	209	2.722
FILANDIA	12.173	2.832	1.636	418	7.287
GENOVA	10.816	3.118	1.183	418	6.097
LA TEBAIDA	21.836	5.043	2.462	1.045	18.329
MONTENEG	33.875	5.686	3.739	1.463	22.987
PIJAO	8.991	2.792	1.202	418	4.579
QUIMBAYA	33.816	6.105	3.774	1.463	22.474
SALENTO	6.901	1.473	1.891	209	3.328
T O T A L	429.941	105.373	120.775	19.445	189.391
%	100%	24%	28%	4%	44%

Fuente : ISSQ.

**1.3.10. Indicadores de Servicios Asistenciales.** Se encontró un porcentaje ocupacional del 64.5 en la E.S.E. Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, con un promedio de días estancia de 5, en contraste con el promedio de porcentaje ocupacional de las Unidades locales de un 26%, con promedio días estancia de 3 .

La cobertura de atención para la consulta médica es de un 56%, para la odontológica de un 14%. Se prestan servicios de atención médica con un rendimiento de 3 pacientes por hora y una concentración de 2.

**Tabla 30. Indicadores de Servicios Asistenciales Departamento del Quindío 1995.**

	% OCUPAC.	DÍAS ESTANCIA	%COBERTURA	CONCENTRACION	RENDIMIENTO
<b>H.SJDE DIOS ARMENIA</b>	64.5	5			
<b>CLINICA I.S.S.</b>	58	5			
<b>HOSP.CALARCA</b>	51.2	2.1			
<b>HOSPITAL MENTAL</b>	83.5	20			
<b>CLINICA CENTRAL</b>	51	6			
<b>UNIDADES LOCALES</b>	26	3			
<b>CONSULTA MEDICA</b>			56	2	3
<b>CONSULTA ODONTOLOGICA</b>			14	1	1

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**1.3.11. Hospitalización.** En general la eficiencia del servicio de hospitalización del primer nivel es poca, representada por porcentajes ocupacionales que fluctúan entre 4.5 % en Salento y 36.7 % en Montenegro.

El análisis muestra un sistema hospitalario ineficiente y ésta se refiere a la administración de uno de los recursos más costosos como es la cama hospitalaria, la cual se traduce en elevados costos sociales con repercusiones profundas en la administración de todas las instituciones del primer nivel exceptuando, el Hospital San Vicente de Paul de Filandia.

**1.3.12 Referencia de pacientes.** Del total de 4199 remisiones al servicio de Urgencias de la E.S.E. Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, los Centros y Puestos de Salud de Armenia para el año de 1996 remitieron el 24.7% de las remisiones y Calarcá el 15%.

A la consulta externa especializada fueron remitidos 4043 pacientes, el 44% de los Centros y Puestos de Salud de Armenia, el 10.1% de Montenegro.

**Tabla 31. Remisiones consulta externa y urgencias al Hospital San Juan de Dios según municipios Departamento del Quindío 1996.**

MUNICIPIOS	URGEN.	* %	C.EXT.	** %
C. Y P. DE SALUD ARMENIA	1038	3	1763	4
BARCELONA	176	3	150	3
BUENAVISTA	17	3	74	2
CIRCASIA	491	3	170	2
CALARCÁ	612	2	247	1
CÓRDOBA	67	3	103	2
FILANDIA	172	2	102	1.4
GÉNOVA	102	3.5	346	4
LA TEBAIDA	355	2	207	2
MONTENEGRO	570	3	411	3
PIJAO	101	2	161	3
QUIMBAYA	424	2	193	1
SALENTO	74	2	116	3

Fuente: Oficina de Regionalización Médica H.U.S.J.D.\* Porcentaje de remisiones de urgencias del total de consultas realizadas en cada Unidad Local

\*\* Porcentaje de remisiones de consulta externa del total de consultas realizadas en cada Unidad Local

**1.3.13 Recurso Humano.** Cuenta el Departamento con 457 Médicos de los cuales el 53.4% son Generales ; del grupo de Médicos Especialistas el 11.7% son Ginecoobstetras, 9.4% Cirujanos generales y 8% Pediatras. Son 212 Odontólogos entre Generales y Especializados.

El grupo de personal paramédico (1.396 en total entre Bacteriólogas, enfermeras Jefes, Terapistas, Auxiliares de Enfermería, y Odontología, Promotoras, etc.) es insuficiente para una cobertura óptima de servicios de salud para toda la comunidad.

**Tabla 32. Recurso humano Departamento del Quindío 1997.**

PROFESION	NRO.	PROFESION	NRO.
MD.GENERAL	244	ENDOCRINOLOGOS	2
ODONTOLOGOS	212	GASTROENTEROLOGO	4
ENFERMERA JEFE	84	GERIATRAS	3
AUXILIAR ENFERMERIA	876	HEMATOLOGO	1
AUXILIAR ODONTOLOGIA	111	INTERNISTA	8

BACTERIOLOGOS.	79	NEFROLOGO	1
PROMOTORAS DE SALUD	154	NEONATOLOGO	2
PROMOTORES DE SANEAMIENTO	61	NEUROLOGOS	3
PEDIATRAS	17	NEUROCIRUJANOS	7
GINECOLOGOS	25	NEUROPEDIATRA	1
ORTOPEDISTAS	11	NEUMOLOGOS	2
ANESTESIOLOGOS	16	O.R.L.	5
ONCOLOGOS	7	PATOLOGOS	5
CARDIOLOGOS	9	PSIQUIATRAS	7
CIRUJANOS DE MANO	5	RADIOLOGOS	8
CIRUJANOS C-V	3	REUMATOLOGOS	2
CIRUJANOS PLASTICOS	7	UROLOGOS	8
CIRUJANOS GENERALES	20	PSICOLOGOS	11
OFTALMOLOGOS	10	OPTOMETRAS	9
CIRUJANOS PEDIATRAS	3	FISIOTERAPEUTAS	13
DERMATOLOGOS	5	TERAPISTA OCUPACIONAL	3
FISIATRAS	6	TERAPISTA RESPIRATORIA	6

Fuente : Oficina de Registro de Profesiones I.S.S.Q.

**1.3.13.1 Recurso humano existente y necesario para el Sector de Seguridad Social en Salud.** Para la atención en salud las Instituciones Departamentales tienen asignado su recurso humano de acuerdo a las horas contratadas ; haciendo un análisis del recurso existente comparado con el necesario para ofrecer una cobertura más amplia de atención, se observa que existe un déficit marcado tanto médico como paramédico, en cada uno de los niveles de atención. Es notorio el déficit de Auxiliares de enfermería y de Promotoras de salud : hace prever 223 cargos de auxiliares de enfermería (33% del déficit total) y 130 cargos de promotoras de salud (19% del déficit), lo que conlleva a imposibilitar muchas de las atenciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

**RECURSO HUMANO SECTOR SEGURIDAD SOCIAL  
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
1997**

**Tabla 33. Primer nivel de atención Puestos de Salud.**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
MEDICO GENERAL	7048	12000	4952	2.5
ODONTOLOGO	4136	10500	6364	3
AUX.ENFERMERIA	10000	24000	14000	7
AUX.CON.ODONT.	2000	9500	7500	4
PROMOTORA SALUD	18000	30000	12000	6

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 34. Recurso Humano sector Seguridad Social Departamento del Quindío 1997.  
Primer nivel de atención Centros de Salud**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
MEDICO GENERAL	40000	58000	18000	9
ODONTOLOGO	29500	49000	19500	10
AUX.ENFERMERIA	72000	134000	62000	31
AUX.CON.ODONT.	28000	58000	30000	15
PROMOTORA SALUD	42000	65000	23000	11,5
BACTERIOLOGA	9000	18000	9000	4,5
ENFERMERA JEFE	8000	26000	18000	9

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 35. Recurso Humano Sector Seguridad Social Departamento del Quindío 1997.  
Primer nivel de atención Unidades Locales**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
MEDICO GENERAL	58000	80000	22000	11
ODONTOLOGO	27000	46000	19000	9,5
AUX.ENFERMERIA	264000	416000	152000	76
AUX.CON.ODONT.	36000	64000	28000	14
PROMOTORA SALUD	90000	268000	178000	89
BACTERIOLOGA	23000	36000	13000	6,5
ENFERMERA JEFE	38000	58000	20000	10

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 36. Recurso Humano Sector Seguridad Social Departamento del Quindío 1997.  
Segundo nivel de atención.**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
-----------	-------	-------	---------------	-----------------

MEDICO GENERAL	20500	26000	5500	3
MEDICO ESPECIALISTA	14500	26000	11500	6
ODONTOLOGO	5000	12000	7000	3,5
AUX.ENFERMERIA	208000	252000	44000	22
AUX.CON.ODONT.	8000	12000	4000	2
PROMOTORA SALUD	30000	76000	46000	23
BACTERIOLOGA	10000	16000	6000	3
ENFERMERA JEFE	20000	44000	24000	12

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 37. Recurso Humano Sector Seguridad Social Departamento del Quindio 1997.  
Tercer nivel de atención.**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
MEDICO GENERAL	88120	121120	33000	17
MEDICO ESPECIALISTA	116614	241614	125000	63
ODONTOLOGO	46000	114000	68000	34
AUX.ENFERMERIA	627000	937000	310000	16
AUX.CON.ODONT.	28000	46000	18000	9
BACTERIOLOGA	40000	84000	44000	22
ENFERMERA JEFE	73750	139750	66000	33

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

Fuente : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO

**Tabla 38. Recurso humano existente y necesario para una cobertura óptima  
Departamento del Quindío 1997.**

PROFESION	*R.E.	*R.N.	DEFICIT HORAS	*DEFICIT CARGOS
MEDICO GENERAL	213668	297120	83452	68
MEDICO ESPECIALISTA	131114	267614	136500	57
ODONTOLOGO	116636	231500	114864	57
AUX.ENFERMERIA	943400	1388600	445200	223
AUX.CON.ODONT.	102000	189500	87500	44
BACTERIOLOGA	82000	154000	72000	36
ENFERMERA JEFE	101750	267750	166000	83
PROMOTORA SALUD	180000	439000	259000	130
TOTAL	1870568	3235084	1364516	682

\*R.E. = RECURSO EXISTENTE

\*R.N. =RECURSO NECESARIO

\*CARGOS CON 2000 HORAS AÑO

**FUENTE : INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO**

## **2. CONCLUSIONES Y PROPUESTA**

### **2.1. CONCLUSIONES**

- La oferta de servicios de salud en el Departamento, no satisface las necesidades de la población ( cobertura global : 56%).
- Inapropiada distribución geográfica de las Instituciones de Salud, las cuales se encuentran ubicadas en una alta proporción en la Ciudad capital, con abandono de las pequeñas poblaciones y de las áreas rurales.
- El recurso humano que presta los servicios de salud en el Departamento es insuficiente para cumplir con los requerimientos propuestos por la O.M.S.
- El personal asistencial tiene una distribución inadecuada para el Nivel I de atención, sólo el 8% de los Médicos se encarga de atender el 50% de la población ubicada en los Municipios diferentes de la Ciudad de Armenia.
- Existe una deficiencia estructural y operativa en las Instituciones de Salud del Departamento.
- Se presenta una inadecuada utilización del II y III Nivel de Atención del Departamento, con problemas de salud que deben ser resueltos en el Nivel I de Atención, provocando congestión y subutilización de los Niveles superiores.
- No se ha establecido un sistema consistente de Referencia y Contrarreferencia.
- Hay ausencia de comunicación entre las Entidades de Salud del Sector Público y Privado, sin visualizarse un organismo con capacidad para articularlas.
- La información generada por los sistemas de Información de las Instituciones de Salud, no están siendo utilizadas para generar criterios gerenciales en dichas Instituciones ( ejemplo : ausencia de mercadeo, portafolio de servicios).
- Aunque hay una aparente facilidad para acceder a los servicios de salud, la demanda no es consecuente con este principio, lo que se refleja especialmente en el Nivel I de atención.

- Existencia de múltiples Instituciones públicas y privadas que participan en la prestación de servicios, y ausencia casi completa de coordinación entre las mismas.
- Hay un alto porcentaje de la población (46%) afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud en calidad de Vinculado.
- No hay una adecuada priorización de los problemas de salud del Departamento, ya que no existe una metodología evaluativa que tenga presente la Morbi - Mortalidad.
- Se deriva del punto anterior, una ausencia de planeación de la oferta existente, que permita una focalización del recurso, de acuerdo a las necesidades prioritarias de la comunidad.
- El desequilibrio existente entre oferta y demanda está notablemente marcado en las principales E.P.S. de manejo del Régimen Contributivo (ejemplo : I.S.S. que maneja el 75% del Régimen Contributivo del Departamento).
- Ausencia de políticas que integren a los Profesionales de la Salud, a un sistema coordinado de prestación de servicios dentro del Régimen de Seguridad Social en Salud.
- Las políticas de Promoción y Prevención de la Salud en el Departamento, no obedecen a una planeación basada en las necesidades identificadas en el perfil epidemiológico de la población.

### **3. PROPUESTA DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO**

La Red de Servicios del Departamento del Quindío estará conformada por las instituciones públicas y privadas del Departamento de diferentes niveles de atención y grados de complejidad, organizadas en función de la satisfacción de las necesidades de salud de la población , a través de la prestación de servicios de salud en las áreas de promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento. Con base en el Diagnóstico expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta las necesidades de servicios generadas por los diferentes Planes de Beneficios, hacemos una propuesta que integra de manera general estrategias para lograr una Red de Servicios de Salud operativa, que satisfaga las necesidades particulares de salud de nuestro Departamento.

Para esta propuesta de Red, tuvimos en cuenta los siguientes aspectos :

- Perfil epidemiológico de la población.
- Análisis de las E.P.S., I.P.S. y E.S.E. existentes en el Departamento.
- Servicios que ofrecen y tipos de contratos existentes entre E.P.S. e I.P.S.

- Factores que condicionan la oferta y la demanda, tales como : afiliación a cada uno de los Regímenes, niveles de complejidad y capacidad resolutive de las Instituciones.

Dentro de la propuesta de Red de Servicios de Salud para el Departamento del Quindío, se deben tener en cuenta las funciones, responsabilidades y competencias de cada Ente territorial y de las Entidades creadas dentro del Régimen de Seguridad Social en Salud :

### **3.1. SON FUNCIONES DE LA NACIÓN**

- Establecer las normas técnicas, curriculares y pedagógicas para la formación de personal de salud.
- Establecer las normas científico-administrativas para organización y prestación de servicios de salud a los cuales se acogerá la Red Departamental de Servicios.
- Asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a las entidades territoriales del Departamento del Quindío y sus EPS.
- Administrar los fondos especiales de cofinanciación, organizará y desarrollará programas de crédito.
- Distribuir el situado fiscal destinado a financiar la Red de Servicios del Departamento del Quindío.
- Ejercer la supervisión y evaluación de la cobertura y calidad de la red de servicios y promoverá ante las autoridades competentes las investigaciones a las que halla lugar por inobservancia a las normas legales.

### **3.2. SON FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO**

- Financiar y garantizar la realización de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del II y III nivel de atención.
- Cofinanciar con los municipios los proyectos de desarrollo de la red de servicios (Infraestructura, dotación y mantenimiento).
- Programar la distribución del situado fiscal para atender las necesidades de la red de servicios del I nivel (las no descentralizadas).
- Ser el ente asesor y prestador de asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y las IPS para el adecuado desarrollo de la red de servicios.
- Garantizar la operación de la red de servicios y el sistema de referencia y contra referencia a todos los niveles de atención.

- Autorizar en forma provisional la prestación de servicios de salud a las IPS que operen en el Departamento del Quindío.
- Ejercer la supervisión y evaluación de la cobertura y calidad de la red de servicios.
- Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector.
- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios del Departamento y a las IPS que funcionan en él.
- Prestar asesoría en la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos de la red de servicios en los municipios.
- Mientras dure la vigencia del régimen de transición celebrar los contratos o convenios ínter - administrativos para la prestación de los servicios

### **3.3 SON RESPONSABILIDADES DE LOS MUNICIPIOS**

- Garantizar la prestación de servicios de salud en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación correspondiente al I nivel de atención.
- Financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles y dotación, mantenimiento de las IPS a su cargo y centros de bienestar del anciano.
- Dar prioridad al fortalecimiento de la red de centros y puestos de salud en dotación, recurso humano y ampliará servicios de atención con disponibilidad de 24 horas.
- Hacer convenios administrativos para las IPS, EPS para la prestación de los servicios de salud, haciendo énfasis en el Plan de Atención Básica.
- Ejercer la supervisión y evaluación de cobertura y calidad de la red de servicios de su jurisdicción.
- Aplicar la identificación y carnetización de la población beneficiaria del régimen subsidiado por medio del SISBEN.
- Identificar las necesidades del régimen de referencia y contra referencia (necesidades de transporte, comunicación e información).

### **3.4. SON FUNCIONES DE LAS E.P.S.**

- Las EPS organizar los mecanismos de afiliación a los trabajadores y sus familias.
- Garantizar el libre acceso de sus familias a las IPS adscritas.

- Control de gestión para garantizar la prestación de servicios.
- Prestar el plan obligatorio de salud estableciendo un sistema de referencia y contra referencia.
- Realizar la captación de aportes de los afiliados.
- Desarrollar el sistema de información referente a la afiliación de los trabajadores y sus familias, novedades laborales, recaudos por cotizaciones y los desembolsos por el pago de prestación de servicios.
- Organizar un sistema de auditoría médica, de acuerdo con las normas de calidad y satisfacción del usuario.
- Definir los tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera.
- Establecer un sistema obligatorio de garantía de calidad a la atención de salud del usuario.
- Recaudar copagos y cuotas moderadoras de acuerdo con las normas establecidas según el nivel socioeconómico de los servicios y procedimientos de recaudo.
- Adoptar diferentes modalidades de contratación como capitación, pago integral por diagnósticos asociados o presupuestos globales fijos.

### **3.5 SON FUNCIONES DE LAS I.P.S.**

- Garantizar unos niveles mínimos de calidad de la atención.
- Deben cumplir con los requisitos de recurso humano suficiente, dotación necesaria, protocolos de procedimientos, capacidad resolutoria adecuada y optimización de los procesos de atención.
- Prestar el plan obligatorio de salud contratado por las EPS según su nivel y grado de complejidad.
- Prestación servicios de salud no discriminados.
- Prestar servicios de Urgencias en forma obligatoria, en todas las entidades públicas y privadas, a todas las personas independiente de su capacidad de pago y sin requisito de contrato ni orden previa.
- Hacer anualmente un plan de desarrollo institucional.
- Organizar el Sistema de Costos.
- Destinar una línea telefónica para dar información sobre sus servicios en forma permanente.

- Estructurar el sistema de información de acuerdo con las necesidades de información del Instituto Seccional de Salud del Quindío y del Ministerio de Salud, así mismo dar la información correspondiente de sus afiliados a las EPS con quienes tiene contratos.

### **3.6 GARANTÍAS DEL USUARIO**

- La atención como Plan Obligatorio de Salud (POS) debe desarrollarse progresivamente hasta cobijar el 100% de la población al año 2001, permitiendo la protección integral de las familias en la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- El POS tendrá cobertura familiar, no aplicando preexistencias, haciendo énfasis en la atención materno infantil, riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y la atención inicial de urgencias.
- La atención debe contar con un Plan de Atención Básica que complemente al POS y a las acciones de saneamiento ambiental; corresponde a todas las intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad, o aquellas que son dirigidas a los individuos que tienen altas externalidades, tales acciones corresponden a la información pública, edición, fomento de la salud, control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de los vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como SIDA, la tuberculosis y la lepra y de enfermedades tropicales como la malaria.
- Los planes complementarios son actividades no cubiertas por el POS ni por el Plan de Atención Básica, y serán financiados en su totalidad por el afiliado.
- El afiliado tiene la posibilidad de escoger libremente los proveedores de salud y los profesionales vinculados a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).
- Así mismo el sistema propone unos deberes de los afiliados que buscan el auto cuidado y la restricción de la sobreutilización del sistema, mediante las unidades de pago por capitación y los pagos moderadores.

En resumen, el nuevo modelo de salud propone la creación de un sistema integrado entre el sector público y privado y la seguridad social, generando una mayor competitividad, con empresas autónomas y responsables de su propio desarrollo, logrando la coordinación intersectorial, por medio de alianzas estratégicas, desarrollando una gerencia que integre la planeación, los procesos administrativos y la auditoría, desarrollo del recurso humano y red de servicios, además de tener al afiliado como parte activa, participante en el

proceso de gestión, auto cuidado y control, con el fin de lograr una satisfacción acorde con las necesidades en salud del individuo y la comunidad.

### **3.7 ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO**

- Proponer la creación de un equipo multidisciplinario que asesore y apoye los proyectos de la Red de Servicios a nivel Departamental y Municipal. Este equipo podría estar coordinado por el Instituto Seccional de Salud del Quindío.
- Articular las E.P.S. que funcionan en el Departamento del Quindío.
- Desarrollar las I.P.S. en el Departamento , de acuerdo a lo establecido en el Sistema General de Seguridad social con el fin de cumplir las normas y necesidades de la red.
- Estructurar el sistema de referencia y contrarreferencia, buscando integrar las instituciones públicas y privadas en las áreas de urgencias, consulta externa, consulta especializada, cirugía, rehabilitación, laboratorio, bancos de sangre, transporte y comunicaciones para ofrecerle al usuario un servicio eficaz, oportuno y eficiente.
- Desarrollar las actividades de atención primaria (Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad) según las prioridades de salud del Departamento y ajustadas a los planes de beneficios, haciendo énfasis en el Plan de Atención Básico y en el Plan de Atención Básico subsidiado.
- Desarrollar el sistema de incentivos a la demanda, con el fin de racionalizar el sistema en beneficio del usuario por medio de sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud y disminuir los tiempos máximos de espera.
- Establecer un sistema de costos.
- Proponer la ampliación de coberturas basada en el desarrollo institucional, buscando aumentar la capacidad gerencial, capacidad resolutive y capacitación del recurso humano.
- Desarrollar el sistema de información, buscando integrar las instituciones privadas y publicas para obtener información oportuna que permita realizar una toma de decisiones adecuada, aplicando la tecnología apropiada.
- Desarrollar las relaciones interterritoriales, intersectoriales e interinstitucionales, como base fundamental de la estructuración del Sistema General de Seguridad Social.

- Vigilar la afiliación de la población a los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **3.8 ACTIVIDADES PARA LA CONFORMACION DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO**

#### **3.8.1 De la afiliación al Sistema de Seguridad Social del Departamento**

La red de servicios propuesta para el Departamento del Quindío estará adecuada en función de la población mas pobre y vulnerable.

La afiliación al régimen subsidiado se hará por cada uno de los municipios con el programa SISBEN, con políticas tendientes a lograr una progresiva cobertura en servicios de salud para la población.

La afiliación al régimen contributivo se hará por libre elección en las EPS que se existen para tal fin en el Departamento.

#### **3.8.2 De la participación comunitaria en la prestación de servicios de salud**

En el Departamento del Quindío toda persona natural o jurídica participará a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes, programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud, mediante las siguientes formas:

**3.8.2.1. Participación social.** Que incluye la participación ciudadana y participación comunitaria.

**3.8.2.2 Participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Mediante la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento de la prestación de servicios públicos de salud.

##### **3.8.2.2.1. Participación ciudadana:**

- **Servicios de atención a los usuarios:** Las E.P.S. e I.P.S., ya sean públicas, privadas o mixtas deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Servicio de atención a la comunidad.** Los Municipios y el Departamento, organizarán un servicio de atención a través de la participación social para canalizar y resolver inquietudes en salud de los ciudadanos.
- **Sistema de atención e información a usuarios:** Las IPS garantizarán:

1. Información y atención a los usuarios personalizada
1. Implementar, articulando al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

#### **3.8.2.2.2. Participación comunitaria :**

- **Comités de participación comunitaria:** Se conformarán en todos los municipios por disposiciones legales mediante concertación entre los diferentes actores sociales y el estado.

#### **3.8.2.2.3. Participación en las Instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud.**

- **Garantías a la participación:** Garantizar la participación ciudadana, comunitaria, social, alianza, y/o asociaciones de usuarios, en todos los ámbitos que le corresponda y según las disposiciones establecidas para este fin.
- **Comités de ética hospitalaria :** Integrados por :
  1. El director de la institución prestataria o su delegado
  2. Un representante del equipo médico
  3. Dos representantes de la alianza o de usuarios de la institución prestataria de servicios.
  4. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad.

#### **3.8.2.2.4. Participación social :**

- **Expresión de la participación social:** Se expresará en la confluencia de las formas de participación social en los procesos de planeación y veeduría.
- **Proceso de planeación en salud:** El diseño y gestión de los planes territoriales de salud se hará con los diferentes sectores sociales y autoridades pertinentes del nivel local y departamental, y comité de participación comunitaria.
- **Representación en los consejos territoriales de seguridad social en salud:** Contarán con representación de las asociaciones de usuarios.
- **Veeduría en salud:** Deberá ser ejercida a nivel ciudadano institucional y comunitario a fin de vigilar la gestión pública, así:

En lo ciudadano: A través del servicio de atención a la comunidad por el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.

En lo comunitario: Mediante el ejercicio de las funciones de los comités de participación comunitaria.

En lo institucional: Mediante el ejercicio de las funciones de todos los comités, asociaciones de usuarios ante las juntas directivas de las IPS y EPS.

En lo social: Mediante la vigilancia de la gestión de los consejos territoriales

### **3.8.3 Del licenciamiento de las I.P.S. y E.P.S.**

Según el Decreto número 1918 de 1994, por el cual se reglamentan los artículos 76 y 78 del Decreto 1298 de 1994, "el licenciamiento es el procedimiento mediante el cual se verifica que las entidades dedicadas a la prestación de servicios de salud cumplan con los requisitos establecidos. Conduce a la expedición por parte de la autoridad competente, de la licencia para prestar servicios de salud". Se debe velar porque las Instituciones de Salud que conformarán la Red de Servicios propuesta, cumplan con este requisito de Ley a cargo del Ente territorial a cuyo cargo esté el hacerlo cumplir.

### **3.8.4 De la promoción y prevención (acciones de atención primaria)**

La atención primaria es parte integrante del Sistema de Salud y se constituye en una función central y núcleo principal en el desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde reside la comunidad.

El proyecto hace énfasis en fortalecer la atención primaria en los primeros niveles del sector salud, buscando obtener el impacto deseado en la salud de la población Quindiana, con máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector salud. Para ello es esencial buscar y aplicar las tecnologías más apropiadas e incrementar al máximo la capacidad operativa de los servicios de salud que se prestan a la comunidad.

Las actividades de atención primaria (promoción y prevención) a ejecutar por la Red de Servicios de Salud que se propone para el Departamento, estarán enfocadas específicamente a las actividades comprendidas dentro del P.A.B. tanto en sus acciones colectivas como individuales, y ajustadas al P.A.B. de cada Municipio.

### **3.8.5 Del régimen de contratación entre las E.P.S. e I.P.S.**

La contratación de la E.P.S. y las I.P.S. se hará por las modalidades de:

- a. Por actividad, procedimiento o acto médico
  - 1. Por pagos integrales por diagnóstico atendido
- c. Por capitación (UPC del POS).

La definición de las modalidades de contratación será de libre escogencia entre las partes.

Las tarifas de contratación de las Empresas Sociales del Estado podrán asimilarse a las fijadas por el SOAT y en un futuro se estandarizarán de acuerdo con los niveles de complejidad y según el ajuste inflacionario. Estas serán normatizadas por el Ministerio de Salud y el Consejo de Seguridad Social.

### **3.8.6. Del proceso de facturación**

La Red de Servicios desarrollará el sistema de facturación de acuerdo con el nivel de complejidad, y con el propósito de adecuar los procesos administrativos y el manejo de la información con un coherente desarrollo de las organizaciones.

Este sistema de facturación está basado en el Decreto 1895 Reglamentario del Régimen Subsidiado, en el Decreto Ley 1298 del Sistema General de la Seguridad Social, y en el Decreto 2491 sobre reglamentación del Régimen de transición de cobertura.

### **3.8.7. Referencia y contrarreferencia**

El Departamento del Quindío debe adecuar e integrar el Sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con la estrategia de red de servicios, fortaleciendo las interrelaciones entre instituciones públicas y privadas del I, II y III nivel de atención en salud. (Ver Gráfico 2 y 3)

1. Conformar un grupo gerencial administrativo interinstitucional que permita una eficiente coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional de la atención integral.
2. Adecuar un sistema único de atención e información con el fin de desarrollar indicadores que permitan la toma de decisiones epidemiológicas y administrativas en cada uno de los niveles de atención.
3. Garantizar la ejecución de los exámenes de acuerdo con su nivel de complejidad, teniendo en cuenta la organización de la red departamental de laboratorios.
4. Ofrecer al usuario atención en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad en salud, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
5. Adecuar el sistema de comunicación y transporte de manera que permita la accesibilidad de los pacientes a los servicios en forma ágil y oportuna.
6. Desarrollar planes y programas institucionales de acuerdo con la realidad epidemiológica administrativa existente, de manera que se garantice el adecuado uso de los recursos en cada nivel.
7. Establecer una adecuada asignación y distribución de equipos acorde con la estructura organizacional de cada uno de los niveles.

8. Establecer un sistema de costos que permita la estandarización de tarifas y facturación entre los diferentes niveles.

**3.8.7.1. Funciones por niveles de organización en el Sistema de referencia y contrarreferencia.** De acuerdo con los niveles de atención, la referencia se inicia en el ámbito comunitario: Familiar, hogares de bienestar, centros educativos, centros de atención al anciano por intermedio de los agentes de salud tales como Promotoras de Salud, Promotores de Saneamiento, Enfermeras Comunitarias, quienes realizarán la remisión a las I.P.S. del I Nivel de Atención (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Locales) de acuerdo con su jurisdicción; o I.P.S. de la localidad que tengan contratos con los entes territoriales.

El agente en salud o profesional define el lugar de referencia, ya sea a nivel primario o una institución hospitalaria de II y III nivel de atención, de acuerdo con las contrataciones o convenios de las E.P.S. e I.P.S. Se considera la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud.

En los Hospitales de I nivel de atención, donde se prestan los servicios de consulta médica, odontológica, hospitalización de menor complejidad y atención de urgencias, si se presenta una remisión, esta deberá efectuarse hacia el mayor nivel de complejidad y de acuerdo con la severidad de la enfermedad o la lesión.

En el II nivel de atención que hace referencia a los servicios que requieren para su manejo tecnología de mediana complejidad y profesional especializado en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de patologías de mediana severidad, efectuará su referencia al mayor nivel de complejidad.

Las instituciones del III nivel que presten servicios que requieran para su manejo la más alta tecnología y atención por personal especializado y subspecializado, será el responsable de la prestación de los servicios. De acuerdo con los principios de subsidiariedad podrán prestar servicios de niveles inferiores o podrán igualmente efectuar la remisión.

En el desarrollo del régimen de referencia y contrarreferencia, tienen funciones y responsabilidades los diferentes niveles de organización del sistema (nivel nacional, nivel seccional, nivel local), los cuales podrán ser ampliados de acuerdo con las necesidades de la red de servicios.

**3.8.7.2. Normas técnicas y administrativas del Sistema de referencia y contrarreferencia.**

1. El Instituto Seccional de Salud del Quindío y Unidades Locales de Salud elaborarán y propondrán conjuntamente protocolos de manejo de la demanda de servicios más comunes en la región.

2. Existirá información sobre los diferentes organismos que conforman la red de servicios, disponible en toda institución, que permita una oportuna y adecuada

referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica. Cada E.P.S. tendrá información sobre la conformación de las I.P.S. adscritas a ella.

3. El usuario antes de ser remitido de un organismo de salud, debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por esa institución.

4. La clasificación socioeconómica del usuario debe ser única y hacerse en la institución referente y ceñirse a los propuestos por el Consejo Territorial de Seguridad Social del Quindío.

5. Todo usuario referido y contrarreferido deberá ir acompañado de la información necesaria mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.

6. Todo usuario de una E.P.S. o I.P.S. que llegue con una patología de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido inmediatamente, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico, definiendo luego donde se continuará su atención en forma integral, según las normas de referencia y contrarreferencia.

7. Las E.P.S. e I.P.S., comunicarán previamente de la referencia a la institución a la cual se va a remitir el usuario.

8. Cuando se imposibilite esta comunicación, las E.P.S. e I.P.S. deben garantizar la atención del usuario de acuerdo con la gravedad del caso.

9. La responsabilidad del cuidado del usuario estará en el organismo referente hasta que ingrese a otra institución.

10. Las E.P.S. e I.P.S. deberán asegurar el transporte del usuario referido y/o contrarreferido cuando el caso lo amerite.

11. Todo usuario remitido de urgencia deberá ir acompañado en lo posible por un agente de salud y por un integrante del núcleo familiar.

12. Los usuarios atendidos por urgencias y cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes y que deban referirse o contrarreferirse, se acogerán en lo dispuesto en los decretos que organizan y establecen el régimen de la red de urgencias.

13. Toda institución hospitalaria del Sector de la salud deberá prestar los servicios al usuario referido, según su capacidad de resolución.

14. La remisión y transporte de elementos biológicos, y muestras del ambiente para diagnóstico, se hará de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo.

15. Cuando el usuario es cubierto por el seguro obligatorio de accidentes y se remite a otra institución, los cobros se harán proporcionalmente a los gastos que haya incurrido cada institución.

16. La contrarreferencia del usuario se hará a su nivel de origen y las indicaciones sobre su manejo se enviarán al organismo de salud más cercano a su sitio de vivienda o trabajo.

17. En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se deberá respetar las pautas culturales, y creencias de los diferentes grupos étnicos.

18. Las E.P.S. e I.P.S. que prestan la atención inicial de urgencias, remitirán al usuario cubierto por la seguridad social a la institución de salud correspondiente.

19. Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, deberán identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.

20. La dirección local, seccional, nacional, las E.P.S. e I.P.S. deberán incluir en sus programaciones anuales de presupuesto, los requerimientos financieros para el funcionamiento del régimen de referencia y contrarreferencia.

2.1 Todas las E.P.S. e I.P.S. que conforman la red de servicios estarán unidas por un sistema de telecomunicaciones.

22. Se establecerá una adecuada red de comunicación extrasectorial que garantizará la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

2.3 El equipo multidisciplinario de la Red de Servicios , las E.P.S. e I.P.S. reglamentarán la red de comunicaciones para el desarrollo del régimen de referencia y contrarreferencia.

### **3.8.8. Del Consejo Territorial de Seguridad Social**

**3.8.8.1. Definición.** Es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud.

**3.8.8.2. Creación.** Creado por el Jefe de la Entidad Territorial Departamental o Municipal

#### **3.8.8.3. Conformación.**

- Director Departamental o Municipal cuando no existe, será el Jefe de la administración local o su delegado, debe ser un funcionario del nivel directivo de alguna entidad hospitalaria del sector salud.

- El Secretario de Hacienda.

- El Secretario de Salud Municipal de Armenia

- Un Secretario de Salud Municipal por los demás Municipios y designado por ellos.

- Un representante de la Seccional de ACOPI en el Departamento.
- Un representante de la Seccional de FENACO en el Departamento.
- Un representante de los trabajadores, de terna enviada por las centrales obreras con presencia en el departamento.
- Un representante por los pensionados, de terna presentada por las asociaciones de ellos que existan en el departamento.
- Director de la Seccional del Instituto de Seguros Sociales.
- Un representante de las E.P.S. y/o empresas solidarias de salud, si las hay y que tengan afiliados en el departamento.
- Un representante de las I.P.S. del Departamento elegido por el Gobernador.
- Un representante de la Asociación Sindical de Médicos - ASMEDAS- del Quindío, designado de terna presentada por ella.
- Un representante de las asociaciones de usuarios de las empresas solidarias del Departamento escogido de ternas presentadas por las Juntas directivas de las mismas o por asociaciones de usuarios diferentes a ellas.
- Un representante de las Direcciones Locales de Salud, elegido por votación entre todos los Directores Locales.

### **3.8.9. Del plan de desarrollo institucional**

Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas (Empresas Sociales del Estado) para adaptarse al nuevo Sistema de Seguridad Social y a la Red de Servicios en el Departamento, deberán desarrollar un plan de desarrollo que debe ser revisado estratégicamente cada año con el objetivo de lograr una proyección desde el punto de vista gerencial, priorizando las acciones que representen una mayor relación costo-beneficio y costo-efectividad, derivada de la atención de los problemas de salud y fundamentada en la pertenencia de la institución a un sistema de relaciones intersectoriales, interterritoriales e interinstitucionales, que den cumplimiento a sus responsabilidades en términos de: Garantía de prestación de servicios, desarrollo de recurso humano calificado, desarrollo de la parte logística, estrategias de desarrollo de atención y desarrollo de un sistema financiero y de costos.

**3.8.9.1. Area de gestión y dirección corporativa.** Las instituciones para el logro de un desarrollo sostenido deben crear o en su defecto ampliar las unidades de planeación, mercadeo, gestión y jurídica, en las que se emprenderán acciones tales como: Plan de desarrollo institucional , definición, formalización, ejecución y evaluación de proyectos, análisis de la oferta y la

demanda de servicios, operativización de comités multidisciplinarios, asesorías, documentos jurídicos en regla.

**3.8.9.2. Areas de atención al usuario.** Las instituciones hospitalarias deben implementar acciones conducentes a mejorar los servicios al usuario, tales como: Atención de emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica de problemas específicos, control de infecciones intrahospitalarias, integración del componente educativo en los paquetes de servicios, servicios de atención al usuario (24 horas), aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia , manejo de desechos hospitalarios, información sistematizada y actualizada de historias clínicas.

### **3.8.9.3. Area de apoyo logístico**

**3.8.9.3.1. Unidad de información.** La instituciones deben crear, mejorar o mantener en constante actualización un centro de información y sistematización en el que se identifiquen requerimientos y se determinen fuentes para el posterior procesamiento de la información, además de la automatización del sistema de acuerdo con su misma complejidad.

**3.8.9.3.2. Unidad Financiera.** Debe conformarse una unidad financiera para manejar de forma optima el aspecto presupuestal, contable, pagos y cobros de la institución; dicha unidad financiera puede ser propia, asociativa o adscrita.

**3.8.9.3.3. Unidad de Recursos Humanos.** Las instituciones deben capacitar, estimular, actualizar funciones y evaluar al personal de planta en una forma acorde con su desarrollo.

**3.8.9.3.4. Unidad de Comunicaciones.** Las instituciones deben desarrollar los sistemas de centros de manejo de correspondencia, comunicaciones internas y externas, documentación y divulgación.

**3.8.9.3.5. Unidad de Suministros e insumos.** Las instituciones prestadoras de salud deben fortalecer la unidad de suministros e insumos, buscando optimizar la calidad del material obtenido y su menor costo originado por la competencia entre proveedores, además de mejorar las condiciones de manejo del producto como su recepción, almacenaje y distribución y por último garantizar el control de inventarios y la respuesta satisfactoria a la necesidad.

**3.8.9.3.6. Unidad de administración general de bienes muebles e inmuebles.** En cuanto se refiere al mantenimiento, las instituciones deben realizar su propio programa de inversión que involucre el mejoramiento y modernización de todos los bienes e inmuebles, con el fin de hacer mas competitiva la entidad en la red de servicios. De otra parte deben realizar acciones conducentes a mitigar riesgos que puedan se originados por amenazas como los temblores de tierra entre otros.

### **3.8.10. Desarrollo de las redes de apoyo**

**3.8.10.1. Red Departamental de Laboratorios.** La red de laboratorios es un conjunto de laboratorios que trabajan en forma coordinada, empleando una metodología normatizada, que tiene jerarquización de acuerdo con el tipo de actividades que realizan y los niveles de atención. Ver Gráfico 4.

**3.8.10.1.1. Objetivos.** Se pretende con la conformación de la red de laboratorios actualizar, coordinar actividades, adecuar la capacidad de oferta de servicios a la demanda, realizar control de gestión y de calidad a los diferentes laboratorios que la conforman, presentar alternativas tendientes a optimizar el recurso y a proponer acciones para mejorar la cobertura y prestación de este importante servicio del Departamento del Quindío.

**3.8.10.1.2. Control de gestión.** Se pretende optimizar la red, manejando en su evaluación los criterios de oportunidad, eficiencia, eficacia y calidad mediante:

- . Licencia a laboratorios
- . Normatización de la pruebas
- . Capacitación continúa al personal profesional y auxiliar de laboratorio
- . Evaluación y cumplimiento de normas
- . Plan de mejoramiento de estructura física y técnica de los laboratorios
- . Organización del sistema de información
- . Uso de tecnología adecuada y acorde con el nivel de atención

#### **3.8.10.1.3. Políticas de la Red de Laboratorios**

- . Apoyo a la vigilancia epidemiológica
- . Docencia e investigación
- . Estandarización de técnicas y métodos
- . Control de calidad interna y externa
- . Referencia y contrareferencia
- . Interconexión con la red nacional de laboratorios para participar en actividades de:
  - . Capacitación del personal
  - . Referencia de muestras
  - . Recepción de resultados

- . Programa de control de calidad
- . Asesoría técnica
- . Investigación

**3.8.10.1.4. Operativización de la Red de Laboratorios.** Con las nuevas disposiciones legales, continúa siendo el INS la cabeza de red a nivel nacional, determinándose así por orden jerárquico que los Departamentos a través de sus laboratorios de Salud Pública o de referencia actúen como mediadores entre el ente Nacional y Regional.

En el Departamento del Quindío será el Laboratorio de Salud Pública quien coordine con el sector privado (E.P.S. - I.P.S. - Laboratorios Particulares) y las Empresas Sociales del Estado (Laboratorios nivel I, II, III) lo relacionado con la estandarización, montaje, referencia y contrareferencia, control de calidad de muestras y pacientes, licencias de laboratorio, siendo parte fundamental de la Red de Servicios, integrándose como apoyo a la Red de Urgencias y de Bancos de Sangre. Además hace referencia y contrarreferencia con el INS y el laboratorio de referencia de Caldas.

Se debe mencionar que el laboratorio en su normatización técnica se rige por el INS.

Los laboratorios pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado, a las I.P.S. y Laboratorios particulares deberán acogerse a los decretos emanados del Ministerio de Salud, como el 1917 del 5 de agosto de 1994, con el cual se reglamenta parcialmente el decreto 1298 de 1994, en cuanto a los requisitos y condiciones técnico sanitarias para el funcionamiento, acreditación y licenciamiento de los laboratorios clínicos y de salud pública.

**3.8.10.2 Red de Bancos de Sangre.** Actualmente el Departamento cuenta con dos bancos de sangre localizados en la Cruz Roja del Quindío (Tipo A) y otro en la E.S.E. Hospital Universitario San Juan de Dios (Tipo B) ambos en Armenia, quienes cubren la necesidad de abastecimiento de unidades de sangre y hemoderivados para los centros de transfusión existentes (Clínica Central del Quindío, Clínica San José del ISS, E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá y E.S.E. Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia). Se supone entonces que los niveles de atención que ofrezcan el servicio de cirugía implementen centros de transfusión según lo establecido en el decreto 1571 de 1993 al igual que el sector privado, realizando compras de unidades de sangre y hemoderivados a los bancos de sangre antes descritos.

Se requieren además centros de transfusión :en Circasia, La Tebaida, Montenegro, Quimbaya, Génova y la Unidad Intermedia del Sur, con el objeto de servir como apoyo a las cirugías allí programadas (propuesta de red de cirugía) y lo demandado por el servicio de urgencias de cada una de estas instituciones.

La red de bancos de sangre contará con un control de calidad al 100% de las unidades de sangre que salgan con reactividad para las pruebas de serología, sífilis, hepatitis B, HIV, Hepatitis C, y Al 10% de las unidades no reactivas, actividad que se programará mensualmente a los dos bancos de sangre del departamento y estará a cargo del Instituto Seccional de Salud del Quindío.

Se debe resaltar que el banco de sangre de la Cruz Roja está interconectado con los bancos de sangre de Cruz Roja del país, lográndose la consecución rápida y oportuna de aquellos derivados o unidades que sean requeridas.

A nivel nacional la red se integra a la red nacional de bancos de sangre el cual se encuentra ubicado en Instituto Nacional de Salud, ente adscrito al Ministerio de Salud.

### **3.8.10.3. Red Departamental de Rehabilitación :**

**3.8.10.3.1. Objetivo.** La red de rehabilitación buscará adoptar todas las medidas necesarias para que en el departamento del Quindío se logre disminuir el impacto de las discapacidades y que la rehabilitación mediante lo establecido para la red de servicios, sea integrada a la atención terciaria tanto de las E.S.E. como E.P.S. del Departamento.

**3.8.10.3.2 Optimización de la Red de Rehabilitación en el Departamento .** Actualmente cuenta con el Departamentos de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Armenia, Clínica San José del I.S.S., Rehabilitación Mental de Filandia, los cuales cubren las necesidades del Departamento ; existen otras instituciones que realizan acciones de rehabilitación como el INCI, Ceral, Instituto Departamental de Educación Especial, entre otros.

Se propone que el I nivel de atención (Puestos, Centros de Salud y Hospitales Locales) implementen un programa de rehabilitación con el fin de integrar a la persona discapacitada dentro de su propia comunidad y disminuir el impacto de la condición discapacitante de acuerdo con lo planteado en el POS.

En el segundo nivel el Hospital Mental de Filandia, se propone implementar un centro piloto de referencia para los discapacitados del Departamento del Quindío que estén en la fase de rehabilitación profesional, coordinar institucionalmente las acciones de referencia y contrarreferencia y generar en el discapacitado hábitos laborales que le permitan lograr el máximo de independencia, personal, social y familiar.

En la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcà se crearía una unidad de apoyo para la rehabilitación del adulto.

Las I.P.S. públicas, privadas y otras instituciones entrarán a prestar servicios según la contratación con las E.P.S. ( Gráfica 5)

### **3.8.10.4 Red Departamental de Urgencias**

**3.8.10.4.1. Definición.** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad; apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

**3.8.10.4.2. Objetivo general.** Estructurar la red Departamental institucional, integrando diferentes unidades prestadoras de servicios de urgencias del Departamento, con el propósito de garantizar la atención prehospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria oportuna y eficiente acorde con el nivel de atención de tal manera que responda a las necesidades de la comunidad.

#### **3.8.10.4.3. Objetivos específicos**

- Organizar y desarrollar los servicios de urgencia en el Departamento , de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada municipio con niveles de atención con el fin de brindar un servicio eficiente, oportuna y de buena calidad.
- Diseñar y elaborar un plan educativo de capacitación dirigido a la comunidad, basada en la promoción del uso racional y la prevención y atención básica de los servicios de urgencias.
- Fomentar la coordinación intersectorial orientada hacia el control de los factores de riesgo asociados con la morbilidad relacionada con urgencias.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de manera que garantice la atención oportuna de acuerdo con la complejidad de la patología.
- Propender por el desarrollo del recurso humano que presta servicios en urgencias, según las necesidades de cada nivel de atención y que posibilite el mejoramiento continuo de la red de urgencias.
- Promover la optimización de la atención de urgencias en situaciones de emergencia y desastres
- Implementar la red de informática del Departamento de acuerdo con los niveles de atención, articulándola a la Red Regional y Nacional de Urgencias.
- Fortalecer los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con el recurso humano y tecnológico que garanticen una atención oportuna y eficaz.
- Evaluar y adecuar el sistema de comunicaciones existentes, buscando una oportuna información y apoyar el sistema de referencia y contrarreferencia para el logro de una oportuna atención de urgencias.
- Garantizar el cumplimiento de las normas existentes en los diferentes aspectos relacionados con la atención inicial de urgencias, referencia y contrarreferencia, participación ciudadana y comunitaria, etc., dentro del sistema de salud.

- Integrar a la red de urgencias las instituciones prestadoras de servicios de salud existentes en el Departamento para el funcionamiento óptimo del sistema de referencia y contrarreferencia.

#### **3.8.10.4.4. Competencias de la Red de Urgencias:**

- **Nivel Nacional:** Corresponde al nivel nacional elaborar un modelo organizacional en la atención de urgencias aplicable a todo el sector salud, planteando una normativa general y la terminología logística de atención de urgencias.

Para garantizar el desarrollo de esta red la prestación de los servicios debe estar orientada por las políticas, organización, estructura, funcionamiento, normas, mecanismos de planeación y supervisión que rige el actual sistema de salud y en particular sus decretos reglamentarios.

- **Nivel Departamental.** Procurar la ejecución de la política a nivel seccional y local garantizando la coordinación interinstitucional para la atención de urgencias por niveles de atención articulando los servicios en una red nacional y/o departamental.

Los niveles Departamentales deberán desarrollar una estructura administrativa en los servicios de urgencias a fin de que estos estén manejados con criterio individual de acuerdo con las necesidades de la región.

- **Nivel Local:** Las normas emanadas del nivel nacional y seccional orientan el diseño de su propia red de atención de urgencias, de acuerdo con sus problemas prioritarios, adecuando su estructura y recursos ; la coordinación local de la red estará a cargo de la Secretaria Municipal donde esta exista.

**3.8.10.4.5. Componentes de la Red.** El desarrollo adecuado de la red de urgencias requiere un tratamiento especial en los aspectos de suministro, dotación y mantenimiento de los recursos necesarios, actuando coordinadamente con una estructura conformada por las redes de comunicaciones, transporte, dotación y suministros, red de organismos de salud públicos, mixtos y privados, red de servicios de apoyo diagnóstico (red de laboratorio e imagenología) y terapéutico.

Además, fundamentos que garanticen una atención eficiente prehospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria apoyados en los subsistemas de información, educación, financiera y administrativa.

#### **3.8.10.4.6. Estrategias de la Red de Urgencias**

1- Desarrollo administrativo y organizativo de los diferentes niveles de atención de urgencias sobre principios de autonomía y descentralización, que asesore y apoye los proyectos de la red de servicios a nivel Departamental y Municipal.

2- Fortalecer el régimen de referencia y contrarreferencia específico para los servicios de urgencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el Departamento.

3- Capacitación, desarrollo y utilización del recurso humano para grados de complejidad en servicios de urgencias.

4- Desarrollo de un sistema de información y vigilancia epidemiológica.

5- Coordinación intra e interinstitucional para el desarrollo adecuado en la prestación de servicios de urgencias.

6- Establecer la integración funcional y fortalecer las actividades docente asistenciales para los servicios de urgencias.

7- Educación a la comunidad sobre principios óptimos para la prevención de patología de urgencias y uso adecuado de los servicios de urgencias.

8- Participación de la comunidad en los procesos de atención, vigilancia y control de los servicios de urgencias.

La red de urgencias funcionará de acuerdo con lo planteado en el sistema de referencia y contrarreferencia.

**3.8.10.5. Red de cirugía ambulatoria del Departamento.** El diagnóstico de la oferta de servicios de salud del Quindío en el área quirúrgica, no presenta desarrollo a nivel de cirugía ambulatoria, con gran congestión del nivel III y poco desarrollo del nivel II, solamente el municipio de Quimbaya realiza cirugía programada y hospitales como Pijao, Montenegro cuentan con quirófanos sin utilización.

La red de servicios requiere desarrollar un programa de cirugía ambulatoria que responda a las actividades del POS y POSS, de acuerdo a la complejidad de cada una de las I.P.S.( Resolución 05261 de 1994).

#### **3.8.10.6 Red de Perinatología :**

**3.8.10.6.1. Objetivo general.** Disminuir la morbilidad perinatal en el Departamento, estructurando la red Departamental de Perinatología de manera que permita integrar los diferentes organismos prestadores de atención materna y perinatal para garantizar atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido en forma oportuna y eficiente acorde con el nivel de complejidad requerido.

#### **3.8.10.6.2. Objetivos específicos:**

- Aumentar la cobertura de atención a la gestante para reducir la mortalidad perinatal en la población.

- Organizar y desarrollar la atención orientada hacia el control de los factores de riesgo, asociados con la morbilidad perinatal.
- Adecuar y dotar los servicios de atención materno y perinatal por niveles de complejidad.
- Permitir el acceso de la paciente obstétrica al sistema de servicios de salud, a través del primer nivel de atención y que pueda acceder a otros niveles de mayor complejidad.
- Organizar y mantener programas de educación continua de todo el personal de salud.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica permanente involucrando la participación comunitaria.
- Vincular a los servicios de seguridad social y a las instituciones privadas en la red Departamental de Perinatología.

### **3.8.11. Estructura general del Sistema de Información :**

#### **3.8.11.1. Objetivos.**

- El objetivo general del sistema, es brindar información estratégica para la planeación y la acertada ejecución de las actividades del sector en sus niveles territoriales.
- Generar la información básica para la elaboración del diagnóstico, los planes, su control y la evaluación de sus resultados.
- Permitir la integración de los diferentes órdenes, niveles y módulos informáticos que constituirán la estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El orden Municipal recogerá la información para el diagnóstico de la situación en salud y la elaboración de los proyectos que integran el plan, y suministrará la requerida por el nivel Departamental para el control de la ejecución de los correspondientes planes y proyectos. El sistema en cada uno de los órdenes anteriores contará con un nivel general y un nivel particular : a nivel general la información que requiere el Ministerio de Salud para la toma de decisiones, el control y la evaluación en la definición de planes y proyectos, asignación de recursos y asistencia técnica del sistema de salud y seguridad social.

Constituye el eje de la información la obligación de los diferentes entes territoriales su reporte oportuno al nivel superior de acuerdo con la agenda que precise la Dirección Departamental de Salud.

En la estructura de este nivel de la información deben coincidir los diferentes sistemas de información, acorde con los criterios que el Ministerio definió y de

igual manera, la recolección y codificación deben obedecer a la metodología que se formule.

**3.8.11.2. Criterios para el diseño del Sistema.** El diseño del sistema de información de los Departamentos y Municipios se orientará en función de las acciones generales y de una estructura por niveles de información y módulos de manejo.

### **3.8.12. Red de radiocomunicaciones para servicios de referencia y contrarreferencia en el Departamento :**

**3.8.12.1. Objetivo general.** Establecer un sistema de comunicaciones para la Red de referencia y contrarreferencia entre las E.P.S., I.P.S. y E.S.E que existen en el Departamento, a fin de optimizar la atención integral del paciente, teniendo como soporte el componente médico administrativo.

**3.8.12.2. Descripción operativa.** La Central de Radio - comunicaciones estará ubicada en la E.S.E. Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia, cuyas estadísticas muestran el flujo de pacientes tanto para el área asistencial como de urgencias.

La red estaría compuesta por:

1. - Personal profesional de la Salud (médico y/o Enfermera )
2. - Operador las 24 horas
3. - Teléfonos
4. - Conmutador
5. - Phone Pach
6. - Radioteléfonos.

NOTA: Las I.P.S. y E.S.E. Departamentales contarán con estaciones fijas y móviles, y las E.P.S. deberán contar y poner a disposición de las I.P.S. y E.S.E. las facilidades de comunicación inmediata y oportuna.

### **3.8.13 De la financiación de la Red de Servicios de Salud para el Departamento**

Los recursos para la financiación del conjunto de instituciones que integran la Red de Servicios de Salud para el Departamento corresponden a los de destinación específica para el Sector Salud.

Las principales fuentes de financiación son:

#### **Los recursos del régimen subsidiado:**

- 15 puntos de los 25 como mínimo, de las transferencias de inversión social o de la participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación destinados a salud.

- Los recursos propios de las entidades territoriales y en las instituciones de prestación de Servicios y los provenientes de la Empresa Colombiana de Recursos de Salud - Ecosalud - y que los Departamentos y Municipios destinen al régimen.
- Los recursos del situado fiscal y las rentas cedidas a los Departamentos que se requieren para financiar al menos las intervenciones del II y III nivel del plan de salud de los afiliados de este régimen.
- Los subsidios para el Fondo de Solidaridad y Garantía.
- El 15% de los recursos adicionales que a partir del presente año reciban los Municipios, Distritos y Departamentos como participaciones y transferencias, por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cipiagua y Cusiana.
- Los recursos que destinen las Direcciones Seccionales y Locales de Salud al Régimen de Subsidios en salud se manejarán como una cuenta especial del presupuesto, separada de los demás recursos y dentro del respectivo fondo Seccional y Local de Salud.
- Los recursos destinados por el Instituto Seccional de Salud del Quindío y las Direcciones Municipales de salud al Régimen de subsidios se manejarán en las cuentas especiales de los fondos seccionales y locales de salud.

### **Régimen contributivo:**

Los servicios que se presentan en este régimen se financian a través del pago de una cotización individual y familiar de los afiliados y en concurrencia con estos un aporte del empleador.

De acuerdo al Decreto 1298 de 1994, el valor de las cotizaciones será máximo del 12% del salario base de cotización, que no podrá ser inferior al salario mínimo. 2/3 partes de la cotización estarán a cargo del empleador y 1/3 parte a cargo del trabajador. Y un punto de ellas será cotización de solidaridad que se trasladará al fondo de solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

Presupuestalmente las instituciones acreditadas para la prestación de servicios tienen autonomía y deben contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

**Tabla 39. Requerimientos del recurso humano en salud según población (organización mundial de la salud)**

<b>RECURSO</b>	<b>POBLACION</b>
1 MEDICO GENERAL	POR CADA 1000 HABITANTES
1 MEDICO ESPECIALISTA	POR CADA 3000 HABITANTES

1 ODONTOLOGO	POR CADA 2000 HABITANTES
1 AUXILIAR DE ENFERMERIA	POR CADA 1000 HABITANTES
1 ENFERMERA JEFE	POR CADA 2000 HABITANTES
1 BACTERIOLOGA	POR CADA 5000 HABITANTES
1 PROMOTORA DE SALUD	POR CADA 100 FAMILIAS EN EL AREA RURAL Y 150 EN EL AREA URBANA

**Tabla 40. Recurso Humano en Salud según Población  
Departamento del Quindío  
1997**

RECURSO	HS./AÑO	CANTIDA	REL RECURSO/POBLACION
<b>MEDICO GENERAL</b>	213668	107	5007
<b>MEDICO ESPECIALISTA</b>	131114	66	8117
<b>ODONTOLOGO</b>	116636	58	9236
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	943400	472	1135
<b>BACTERIOLOGOS</b>	82000	41	13066
<b>ENFERMERA JEFE</b>	101750	51	10504
<b>PROMOTORA DE SALUD</b>	180000	90	1 POR CADA 1489 FAMILIAS

Fuente : I.S.S.Q.

## **BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA**

1. Los Sistemas locales de Salud : Conceptos, métodos, experiencias.  
O.P.S. Washington D.C. 1990. Pag. 147.
- (2)** Artículo 41, Constitución Política de Colombia.
- (3)** Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia - República de Colombia, Ministerio de Salud 1995.
- (4)** Estatuto orgánico de Salud. Del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Santafé de Bogotá D.C. 1994. Pag. 1.
- (5)** Estatuto orgánico de Salud. Del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Santafé de Bogotá D.C. 1994. Pag.7
- (6)** Decreto 2759 de la República de Colombia de diciembre de 1991 : Artículo 2 párrafo 1 y 3.
- (7)** Decreto 2759 de la República de Colombia de diciembre de 1991 : Artículo 3.
1. Decreto 2759 de la República de Colombia.de diciembre de 1991 : Artículo 4.

1. Ley 10 de 1990. República de Colombia - Capítulo I , Artículo 1, párrafo m.
1. Ley 100 de Diciembre de 1993, Nuevo Régimen General de Seguridad Social en Salud- República de Colombia.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- Plan Sectorial de Salud de Antioquía- 1995 - 1997
- Estudio de oferta y demanda de Salud para el Departamento del Quindío - Instituto Seccional de Salud del Quindío - 1995
- Constitución Política Nacional de 1991. Artículos 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 78, 80, 81, 339, 366.
- Ley 60 de la República de Colombia de 1993
- Ley 80 de la República de Colombia de 1993 : Régimen de Contratación del Sector Público.
- Decreto 1938 de la República de Colombia de 1994 : Reglamenta el Plan de Beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 5261 del Ministerio de Salud de la República de Colombia : Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.
- Decreto 1891 de la República de Colombia de 1994 : Reglamenta el Fomento de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.







