

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO

POR:

EDGAR GUERRERO SALAZAR

LUIS ALFREDO MARTINEZ

"Las ideas y conclusiones aportadas en la Tesis de Grado, son de autor"

Tesis de Grado presentada como requisito parcial para optar al título de ECONOMISTA

Artículo 1º. del Acuerdo 124 de 1961 del 11 de mayo de 1961, expedido por el Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Presidente de Tesis

Francisco Criollo Luengas, Economista

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE ECONOMIA

PASTO-COLOMBIA

1.982

T  
614.793  
E 934  
Ej. 1

ENRICO A:

MINI MARIU MARCIA

"Las ideas y conclusiones aportadas  
MINI ROSA HAYLEN  
en la Tesis de Grado, son de res -  
ponsabilidad exclusiva de sus auto  
MINI NISA MARIURI  
res".

Artículo 1º. del Acuerdo 324 de Oc  
tubre 11 de 1966, emanado del Hono  
rable Consejo Directivo de la Uni  
versidad de Nariño.

RODOLFO GUERRERO SALAZAR

DEDICADO A:

MI MADRE MARCIA

FRANCISCO CRISTÓBAL LÓPEZ, 1900-1970

MI ESPOSA SHAYLEN

LAS ESTIMACIONES DE CAROL DE CAROL, 1940-1970

MI HIJA MARYURIT ALFREDO

MI HIJA LA RECOLECCIÓN DE MI HIJA

EDGAR GUERRERO SALAZAR

DEDICO A:  
AGRADECIMIENTOS A:

MI MADRE ONAIRA

FRANCISCO CRIGLIO LUCAS, Economista

MI ESPOSA CECILIA

LAS ENTIDADES DE SALUD DE MARIPO, COMO

MIS HIJOS LORENA Y ALFREDO

QUE HICIERON  
POSIBLE LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO.

LUIS ALFREDO MARTINEZ

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	6
AGRADECIMIENTOS A:	
CAPITULO I	
FRANCISCO CRIOLLO LUENGAS, Economista	
ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	
1.1 Necesidades esenciales.....	10
1.2 La Salud Pública en Colombia.....	10
1.3 Financiamiento de la Salud en Colombia.....	32
CAPITULO II	
EL SERVICIO DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO.....	
2.1 Estudio de la Comunidad.....	39
2.1.1 Situación General.....	39
2.1.2 Producción.....	39
2.1.3 Población.....	40
2.1.4 Movimiento de población.....	43
2.1.5 Mortalidad.....	45
2.1.6 Natalidad.....	51

C O N T E N I D O

2.1.7 Vivienda.....	Pág.
2.1.8 Nivel de ingresos.....	
2.1.9 Recursos humanos.....	
INTRODUCCION .....	1
DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	6
CAPITULO III	
CAPITULO I DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO.....	57
ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	10
1.1 Desequilibrio estructural de la economía colombiana.....	10
1.2 La Salud Pública en Colombia.....	17
1.3 Financiamiento de la Salud en Colombia.....	32
1.3.1 Actividades hospitalarias para la población.....	14
1.3.2 Actividades hospitalarias para pensionados.....	79
CAPITULO II	
EL ESTADO DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO.....	39
2.1 Estudio de la Comunidad.....	39
2.1.1 Situación Geográfica.....	39
2.1.2 Producción.....	39
2.1.3 Población.....	40
2.1.4 Movimiento de población.....	43
2.1.5 Mortalidad.....	45
2.1.6 Morbilidad.....	51

	Pág.
2.1.7 Vivienda.....	52
2.1.8 Nivel de ingresos.....	53
2.1.9 Recursos humanos.....	55
4.2 Naturaleza y origen de los aspectos de salud.....	117
CAPITULO III	
4.3 Problemática financiera del sector salud en Pasto.....	120
ORGANIZACION DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO.....	57
4.4 Financiación del IBS en Pasto.....	132
3.1 La medida de la salud.....	57
4.5 Financiación para otras entidades de salud en Pasto.....	
3.2 Organismos de salud en Pasto.....	60
3.3 Cobertura del SSSN.....	62
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	137
3.3.1 Actividades hospitalarias para no pensionados.....	
5.1 Conclusiones.....	67
5.2 3.3.2 Actividades hospitalarias para pensionados.....	74
3.3.3 Servicios asistenciales del ISS.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	142
3.4 Encuesta socio-económica.....	89
3.4.1 Aspectos demográficos.....	90
3.4.2 Aspectos económicos.....	94
3.4.3 Aspectos educativos.....	99
3.4.4 Aspectos de salud.....	101
3.4.5 Aspectos de vivienda.....	107
3.4.6 Recolección de la información.....	110

CUADROS

Pág.

CAPITULO IV

Pág.

FINANCIACION DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO.....

115

4.1 La salud como un bien económico.....

115

4.2 Naturaleza y origen de los aportes de salud.....

117

CUADRO N°. 2. Indices de crecimiento poblacional 1979-1980.....

120

4.3 Problemática financiera del sector salud en Pasto.....

132

4.4 Financiación del ISS en Pasto.....

135

CUADRO N°. 3. Crecimiento poblacional de Pasto 1975-1980.....

137

4.5 Financiación para otras entidades de salud en Pasto.....

137

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....

137

5.1 Conclusiones.....

139

5.2 Recomendaciones.....

142

CUADRO BIBLIOGRAFIA.....

146

ANEXOS.....

CUADRO N°. 7. Cinco principales causas de morbilidad, 1980.....

51

CUADRO N°. 8. Distribución de la vivienda en Pasto, 1980.....

52

CUADRO N°. 9. Nivel de ingresos monetarios, población ocupada, Pasto 1980.....

54

C U A D R O S

	Pág.
CUADRO No. 10. Consulta médica por edades, Pasto 1980...	64
	Pág.
CUADRO No. 1. Población estimada en Pasto y el Departamento de Narifio.....	65
	41
CUADRO No. 12. Morbilidad especial, 1980.....	66
CUADRO No. 2. Indices de crecimiento poblacional 1979-1980.....	42
CUADRO No. 13. Pasto 1980.....	67
CUADRO No. 3. Crecimiento poblacional de Pasto 1978 - 1980.....	44
CUADRO No. 14. Pasto 1980.....	68
CUADRO No. 4. Diez primeras causas de mortalidad en Pasto, 1980.....	46
CUADRO No. 15. 1980 Pasto.....	69
CUADRO No. 5. Defunciones por grupos de edad, 1980....	47
CUADRO No. 16. Comportamiento de índices hospitalarios, Egresos por defunciones por hospitales, 1979-1980.....	70
	50
CUADRO No. 17. Comportamiento de índices hospitalarios, Cinco primeras causas de morbilidad, 1980.....	71
	51
CUADRO No. 18. Actividades odontológicas por grupos de CUADRO No. 8. Distribución de la vivienda en Pasto, 1980.....	72
	52
CUADRO No. 19. Actividades de controles de enfermedades, CUADRO No. 9. Nivel de ingresos monetarios, población ocupada, Pasto 1980.....	73
	54

	Pág.
CUADRO N° 10. Consulta médica por edades, Pasto 1980... 1980.....	64 76
CUADRO N° 11. Comportamiento de consultas 1977 - 1980..	65
CUADRO N° 21. Incremento de la actividad pensionaria,	66
CUADRO N° 12. Morbilidad especial, 1980.....	66
CUADRO N° 13. Actividades Hospitalarias no pensionados, Pasto 1980.....	67
CUADRO N° 14. Actividades de hospitales psiquiátricos, Pasto 1980.....	67 68
CUADRO N° 24. Movimiento de consultas ISE, 1980, Pasto	82
CUADRO N° 15. Incremento de la actividad hospitalaria, 1980 Pasto.....	69
CUADRO N° 16. Comportamiento de índices hospitalarios, 1979, 1980.....	66 70
CUADRO N° 27. Actividad hospitalaria ISE, Pasto 1980...	87
CUADRO N° 17. Comportamiento de índices hospitalarios	71
CUADRO N° 28. Estructura de la población estudiada, su- con pensionados..... con edad y sexo.....	71 90
CUADRO N° 18. Actividades odontológicas por grupos de edades, Pasto 1980.....	72
CUADRO N° 19. Actividades de controles de enfermería, 1979, 1980, Pasto.....	72 73

	Pág.
CUADRO No. 31. Ocupación por ramas actividad económica.	95
CUADRO No. 20. Actividades hospitalarias de pensionados, 1980.....	76
CUADRO No. 32. Ingresos familiares.....	97
CUADRO No. 21. Incremento de la actividad pensionaria, CUADRO No. 33. Grado de instrucción de la población.... 1979 - 1980, Pasto.....	100 77
CUADRO No. 24. Mortalidad en menores de 18 años.....	104
CUADRO No. 22. Actividades hospitalarias del ISS, 1979, 1980, Pasto.....	78
CUADRO No. 35. Mortalidad en mayores de 18 años.....	105
CUADRO No. 23. Consulta externa ISS, 1980, Pasto.....	81
CUADRO No. 36. Tenencia de la vivienda en Pasto, 1980..	108
CUADRO No. 24. Movimiento de consultas ISS, 1980, Pasto	82
CUADRO No. 37. ISS. Presupuesto de ingresos aportes vigencia actual 1980.....	125
CUADRO No. 25. Actividad hospitalaria ISS, Pasto 1980...	83
CUADRO No. 38. Presupuesto de ingresos servicio salud	
CUADRO No. 26. Movimiento de consultas ISS, 1981, Pasto. Instituto Hospitalario.....	86
CUADRO No. 27. Actividad hospitalaria ISS, Pasto 1980...	87
CUADRO No. 39. Presupuesto de gastos servicio salud in- stituto hospitalario 1980.....	127
CUADRO No. 28. Estructura de la población estudiada, se- gún edad y sexo.....	90
CUADRO No. 40. Gastos de funcionamiento e inversión de los hospitales del Departamento de Mari-	
CUADRO No. 29. Estado civil de la pareja cabeza de fami- lia.....	92
CUADRO No. 41. Resumen General. Estado de ejecución	
CUADRO No. 30. Distribución de los hijos por edad y sexo	93
CUADRO No. 42. Aportes obreros patronales según edades, ISS Ecuador 1980.....	134

	Pág.
INTRODUCCION	
CUADRO No. 31. Ocupación por ramas actividad económica.	95
CUADRO No. 32. Ingresos familiares.....	97
CUADRO No. 33. Grado de instrucción de la población....	100
CUADRO No. 34. Morbilidad en menores de 18 años.....	104
CUADRO No. 35. Morbilidad en mayores de 18 años.....	105
CUADRO No. 36. Tenencia de la vivienda en Pasto, 1980..	108
CUADRO No. 37. SSSN. Presupuesto de ingresos aportes En el Depar vigencia actual 1980.....	125
CUADRO No. 38. Presupuesto de ingresos servicio salud institucional para incluye hospitales.....	126
CUADRO No. 39. Presupuesto de gastos servicio salud in- cluye hospitales 1980.....	127
CUADRO No. 40. Gastos de funcionamiento e inversión de los hospitales del Departamento de Nariño entre de 1976 con Ho.....	128
CUADRO No. 41. Resumen General. Estado de ejecución presupuesto de gastos.....	129
CUADRO No. 42. Aportes obrero patronales según riesgos, ISS Nariño 1980.....	134



Las principales causas, las cuales a su vez son en una gran proporción consecuencias de las condiciones de vida predominantes, determinan que sean las enfermedades gastroenteríticas, las deficiencias nutricionales y las enfermedades infecto contagiosas, las tres causas fundamentales de la mortalidad infantil.

Correlativo a esta situación y utilizando cifras del censo de 1973, el déficit cualitativo de viviendas se manifestaba de la siguiente manera: solo un 32.8% de las viviendas censadas (116.657) tenían servicio de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, cuya mayor proporción se hallaba en la zona urbana.

Una de las conclusiones al cual converge este estudio es precisamente la necesidad de elaborar y ejecutar un plan integral de salud que oriente la inversión pública en un mediano y largo plazo con base en prioridades y programas que estén de acuerdo con la situación sanitaria, con las condiciones ambientales y de vida en que se desenvuelve la comunidad del Municipio de Pasto y el Departamento de Nariño, que haga realidad la integración de esfuerzos, metas, propósitos y políticas de todas las instituciones que laboran en el sector salud. Y que se proponga como meta fundamental erradicar las causas de las altas tasas de morbi-mortalidad, dotando para ello al Departamento de una infraestructura sanitaria y hospitalaria adecuada.

Sin embargo, sobre este último aspecto vale la pena aquí mencionar que en la política trazada por el Gobierno Nacional el 7 de Agosto de 1978 "se concebía la medicina social como un conjunto de planes y programas preventivos antes que curativos, obedeciendo su fórmula -

ción a unos lineamientos trazados por el Gobierno Central para hacer de la acción del estado un motor de desarrollo económico y social en procura de un mayor bienestar de la comunidad, posibilitando a la provincia más autonomía y el mejor disfrute en proporción de los servicios que el estado presta, el mejoramiento de los niveles de vida, la eliminación de la pobreza extrema y la ampliación de los servicios sociales que se espera serán puntos claves del desarrollo económico".

Actual grado de desarrollo del sector salud en el país. Mediante la cogestión Este programa bandera del Gobierno, llamado "Descentralización Administrativa", implicaba para la región la posibilidad de planear su desarrollo y orientar la inversión pública hacia las prioridades de la población urbana y rural. Para ello fueron emitidos una serie de normas y decretos entre los cuales se destaca el 2275 de 1978. Pero todo ello quedó tan solo escrito, pues las condiciones de salud y de vida al momento en que se inicia un nuevo Gobierno en Agosto 7 de 1982, han sido tan solo levemente mejoradas, y los problemas manifiestos de los distintos sectores económicos son los mismos de hace mucho tiempo.

pretender ofrecer una descripción cualitativa sobre la calidad de los servicios de salud en el Municipio de Pasto, es muy necesario para El presente estudio tiene como objetivo fundamental hacer un diagnóstico de las condiciones de salud en el Municipio de Pasto y la promulgar ciertas recomendaciones que idealmente coadyuvarían a racionalizar el uso inadecuado que actualmente se hace de los recursos disponibles.

Presentado el anterior objetivo, puede deducirse claramente que no se pretende en este estudio plantear las soluciones definitivas de la problemática de la salud en el Municipio de Pasto, esto sería imposible mientras subsistan las estructuras económicas y sociales vigen-

tes en todo el país, se busca por tanto, únicamente aportar una radiografía de la situación con el propósito de brindar información a otros investigadores, a los gobernantes, a las políticas, etc., para que estructuren nuevos puntos de vista sobre el problema tratado.

En esta investigación se parte del análisis de la actual estructura de la economía colombiana como principal factor determinante del actual grado de desarrollo del sector salud en el país. Mediante la comprensión de esta premisa, era consecuente pasar al análisis de las políticas de financiación del estado para sus programas de salud, de donde es fácilmente deducible no sólo la insuficiencia de recursos presupuestales que restringen la ampliación de la cobertura de los servicios, sino que la irracional distribución y utilización de la infraestructura existente agrava el problema de proyectar una política austera y eficiente que evite los rechazos de muchos enfermos, principalmente campesinos y elementos marginados de las ciudades.

Al pretender ofrecer una descripción cualitativa sobre la calidad de los servicios de salud en el Municipio de Pasto, se hizo necesario partir de la información estadística oficial, sin embargo, al encontrar ciertos índices de subutilización de la infraestructura hospitalaria existente debido a una relativamente baja demanda por tales servicios, se optó por contrastar la confianza de dichas estadísticas con la realización de una encuesta socio-económica.

Tal confrontación ha llevado a una de las más dramáticas conclusiones de esta investigación: "mientras un 30% de la población total del Municipio de Pasto tiene algún grado de enfermedad, tan sólo reci-

de atención adecuada el 69% de dichos enfermos pero el porcentaje de ocupación de los hospitales de Pasto en 1980 tan sólo alcanzó el 70.5% de su capacidad instalada". A pesar de que la demanda efectiva en salud es superior a las facilidades físicas de los hospitales, éstos rechazan tal demanda en virtud de la escasez presupuestal para atenderla presentándose una aparente subutilización de la infraestructura existente.

Finalmente, la investigación culmina con el análisis de las fuentes de financiación de la salud a nivel Municipal y Departamental lográndose a demostrar que la permanente situación deficitaria no garantiza el desarrollo adecuado de los servicios de salud acorde al crecimiento poblacional y el estado general de insalubridad del Municipio.

Es ésta investigación un intento eminentemente epistemológico encaminado a esbozar nuevos interrogantes a futuros investigadores, que ayuden a suavizar la desesperante situación en materia de salud para los habitantes del Municipio de Pasto. La solución a los problemas aquí planteados rebasan el objetivo propuesto en esta investigación.

Es la persona que asiste por primera vez a una institución durante un período determinado.

Es un estudio hospitalario que nos indica el grado de utilización de los servicios.

Es la determinación de la enfermedad que sufre un paciente.

Casa de Hospital.

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados durante su estadía en el establecimiento. Además de las características...

Para el análisis de las actividades hospitalarias es preciso definir los siguientes términos:

**Paciente.**

Es una persona que utiliza los servicios de diagnóstico y tratamiento de un organismo de salud, ya sea ocupando una cama con fines de observación y cuidados terapéuticos (paciente hospitalizado) o asistiendo a los servicios de consulta externa (paciente ambulatorio).

Días cama disponibles.

**Consulta Médica.**

Es el producto del número de camas disponibles de la institución por unidad del servicio o atención profesional del consultorio externo y es la oportunidad de atención o tratamiento a un paciente ambulatorio.

**Paciente atendido por primera vez.**

Es la persona que asiste por primera vez a una institución durante un período determinado.

Es un índice hospitalario que nos indica el grado de utilización de la **Diagnóstico.**

Es la determinación de la enfermedad que sufre un paciente.

Días Cama Disponibles

**Cama de Hospital.**

Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados durante su estada en el establecimiento. Además de las características propias de un lecho para el enfermo, implica la prestación de un servicio tanto médico como general de un establecimiento de salud. Puede ser alta, cuando se retira vivo, o Defunción.

**Camas disponibles.**

Estada o estancia.

Son las camas habilitadas en los distintos servicios de un establecimiento de salud en condiciones de uso para la atención de los pacientes hospitalizados. Su índice está dado por:

**Días cama disponibles.**

Procedio Estancia:

Es el producto del número de camas disponibles de la institución por el número de días de un periodo dado (un año).

Es el número de camas disponibles en el periodo.

**Días cama utilizados.**

Es el número de egresos que produce una cama en un periodo dado.

Es la suma de los pacientes día durante un periodo.

**Porcentaje ocupacional.**

Es un índice hospitalario que nos indica el grado de utilización de las camas disponibles. Está dado por:

Es un parámetro que mide la eficiencia en la utilización de una institución. Está dado por:

$$\% \text{ Ocupacional} = \frac{\text{Días Cama Utilizados} \times 100}{\text{Días Cama Disponibles}}$$

**Egreso, Institución:**  $\frac{\% \text{ Desocupación} \times \text{Promedio Días de Estancia}}{\% \text{ de Ocupación}}$

Unidad de servicio de la atención hospitalaria y es el retiro de un paciente de los servicios de internación de un establecimiento de salud. Puede ser: Alta, cuando se retira vivo, o Defunción.

Número proporcional de estadías en un tiempo y lugar determinados. Estadía o estancia.

Es el número de días de estadía, de atención prestada a un paciente egresado en el período; su índice está dado por:

Número proporcional de defunciones en un tiempo y lugar determinados.

**Promedio Estancia:**  $\frac{\text{Número de días de permanencia}}{\text{Número de egresos en el período}}$

**Morbilidad:**  $\frac{\text{Número de egresos en el período}}{\text{Número de camas de dotación}}$

**Giro de camas.**

Es el número de egresos que produce una cama en un período dado. Su índice está calculado por:

**Giro de camas:**  $\frac{\text{Número de egresos en el período}}{\text{Número de camas de dotación}}$

**Índice institución.**

Es un parámetro que mide la eficiencia en la utilización de una institución. Está dado por:

Indice institución: % Desocupación x Promedio Días de Estancia

% de Ocupación

ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD EN COLOMBIA

**Natalidad.**

1.1 Desequilibrio estructural de la economía colombiana.

Número proporcional de nacimientos en un tiempo y lugar determinados.

La inadecuación de las condiciones históricas colombianas para enfrentar sus graves problemas, forma parte de las tendencias de su

**Mortalidad.**

Resultaría por tanto utópico pensar en alcanzarlos sin introducir fuertes cambios en la estructura económica.

Número proporcional de defunciones en un tiempo y lugar determinados.

Algunos subsistemas los focos de enfermedad que hacen parte de las condiciones de vida del pueblo colombiano. Son de los factores de

**Morbilidad.**

que impiden en Colombia y que imposibilitan la aplicación de estrategias de desarrollo algunas, son la distribución de la riqueza

y la **Número proporcional de personas que enferman.**

La forma de la tenencia de la tierra, ha seguido variando hasta el presente, como un elemento relevante respecto a la distribución de

equilibrio de las propiedades: 78% de todas las unidades agrícolas son menores de 3 hectáreas y cubren tan solo el 4% del área cultivable.

El 43% de las unidades agrícolas están entre 5 y 50 hectáreas y cubren el 55% del área cultivable. Sobre estas unidades no se encuentran

la mayoría de las fincas comercialmente productivas. El 1% de todas las unidades agrícolas es mayor de 500 hectáreas, cubren el 31% del área cultivable y se encuentran explotadas predominantemente a su potencial.

(1)

(1) *Idem*, *El Tiempo*, Mayo 28 de 1978.

La producción agrícola, proveniente en un 45% de explotaciones modernas que obtienen semillas certificadas y cultivaban adecuadamente, ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD EN COLOMBIA de las tierras que se dedican al maíz, al 70% en el caso del trigo y la papa en conjunto. 1.1 Desequilibrio estructural de la economía colombiana. 17.730 millones mientras que las explotaciones modernas apenas alcanzan 37.000. La incapacidad de las condiciones históricas colombianas para enfrentar sus graves problemas, forma parte de las tendencias de su proceso de crecimiento económico. Resultaría por tanto utópico pretender atacarlos sin introducir fuertes cambios en la estructura económica. Con menor razón podría hablarse de una estrategia de salud para todos mientras subsistan los focos de enfermedad que hacen parte de las condiciones de vida del pueblo colombiano. Dos de los factores de terminantes de la miseria en Colombia y que imposibilitan la aplicación de estrategia de desarrollo alguna, son la distribución de la riqueza y la tenencia de la tierra.

La forma de la tenencia de la tierra, ha seguido teniendo, hasta el presente, como su más relevante aspecto, a la distribución de las propiedades. "El 56% de todas las unidades agrícolas son menores de 3 hectáreas y cubren tan solo el 4% del área cultivable. El 43% de las unidades agrícolas están entre 5 y 500 hectáreas y cubren el 65% del área cultivable. Entre estos últimos se encuentran la mayoría de las fincas comercialmente productivas. El 1% de todas las unidades agrícolas es mayor de 500 hectáreas, cubren el 31% del área cultivable y no se encuentra explotada adecuadamente a su potencial". (1). *El Tiempo*, Abril 22 de 1976.

(1) *El Tiempo*, 22 de Abril de 1976, Bogotá, Colombia.

(1) ICAC, *El Tiempo*, Mayo 28 de 1978.

condiciones La producción agrícola en 1975, provenía en un 45% de explotaciones modernas que obtenían semillas certificadas y cultivaban mecanizadamente. Estas empresas capitalistas cubren el 24% de las tierras que se dedican al maíz, el 70% en el caso del trigo y tomando un conjunto de 18 cultivos mayores, resulta que su producción es de \$17.730 millones mientras que las explotaciones parcelarias apenas alcanzaron \$7.060 millones, o sea menos del 40% (2).

En cuanto se refiere al Sector Industrial, éste se presenta en una dramática concentración de la producción en las cuatro áreas industriales más importantes del país, mostrando una excesiva centralización industrial generadora de polución y promiscuidad atentatorias de la salud en general (3).

Sin intentar políticas claras y definidas para contrarrestar el flagelo de la contaminación ambiental, dentro del Sector Industrial la pequeña y mediana industria representan el 95% de los establecimientos industriales existentes, ocupan el 45% de la mano de obra del sector, generan el 35% de la producción bruta y abarcan el 42% del consumo de productos intermedios industriales. (4)

En sentido general, los procesos técnicos manufactureros colombianos han consistido básicamente en la transformación de bienes de consumo a bienes intermedios. Los diferentes programas de desarrollo

---

(2) FEDEFAPA, El Tiempo, Septiembre 15 de 1976.

(3) ANDI, El Tiempo, Abril 22 de 1976.

(4) Conferencia Regional sobre el empleo, Cartagena, El Tiempo, Mayo 4 de 1976.

económico presentados por los Gobiernos Colombianos a partir de 1951, han hecho muy poco énfasis sobre la participación de la pequeña y mediana industria productora de bienes de consumo intermedios en su gran mayoría, y generadoras de menores volúmenes de acumulación de capital, comerciantes, granjeros, cafeteros, algodoneros, azucareros, etc. Ahora bien, en relación a la escasa diversificación de la industria colombiana, las bajas e ineficientes escalas de producción, debido a la subutilización de la capacidad instalada pero con altas tasas de retorno a la inversión debido a la ausencia de competencia en los precios asignados, además de contraer la expansión de la demanda doméstica, se constituye en una barrera a la diversificación de la producción. Si durante 1975 las exportaciones colombianas totales aumentaron, ello se debió fundamentalmente al café y no a los productos nuevos; la contribución de productos básicos puede considerarse como la más importante, si se tiene en cuenta que los incrementos registrados en el café, azúcar, algodón, arroz, banano, ganado y torta de soya, equivalen al 68% del total y ascienden a 547.359 toneladas (5).

En lo que se refiere al comercio, en el período 1970-75, el comercio global colombiano se ha desarrollado en un promedio anual cercano al 18%, sin embargo, el bajo nivel de ingresos de una alta proporción de la población es un obstáculo. Se ha considerado que solamente una tercera parte de la población colombiana participa en el comercio de bienes y servicios en algún grado económicamente significativo (6).

---

(5) ANDI, Industria y Exportación, Mayo de 1976.

(6) ZSCHOCK Dieter, Manpower Perspectives of Colombia, Princeton University Press, 1967, pág. 18.

Puede perfectamente afirmarse que solamente el componente económico de alta productividad está bien representado y servido, es por ello precisamente que se tiende a abrir más la brecha entre los sectores de alta y baja productividad. Por ejemplo, los industriales, comerciantes, ganaderos, cafeteros, algodoneros, arrozeros, azucareros, tabacaleros y cultivadores de cebada, tienen fuertes organizaciones gremiales que defienden sus intereses, logrando que obtengan oportunos créditos, asegurados mercados y eficientes servicios incluyendo una buena atención en materia de salud, mientras que el aparcerero, el colono, el campesino y el obrero no cuentan con tales ayudas ni siquiera en lo relativo al saneamiento ambiental o a la atención preventiva, circunstancias éstas que determinan el nivel de infradesarrollo del pueblo colombiano. Y entre las mejores causas, vale la pena tener en cuenta la responsabilidad de los trabajadores.

Ahora bien, en relación a los aspectos demográficos, analizamos que en Colombia fueron necesarios 100 años para llegar a dos millones de habitantes, pero en las circunstancias actuales se tiene una población adicional de dos millones cada treinta meses. La tasa actual de crecimiento de la población colombiana se encuentra alrededor del 2% anual (7).

Cada año mueren en Colombia 88.000 niños menores de 5 años por problemas nutricionales. El 60% de los niños colombianos de 5 años, tienen algún grado de desnutrición, y el 41% de las defunciones a ese mismo nivel de edad ocurre por igual circunstancias (8).

(7) - BARCO VARGAS, Virgilio, El Tiempo, Agosto 22 de 1980.

(8) B.N.P., El Tiempo, Mayo 29 de 1976, pág. 14.

situación, la población colombiana calculada por el Dane para finales de 1982 será de 27'503.000 habitantes, repartidos en 18'217.020 pobladores urbanos y 9'285.980 rurales. De la cifra total, 15'783.860 estará en condiciones de trabajar pues sus edades oscilarán entre los 10 y los 65 años. Pero la población económicamente activa solo suma 6'790.504 de los cuales son hombres 5'012.047 y 1'778.457 son mujeres.

De esa población económicamente activa, estarán trabajando 5'817.083 pues la tasa de desocupación conserva una tendencia del 14.33%. En esa circunstancia, surge una cifra de 973.421 desocupados. El porcentaje de desocupación en hombres se estima en el 11% y de mujeres en el 23%. Entre los cesantes, hombres los jefes de hogar constituyen cerca del 40% y entre las mujeres cesantes, solo un 20% tiene esa responsabilidad.

El desempleo visible es tan solo un síntoma más notorio de un problema mucho más grave: el de un sector de la población que se esfuerza por vivir con ingresos muy inferiores a los necesarios para una alimentación y salud razonables, por no decir bienestar. Es el subempleo (9).

Ante una grave situación de desempleo, las diferencias entre las capacidades de absorción en subempleo de los sectores rural y urbano, han llegado a ser causales importantes de los flujos migratorios, dando lugar a la aparición de los cinturones de miseria en los tugurios de las ciudades, al alcoholismo, abandono de los hogares, la pro-

---

(9) O.I.T., Hacia el Pleno Empleo, Ginebra, pág. 14.

situación, el aborto, la delincuencia, la desnutrición, el ausentismo escolar y gran descuido en materia de salud, todo ello enmarcado dentro de un creciente resentimiento social. El crecimiento de los recursos naturales, la politización improductiva en la que se han canalizado las energías es por supuesto que todos estos factores innumerables guardan una estrecha relación con el bajo nivel de ingresos del pueblo trabajador colombiano, pero allí no queda todo. Los privilegios y los abusos industrializados.

La Administración Pública tampoco ha sido prouca de garantía a los ojos del ciudadano colombiano. Es sabido de las frecuentes denuncias de funcionarios debido a manejos ilícitos de la cosa pública, en la que se incluyen peculados, sobornos, prevaricatos, chantajes y toda clase de delitos, para no citar la permanente situación de explotación de la caja del estado, ni los frecuentes préstamos necesarios para hacer frente a los compromisos de la deuda externa, ni la dramática parálisis de la inversión hospitalaria a pesar del crecimiento de la demanda por salud.

En resumen, todos estos factores y muchos más que no se mencionan, limitan la capacidad de los gobiernos para realizar un plan de desarrollo global de la economía colombiana. Ha sido de primera relevancia para la existencia de una insalubridad crónica en Colombia, el desequilibrio general que padece toda la economía y secundariamente la magnitud de los esfuerzos que en materia de salud se hayan realizado.

El crecimiento exagerado de la población y la tendencia a la formación de polos de desarrollo en la economía colombiana, coinciden en determinar grandes masas marginadas. Al presente demuestran también

han incidido las obsoletas estructuras en el campo, el desmoronamiento venal y burocrático del sistema judicial, la profunda desigualdad en la distribución de riquezas, el mal aprovechamiento de los recursos naturales, la politización improductiva en la que se han canalizado las energías nacionales, y las expectativas crecientes de la población mediante el exhibicionismo en los medios de comunicación sobre el consumo suntuoso e irresponsable de las clases privilegiadas y los países industrializados.

La existencia del desequilibrio entre el creciente económico colombiano, la explosión demográfica, la estrechez de la participación de la población en la producción, la deshonestidad administrativa, han determinado la pauperización creciente de la fuerza laboral colombiana acompañada desde luego, con alarmantes índices de morbilidad y mortalidad alentados por el empeoramiento de las condiciones de vivienda y de salud.

Una de las principales ambiciones de los recientes gobiernos de Colombia ha sido formular una estrategia sistemática del desarrollo la verdad es que los sectores más pobres de la población se han beneficiado poco o nada del crecimiento aproximado del 5% de la economía desde mediados de los años 50. El tercio más pobre de la población rural seguramente no se encuentra en mejores condiciones de vida que en los años 30. (10), y su incidencia particular en el problema de la salud del pueblo colombiano podrá detectarse en el siguiente análisis del desenvolvimiento de los programas de salud pública en el país.

---

(10) O.I.P., Op. Cit. pág. 15. de Salud, 1960.

## 1.2 La Salud Pública en Colombia.

de salud y hospitales, permiten que se pueda brindar atención médica adecuada.

Uno de los componentes más determinantes del círculo vicioso que obstruye la obtención de mejores condiciones de vida y de productividad del pueblo colombiano lo constituyen la mal nutrición, las pobres condiciones higiénicas y el bajo nivel de educación.

por los servicios públicos, privados y de seguridad social. El resultado significa-

A pesar de que el crecimiento de la población pasó del 3.5% anual en 1970 a 2.0% en 1981 y de la sistemática disminución de la tasa de natalidad entre un 40 y 45% entre 1965 y 1980, sufrimos las consecuencias de la explosión demográfica de décadas anteriores, principalmente en materia de vivienda, de desempleo y servicios asistenciales de salud. Para 1981, el índice de desempleo se estima en el 14.33% de la población económicamente activa, mientras que el déficit de vivienda se estima en 1'200.000 soluciones de vivienda. Solamente un 58% de los hogares colombianos vive en casa propia (11).

Facultad  
Administrativa

En Colombia, puede decirse que existe un acceso fácil a los servicios de salud, pero éstos son insuficientes. El 71.1% de la población residente en las zonas rurales gasta 2 horas o menos en llegar al hospital más cercano utilizando su medio corriente de transporte, y el 67.4% de la misma población gasta 2 horas o menos en llegar a un centro o puesto de salud. Esto significaría que existe en Colombia una excelente disponibilidad de servicios para la población campesina, sin embargo, ni la facilidad de desplazamiento del campesino, ni los recur-

(11) Minsalud, Estudio Nacional de Salud, 1980, mayo 15 de 1979

ses de salud disponibles, ni la capacidad de atención de los centros de salud y hospitales, permiten que se pueda brindar atención médica adecuada (12). En Colombia, se considera que una población se halla cubierta en materia de salud cuando se le ofrece la posibilidad de acceder y alrededor de 600.000 personas (aproximadamente una de cada 390 solicitudes de atención médica) fueron rechazadas por los servicios públicos, privados y de seguridad social. El rechazo significa que no recibieron atención oportuna. La tasa de rechazo es mayor en las instituciones hospitalarias que en la atención ambulatoria institucional o privada (13). El índice de horas, control de pupas y mejoramiento de la vivienda. No obstante que los recursos nacionales Los hogares con ingresos equivalentes o inferiores al salario mínimo representaban en 1965 el 40%, mientras que en 1980 representaban el 16%. Esto quiere decir que está aumentando la población de clase media en el país. También estadísticamente la población colombiana se ha producido un sustancial aumento del ingreso, en pesos constantes, de la población de más bajas condiciones económicas. Sin embargo, todavía el grupo que carece de los servicios más elementales en materia de salud comprende aproximadamente 6 millones de habitantes (24% de la población) y está constituido por poblaciones rurales y urbanas marginadas (14). mortalidad infantil fue más espectacular. En 1980 La meta a cumplir el 100% de cobertura en materia de salud para el año 2.000, como un compromiso de Colombia ante la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, la principal falla de los programas

(12) Minsalud, Estudio Nacional de Salud, 1980 materia de medicina  
(13) Minsalud, Ibid. de asistencia, vacunación y educación sanitaria.  
(14) TURBAY AYALA, Julio Cesar, El Tiempo, Febrero 15 de 1979

Mundial de la Salud dentro del Programa de Salubridad para todos en el Dos Mil, se ha ido acercando en los asentamientos urbanos no así en los rurales. En Colombia, se considera que una población se halla cubierta en materia de salud cuando se le ofrece la posibilidad de demandar y recibir como mínimo los siguientes servicios básicos: a) en atención a las personas, atención médica y odontológica con personal auxiliar, suministro de medicamentos seleccionados, aplicación de vacunas y educación nutricional, y complementación alimentaria; b) en atención al ambiente, provisión adecuada de agua, eliminación sanitaria de excretas, disposición higiénica de basuras, control de zoonosis y mejoramiento de la vivienda. No obstante que los recursos nacionales y departamentales, tanto del Ministerio de Salud como de los institutos descentralizados, han crecido en la misma proporción del presupuesto de todo el sector de la salud (100% entre 1979 y 1982), se presentan dificultades con los departamentos por los recaudos del impuesto a la cerveza y las loterías, e igualmente por la venta de servicios a otras entidades del estado. Sustancial mejoramiento de la disponibilidad de agua de acueducto en relación a 1965. La disponibilidad de agua es muy cierta que la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo la general era en 1970 de 8.9 por cada mil habitantes y pasó a 6.7 en 1978. El descenso de la mortalidad infantil fue más espectacular. Pasó en las mismas fechas de 123 a 69 por mil y se calcula que a finales de 1982 será de 62. Igualmente está ocurriendo con la morbilidad. Indudablemente, el aumento de la cobertura en salud está jugando un papel importantísimo, sin embargo, la principal falla de los programas de salud en Colombia se refieren al descuido en materia de medicina preventiva, saneamiento ambiental, vacunación y educación sanitaria.

- (17) Mundial, Op. Cit.  
(18) I.M.D.

El 17.9% de la población del país nunca ha consultado a un médico. El 3.7% de las consultas por enfermedad o accidente se hizo a tегuas o curanderos, el 7.7% a boticarios o farmacéutas y el 0.4% a comadronas. El 25% a otro tipo de personas tales como amigos o parientes, el resto de consultas se hizo a personal médico, paramédico o auxiliar de salud. En Bogotá, la ciudad con mayores recursos de salud científicos, se presenta una alta proporción de consultas a tегuas o curanderos (6.2%). Una de cada cinco personas consume medicamentos no ordenados por el médico. El 3% de la población consume antibiótico no formulado por el médico y el 11% consume solo analgésicos (15).

Respecto a acueductos, hay un cubrimiento del 90% en total y 80% con agua potable en las ciudades, contra un 50% y 15% para cada rubro en las zonas rurales (16).

El 60.4% de los hogares colombianos está conectado con la red de acueductos, lo que representa un sustancial mejoramiento de la disponibilidad de agua de acueducto en relación a 1965. La disponibilidad de agua aceptable en calidad se eleva al 75% pues muchos hogares tienen fuentes propias adecuadas (17).

El alcantarillado no alcanza a tenerlo el 65% de las ciudades con más de 100.000 habitantes y no llega al 15% las poblaciones rurales que lo poseen (18).

(15) Minsalud, Estudio Nacional de Salud.

(16) SOCARRAS, José Francisco, La Salud en Colombia, El Tiempo, Marzo 31 de 1982.

(17) Minsalud, Op. Cit.

(18) IRID.

El 31.2% de los hogares no tienen adecuados sistemas de eliminación de excretas. No obstante, la situación ha mejorado pues en 1965 el porcentaje era de 43% (19).  
... y por transmisión de enfermedades a través de parásitos y animales.

Existe alta contaminación orgánica por detritus humanos y de residuos industriales, químicos y del café en los ríos Bogotá, Medellín, Magdalena y Cauca. Las aguas estancadas, limpias y cenagosas, aparecen por doquier. De allí el aumento de la malaria y del dengue en el país. ...  
... la misma cantidad de personas. La enfermedad equiva ...  
En 1978, hubo 55.000 enfermos de paludismo que subieron a 61.400 en 1981. Cabe anotar que la malaria ha aumentado en todo el mundo. Los mosquitos se han vuelto resistentes a los insecticidas y éstos han encarecido por los costos del petróleo. Hemos descendido en vacunación de acuerdo con las siguientes cifras que se refieren a personas vacunadas en 1979 y 1980 respectivamente: poliomielitis 420.945 y 312.012, DPT 384.830 y 294.706, sarampión 729.918 y 383.740, BCG 1'087.571 y 389.605, fiebre amarilla 284.656 y 239.200, tétanos 74.429 y 86.423 (20).

Es muy poco lo que hacemos en educación sanitaria, renglón en el cual brilla por su ausencia el Ministerio de Educación. El 43% de los hogares convive con gallinas, el 18.5% con cerdos, el 55.2% con perros y el 32.3% con gatos. La convivencia con cerdos se considera alta y peligrosísima para la salud (21).

(19) IBID.

(20) SOCARRAS, José Francisco. Op. Cit.

(21) Minsalud. El Tiempo, febrero 15 de 1979.

(21) Minsalud. Op. Cit.

rios, que Sin embargo, la División de Saneamiento Ambiental de Minsa-  
lud adelanta algunos proyectos para eliminar los riesgos de epidemias  
causadas por la contaminación de alimentos y por transmisión de enfer-  
medades a través de parásitos y animales. pérdidas al país por más de  
mil millones de pesos. También previenen de la leche controlada e

En el campo de la zoonosis, se está trabajando básicamente  
en la erradicación de la rabia canina. La encefalitis equina, la brucelosis y la tuberculosis. En efecto, en 1970 los casos de rabia eran  
de 0.15 por cien mil personas mientras que en 1978 fueron de 0.011 por  
la misma cantidad de personas. La encefalitis equina que en 1975 con-  
dujo a la muerte de 200.000 personas ha rebajado sustancialmente con  
el plan de vacunación que se emprendió ese año y que aún continúa. Por  
lo que respecta a la brucelosis apenas desde 1980 se ha emprendido un  
programa de cobertura nacional para detectar hasta donde ha afectado  
este flagelo a los colombianos (22).

En el campo de los alimentos, los programas de Saneamiento  
Ambiental han puesto énfasis al consumo de la leche y la carne, tenien-  
do en cuenta los siguientes problemas: la producción de la leche en  
1978 fue de 2.229 millones de litros anuales, de los cuales el 42% se  
consume como leche cruda, un 22% como leche pasteurizada, un 20% fue a  
las fábricas de productos lácteos, un 5% se consumió en los hatos y un  
11% se utilizó en la producción de quesos. Ahora bien, teniendo en  
cuenta que en el país hay <sup>70</sup> 34 pasteurizadoras con una capacidad instala-  
da de 3.5 millones de litros diarios, pero que no utilizó sino el 40%  
de dicha capacidad, su producción sería de 1.4 millones de litros dia-

(22) Minsalud, El Tiempo, Febrero 15 de 1979.

(23) Minsalud, El Tiempo, Mayo 27 de 1976.

rios, que para un consumo de medio litro por habitante supone que solo el 10% de la población colombiana consume actualmente leche en condiciones higiénicas. La leche contaminada causa enfermedades como la brucelosis, que en el año de 1978 originó pérdidas al país por más de mil millones de pesos. También provienen de la leche contaminada otras epidemias como la fiebre tifoidea, la gastroenteritis, la enteritis, la difteria, la tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas. La enteritis y diarreas ocasionadas por leches y aguas contaminadas ocuparon en 1978 el primer lugar entre las causas de mortalidad con una tasa del 49 por cada cien mil habitantes. En 1976, estos flagelos se habían constituido en el primer origen de egresos hospitalarios con una incidencia de 56 mil egresos (salidas) y 293 mil días de hospitalización. Por su lado, en 1976 había en el país 823 mataderos y 473 planchoneras (o método tradicional de sacrificio). Solo en el 0.6% de mataderos se realizaban técnicamente las labores de sacrificio con personal y equipo adecuados, pues en estos mataderos se realiza la inspección de las carnes de exportación. En el 2% de los mataderos se realizaba la inspección y control de las carnes con personal sin adiestramiento sanitario. En el 38% se hacen reses con inspecciones y control de manera eventual y deficiente, y en el 59.4% no se realiza ningún tipo de inspección o control de las carnes. Más de 50 millones de aves por año son sacrificadas sin ningún tipo de inspección sanitaria (23). Por otra parte, el Ministerio de Salud dispone de 55 estaciones de las carnes originan varias enfermedades, tal vez con la de mayor incidencia en la población colombiana el parásito intestinal llamado tenia, pero en general no se tienen estadísticas sobre estos flagelos.

(23) Minsalud, El Tiempo, Mayo 27 de 1976.

Los programas actuales del Ministerio de Salud contemplan la construcción de 92 nuevos mataderos y la remodelación y modernización de varios de los existentes en un programa que cubre tres años. Así mismo se continuará con el programa de licencias para las fábricas de alimentos y bebidas no alcohólicas que ha dado hasta la fecha excelentes resultados si se considera que ya han recibido su licencia de funcionamiento 753 fábricas en primera categoría (mercado nacional), 636 de segunda clase (mercado departamental) y 2.387 de tercera o nivel municipal (24).

En cuanto a contaminación atmosférica, (en 1978) los insuficientes sistemas de control de que dispone el país descubrieron que el sector automotriz, la industria en general y la generación de energía produjeron 3 millones de toneladas de contaminantes, sin embargo, no se ha detectado la contaminación que producen la combustión de materias vegetales, de basuras, de bosques y recursos naturales, la extracción de recursos y otras fuentes. Se sabe por ejemplo, que el 90% de monóxido de carbono es producido por los automotores y que éste tipo de contaminación está creciendo a un ritmo del 7% anual por causa del sector automotriz y el 6% en lo que atañe al sector industrial.

Para examinar las tendencias de la contaminación y adoptar las correctivas del caso, el Ministerio de Salud dispone de 55 estaciones de medición en las principales ciudades del país, sin embargo, ésta red no cuenta con equipos adecuados ni en plan de reposición. Cabe agregar que el sector privado ha emprendido un ambicioso plan de

(24) Minsalud, El Tiempo, Febrero 15 de 1979.

neamiento del medio ambiente con inversión que hasta el año de 1978 ascendía a 1.500 millones de pesos.

En sentido general, puede decirse que las condiciones de salud del pueblo colombiano desde el punto de vista estadístico han mejorado, pero tal vez aún estamos muy lejos de decir que es un pueblo sano. A pesar del innegable esfuerzo que se hace para mejorar la atención en salud existen factores estructurales, de índole económica y social, que impiden un cubrimiento total. Aparte de la todavía insuficiente red hospitalaria, la falta de coordinación entre las diferentes entidades que conforman el sector de la salud impide la eficiente utilización de dichos hospitales. Una pequeña parte de la población total recibe una parte desproporcionadamente grande del total de los fondos disponibles. Las serias deficiencias de alimentación, vestido, techo, salud y educación del pueblo colombiano requieren mayores recursos para satisfacer todas éstas necesidades de los diferentes grupos de población. La atención en salud compite por los aportes financieros adicionales con los otros requerimientos. La asignación de más fondos a la salud se hace a expensas de las otras. Es por ello que la aparente satisfacción en materia de salud no tiene impactos positivos por cuanto las deficiencias de las demás necesidades hace retroceder lo que se había avanzado en salud. El resultado: Colombia es un país de enfermos.

FIN  
DE 1er  
CAP

En cuanto a enfermedades profesionales, en 1971 alcanzaron el 11,58%. Las enfermedades endémicas y epidémicas han descendido pero aún es alarmante su incidencia, como puede verse comparando las cifras de 1977 y 1980 para los casos de sífilis (15.683 y 15.165), blenorragia (40.545 y 37.636), afortunadamente la lepra disminuye (1.280 y 773) y que pronto el plan será erradicado.

Según un diagnóstico de impresión, el 2.6% de los colombianos tiene alguna enfermedad producida por hongos, casi el 1% tiene sarna. Tres de cada mil tienen piojos. Menos del 1% bocio. El 2.6% son obesos. El 1.2% tienen algún tipo de trastorno mental, ya sea neuresis o psicosis. Aproximadamente 5 de cada mil padecen retraso mental y epilepsia. El 7% tiene várices en las piernas. El 10% alguna enfermedad respiratoria aguda. Las infecciones respiratorias crónicas como enfisema, bronquitis y asma, se encontraron en el 2% de la población. El 1% tiene hernia inguinal. El 4% de los hombres tienen hipertrofia de la próstata y el 7% de las mujeres tiene prolapso genital (25). En Colombia tenemos 1'815.000 minusválidos y de ellos 906.570 son menores de 18 años (26).

El trabajador colombiano promedio, tiene limitada su actividad durante 13.6 días al año por motivos de salud, lo cual suma para toda la fuerza laboral 96 millones de días. Si se supone un salario bajo diario de 390, vigente en 1979, esa pérdida representa más de 8 mil millones de pesos en el mismo año (27). No más que por parte del ISS las incapacidades en 1979 representaron un pago de 830 millones de pesos para 6'052.987 días, por casos de maternidad 862.265, accidentes de trabajo 841.325, enfermedad no profesional 2'485.868 y otros menores como casos operatorios y enfermedad profesional (28).

En cuanto a enfermedades profesionales, en 1971 alcanzaron el 11.58% de los casos mientras que en 1978 tan solo el 9.21%. Su dis-

(25) Minsalud, El Tiempo, Febrero 17 de 1982

(26) SOCARRAS, José Francisco, Op. Cit.

(27) D.N.P., El Tiempo, Mayo 29 de 1980

(28) ISS, El Tiempo, Marzo 2 de 1981

tribución se establece así: 40.98% hipocamias debido a la falta de protección contra el ruido, 27.5% neumoconiosis debido a la falta de protección contra el polvo de silice, calcio, etc., en el trabajo de canteras, fábricas de cemento y otros; el 12.36% lumbalgias, 8.48% dermatitis, 4.94% saturnismo y 56.3% de otras enfermedades (29).

Respecto al total de la población en 1979 alrededor de 12.100 millones de pesos consumieron en el año los colombianos en bebidas alcohólicas. El 43.4% de la población de 15 y más años toma bebidas alcohólicas. La quinta parte lo hace más de una vez por semana. El 45% lo hace desde hace 15 o más años. Existen en la actualidad 525 mil enfermos alcohólicos que requieren tratamiento. Los empleados de empresas industriales constituyen casi las tres cuartas partes del contingente de enfermos alcohólicos, pero lo más grave es que dichos enfermos afectan psicológicamente a 3.5 millones de personas (30).

El 43% de los colombianos de 15 y más años fuma. El 22% fuma 10 cigarrillos o más por día, el 6.4% empezó a fumar hace menos de un año. El 41% de la gente que fuma lleva más de 15 años fumando. El 19.5% ha dejado de fumar (31).

De la más completa investigación que se ha realizado en Colombia sobre los problemas de salud (32) se extraen los siguientes da-

(29) SOGARRAS, José Francisco, Op. Cit.

(30) CISA, El Tiempo, Mayo 23 de 1976

(31) Minsalud, Estudio Nacional de Salud, El Tiempo, Febrero 17 1962.

(32) Minsalud, Ibid.

tos; el 13.9% de la población de tres y más manifestó tener algún problema dental durante las dos semanas anteriores a la entrevista de estas personas, el 75.7% sintió la necesidad de consultar al Odontólogo. (13)

El 1.5% de la población del país, tuvo en el mismo período de dos semanas, un accidente o una lesión o un envenenamiento. Esto significa alrededor de 9 millones 700 mil accidentes anuales de diferentes consecuencias. La tasa de accidentes es casi dos veces más alta en hombres que en mujeres. Es sustancialmente más baja en Bogotá que en el resto del país, pero los accidentes de tránsito tienen un mayor índice de ocurrencia en las grandes ciudades. El 33% de los accidentes ocurre en los hogares (47% en 1965) y en las calles o carreteras el 26.8% (14% en 1965). Los accidentes por caídas representan el 37%, por instrumentos cortopunzantes el 15%, por lanzamiento o caída de objetos el 10.4% y por vehículos automotores el 13.8%. Entre 1965 y 1980 se duplicó la incidencia de accidentes por vehículos automotores.

El 32.8% de la población se sintió enferma en un período de dos semanas por razones diferentes o accidentes o problemas dentales, de estos, el 78.1% sintió la necesidad de consultar. El 27% de los enfermos en el mismo período estuvo incapacitado uno o más días, calculados como 286 millones de días perdidos por año.

El 11.5% de la población consultó en un período de dos semanas por enfermedad o accidente (la tercera parte de los que se sintieron enfermos). Los que no consultaron habiéndose sentido enfermos, la mayoría alegó limitaciones económicas.

Por último, nos referimos al campo de la atención médica primaria. En 1981, la atención médica primaria contó con 5.205 promotores, 368 centros y 698 puestos de salud, con serios problemas relacionados con suministros, supervisión, deserción, transportes y no participación de la comunidad (33). La enfermera profesional a pesar de que puede representar una solución al problema nacional de salud, puesto que está en capacidad de tratar cierto tipo de enfermedades y realizar una labor de prevención siempre y cuando no invada la labor del médico y constituye un recurso más fácil y accesible para la comunidad, en Colombia, ha sido reducida a un escritorio ya que le está exigido coordinar mínimo 6 auxiliares y administrar las actividades de 20 habitaciones, a la vez que ejecuta las tareas propias de su profesión. Una enfermera está en capacidad de asumir campañas de vacunación o de control prenatal, prevención y hasta tratamiento de ciertas enfermedades como la tuberculosis o la hipertensión. Ella podría tener a su cargo el primer contacto con el paciente y determinar si necesariamente debe ir al médico.

Decisiones nuestros en algunas limitadas de atención en Colombia. Desde la perspectiva de que los problemas de salud en Colombia tienen distinta distribución de una región a otra, la mayoría de sus médicos trabaja donde menos se los necesita. La distorsión se agrava pronunciadamente porque la actitud perfeccionista de la especialización omite, de manera muy marcada, la atención de los principales problemas de salud. En otras palabras, no atienden en la proporción adecuada a quienes son pasto de las enfermedades predominantes o sufren las carencias más abrutadoras, para las necesidades del país. Hay

---

(33) SOCARRAS, José Francisco. Op. C. t. No. 4 Agosto/1981, México Pág 6  
(35) SOCARRAS, El Tiempo, diciembre 31 de 1981.

(1981) La distribución geográfica de los médicos indica claramente que este recurso humano se ha desarrollado hacia la satisfacción de la demanda de los estratos más importantes de los centros urbanos. Muy pocos médicos atienden en áreas rurales o en las pequeñas poblaciones. Colombia tenía en 1964, seis médicos por cada diez mil habitantes en los grandes centros urbanos, los cuales pasaron a 7 en 1970, mientras que en éste último año el dato correspondiente a "resto del país" era de cuatro médicos por cada diez mil habitantes (34).

La reiterada generalización de que el grado de desarrollo de un país determina el número de especialistas se contradice con la realidad colombiana, pues en el país el nivel de especialización es elevado, particularmente por las circunstancias de libre oferta y demanda por sus servicios. Esto es debido a que una fracción de la población que puede pagar tales prestaciones presenta exigencias diferentes en la necesidad de un subdiagnóstico, mientras que los organismos públicos y privados, generalmente actúan con criterios de especialización, aún no se advierte que una utilización eficiente de la mano-obra

Recientes muestreos en algunas facultades de medicina en Colombia indican que la búsqueda de especialización se mantiene como el interés principal del 60% de los futuros médicos, quienes no entienden la profesión sino como el ejercicio de una especialidad (35).

Según el psiquiatra Camilo Mejía Serna, Secretario Ejecutivo de la Asociación de médicos javerianos, en los últimos diez años se ha duplicado el número de facultades de medicina del país. El 1970 solamente había seis y eran suficientes para las necesidades del país. Hoy

(34) VISION, Informe Especial, Vol. 57 No 4 Agosto/1981, México Pág 6

(35) ASCOPAME, El Tiempo, Diciembre 31 de 1981.

(1981) únicamente en Bogotá funcionan cinco, siete más en el resto del país y existen proyectos para otras cinco. Se considera que por éste hecho en 1983 no habrá cupo para que los 2.800 egresados de entonces puedan hacer el año de internado y el año rural. Esta nociva proliferación está agravada por la falta de unificación en los currículos y por el negocio que se han montado en algunas facultades (36). La mayoría de los planes de estudio no corresponde a las exigencias nacionales, ajustándose más a los modelos de países desarrollados o a determinadas estructuras de salud inconsistentes a la población que descartan tanto por la demanda de atención, como por los factores restrictivos económicos y sociales. Escasos fueran los ingresos por impuestos generales y el seguro social. Otras fuentes de importancia, particularmente

El indudable como deseable progreso de la medicina y la tecnología médica en Colombia han traído perjudiciales distorsiones, ante la emergencia de una enfermedad el ciudadano común y marginado se ve en la necesidad de un autodiagnóstico, mientras que los organismos públicos y privados, generalmente montados con criterios de especialización, aún no advierten que una utilización eficiente de la hora-médico está en la acertada derivación de enfermos hacia las distintas ramas a partir de la tarea básica de un eficiente médico general.

La explicación más obvia para la insuficiencia del cubrimiento de los planes de salud a toda la población colombiana, tiene que ver con la carencia de recursos financieros, lo cual será tratado seguidamente.

(37) Ministerio de Salud Pública, Cuarto Incentivo Nacional en Salud 1974.

(36) BANCO MUNDIAL, Desarrollo Económico en Colombia. The John Hopkins University Press, Baltimore, 1970.

(39) IUSA.

(36) El Tiempo, Febrero 19 de 1981.

### 1.3 Financiamiento de la salud en Colombia.

Para 1974, el estudio del Ministerio de Salud indicó que el 25% del total de gastos del sector salud fue financiado por contribuciones a los sistemas de seguridad social.

Colombia tenía en 1974 una población de 25 millones de habitantes y un ingreso per-cápita de US \$500, de acuerdo con un estudio del financiamiento de la salud, llevado a cabo por el Ministerio de Salud, los gastos del sector salud representaban el 4.5% del PIB de ese año. Este era equivalente a un gasto per-cápita de aproximadamente US \$22 (37).

En 1970, las dos principales fuentes nacionales de financiación de la salud en Colombia fueron los ingresos por impuestos generales y el seguro social. Otras fuentes de importancia, particularmente en los niveles departamental y municipal, fueron el ingreso por concepto de loterías y operaciones de apuestas, y el impuesto a la venta de cerveza (40) como resultado del rápido incremento del nivel de financiamiento de la atención en salud a través de centros públicos, y a la ayuda externa para operaciones en el financiamiento total del sector en el período 1961 a 1965 hasta 2.8% en 1970 (38).

El gasto total a partir de estas fuentes se elevó de 1.8% del PIB entre 1961 y 1965 hasta 2.8% en 1970 (38).

En todo este decenio, el financiamiento del seguro social se incrementó en un 700% hasta llegar a contabilizar por lo menos la mitad del total de aportes privados para la salud. En contraste, durante el mismo período el financiamiento del sector público para la atención de la población general solamente aumentó en cerca del 240% (39).

---

(37) Ministerio de Salud Pública, Gasto Institucional en Salud 1974.

(38) BANCO MUNDIAL, Desarrollo Económico en Colombia. The John Hopkins. University Press, Baltimore, 1970.

(39) IDEM.

(40) BOGOTAS, José Francisco. C. S. S.

Para 1974, el estudio del Ministerio de Salud indica que el 25% del total de gastos del sector salud fue financiado por contribuciones a los sistemas de seguridad social, privado y gubernamental, a través de la nómina de pago. Un porcentaje semejante fue cubierto por los subsidios gubernamentales a éstos dos sistemas, y por ventas y cuotas directamente recogidas por las correspondientes instituciones de salud. De esta forma, tanto en 1974, como en 1970, cerca del 50% del total del financiamiento de la salud registrada en Colombia, fue utilizada en el sostenimiento de los sistemas de seguridad social en los sectores público y privado, los cuales, conjuntamente no cubren más de un 25% aproximado de la población.

El presupuesto total de Minsalud fue de 15.085.5 millones de pesos en 1979 y de 29.850.6 millones en 1982,

En el año de 1975, la población colombiana sin ninguna clase de cobertura se estimaba en nueve millones de habitantes (36% de la población) (40) como resultado del rápido incremento del nivel de financiamiento de la atención en salud a través de rentas públicas, y a la ayuda externa cuya proporción en el financiamiento total del sector pasó del 1% en 1968 a 10% en 1974, la porción del FIB correspondiente al sistema de salud había alcanzado el 4.5% en 1974.

Es importante mencionar que el estudio del Minsalud no incluyó una estimación de todos los gastos privados a nivel de las familias ni el funcionamiento generado en un número de fuentes diferentes a los mayores sistemas de seguros. Un análisis más reciente concluye que la medicina privada incluyendo la automedicación, es la destinataria de una porción sustancial del gasto a nivel de la familia y alcanza hasta

(41) ZSCHOCK, Dieter, Financiamiento de la salud en los países del tercer mundo. AID, Bogotá, 1979.

(40) SOCARRAS, José Francisco. Op. Cit.

el 3.3% de su ingreso disponible, por consiguiente el estudio de Minsalud subestima la proporción del Ingreso Nacional, utilizado en salud (41).

No hay datos disponibles sobre la tendencia 1974 - 1980, sin embargo se sabe que los ingresos del sector salud decrecieron en un 7% entre 1974 y 1978, y en general, la estructura del funcionamiento sigue igual a 1974. La política actual de financiación en Colombia incluye el cálculo de los aportes gubernamentales de tal forma que el presupuesto total de la salud equivalga a una cifra promedio del 15% del Presupuesto Nacional, mediante definidos incrementos anuales que van a la par del índice de precios. Así, el presupuesto total de Minsalud fue de 15.085.5 millones de pesos en 1979 y de 29.850.6 millones en 1982, lo cual equivale a un aumento anual aproximado del 30% en cada uno de los tres años, cifra consistente con los índices mencionados en esos mismos periodos (42). Es decir, que a precios constantes los recursos del sector oficial de salud han mantenido una tendencia estacionaria, agravándose la situación hasta el punto de ser en algunos años negativa, por la multiplicidad, inestabilidad y dificultades del recaudo de los mismos.

La red hospitalaria del país debe entenderse dentro del marco pauperizado que ha logrado mantener un relativo equilibrio en la ejecución presupuestal de los hospitales locales, regionales y especializados a tal punto que el déficit en estos niveles no ha sido superior

---

(41) ESCHOCK, Dieter, Financiamiento de la salud en los países del tercer mundo, AID, Bogotá, 1979.

(42) SOCARRAS, José Francisco. Op. Cit.

rías, la no consignación oportuna de los aportes descontados a los trabajadores, etc., pero sobre todo porque por cada peso invertido se gastan entre 85 y 95 centavos en gastos de funcionamiento que el estado no está en capacidad de cubrir y que a menudo terminan en el lucro cesante de costosos equipos e instalaciones (45).

135 Otro factor no menos importante es la corrupción administrativa que tiene lugar entre los funcionarios encargados de manejar los fondos de la salud quienes favorecen ciertos proveedores que establecen sobreprecios a las cotizaciones, se otorgan licitaciones sin las normas de procedimientos establecidos que descartan técnicamente las ofertas inconvenientes, y en general no existe una mística por parte del funcionario de salud para denunciar las corruptelas que ha ido introduciendo la naturaleza política de los argos directivos. Una comprobación exacta de esta anomalía fue la del ISS cuando debido a la presión de los gremios de patronos y de trabajadores por exigir mejores atenciones, el gobierno se vio precisado a establecer una reforma estructural, y hoy en 1982, a los cuatro años de su nueva reforma el ISS ha pasado de un déficit de 12.500 millones de pesos en 1978 a un superávit de 1.500 millones de pesos (46).

Por último y ya para concluir el análisis del problema de la salud a escala nacional es importante mencionar que la expansión de los servicios se torna crítica si se piensa en la población que debe ser atendida. Nada más en 1980 la población a cubrir era de 3'554.000

(45) ANEP, Op. Cit.

(46) ANEP, Op. Cit.

(46) ISS, El Tiempo, Junio 11 de 1982.

(13.2%), es decir la que no tiene ningún tipo de atención. Las cifras oficiales del Ministerio de Salud respecto a la atención prestada a la población colombiana en 1980, se reparte así: (47). La salud en el Municipio de Pasto.

Minsalud	13.3 millones	49.3%
ISS	2.8 "	10.4
Cajas de Previsión	2.5 "	9.3
Medicina Privada	4.8 "	17.8
Sin atención	3.55 "	13.2

Según cálculos conservadores de ANIF, el déficit de servicios en 1981 se calcula en medio millón de hospitalizaciones, lo cual para poder ser cubierto implicaría un gasto adicional de 9 mil millones de pesos para gastos de funcionamiento y de 30 mil millones de pesos para construcción y dotación de 14.125 nuevas camas hospitalarias. La magnitud de tales cifras conllevaría una elevación del 80% en el presupuesto de funcionamiento de los hospitales del país y aumentar 10 veces el presupuesto de inversiones del sector oficial de salud (48) solución virtualmente imposible sin modificar la actual estructura de ingresos del sector oficial. Por su parte, si se pudiese observar detenidamente las cifras dadas por Minsalud y compararlas con los niveles de ingresos del pueblo colombiano, seguramente se podría encontrar

---

(47) GALVO MUÑOZ, Harold. Informe al país. El Tiempo, Marzo 31 1981

(48) ANIF, Op. Cit.

una obvia inconsistencia respecto al cubrimiento de la medicina privada. Sin embargo, como no es de interés para esta investigación tal análisis, se continúa con el análisis del estado de la salud en el Municipio de Pasto.

## 2.1 Estudio de la Comunidad.

### 2.1.1 Situación Geográfica.

El Municipio de Pasto es la Capital del Departamento de Nariño, se encuentra situado en la región Central de la Cordillera Andina que atraviesa el Departamento, a los 1° 13' de Latitud Norte y 77° 17' de Longitud Oeste.

Tiene una extensión de 1.194 kilómetros cuadrados, la cual se halla dividida de acuerdo a los pisos térmicos de la siguiente manera:

Piso Térmico	Altura	Temperatura °C	% Superficie
Caliente	0 a 1.000 m	24 y más	0.4
Templado	1.000 a 2.000	17.5	14.0
Fresco	2.000 a 3.000	12.0	32.1
Húmedo	3.000 y más	menos de 12	53.5

### 2.1.2 Producción.

La actividad del sector urbano del municipio de Pasto se orienta a la actividad comercial necesaria al sector Agropecuario

del Sector Rural y el resto del Departamento de Nariño. La centralización del movimiento de carga que llega a la región pone de presente un claro indicativo de la importancia del Municipio de Pasto como centro de comercialización en el conjunto de la región. 53.1% del movimiento de carga lo hace a Pasto, el 27.8% a Ipiales, el 6.1% a Neoca y el 1.2% a Tumaco, de acuerdo a datos del INTRA Sección Nariño.

**EL ESTADO DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO**

**2.1 Estudio de la Comunidad.**

**2.1.1 Situación Geográfica.**

El Municipio de Pasto es la Capital del Departamento de Nariño, se encuentra situado en la Región Central de la Cordillera Andina que atraviesa el Departamento, a los 1° 13' de latitud Norte y 77° 17' de longitud Oeste. Tiene una extensión de 1.194 kilómetros cuadrados, la cual se halla dividida de acuerdo a los pisos térmicos de la siguiente manera:

La demanda de mano de obra especializada en el sector comercial es insuficiente para cubrir toda la población económicamente activa, dándose niveles de desempleo de tan solo el 77.7% mientras que el desempleo alcanza el 17.51% y el subempleo el 4.58% de la población económicamente activa (49).

Piso Térmico	Altura	Temperatura °C	% Superficie
Cálido	0 a 1.000 m	24 y más	0.4
Templado	1.000 a 2.000	17.5	14.0
Frijo	2.000 a 3.000	12.0	51.1
Páramo	3.000 y más	menos de 12	34.5

**2.1.2 Producción.**

(49) GUSTAVO FAJARDO, MAESTRO Y PÉRA CAICEDO, Magally. Incidencia de la Inversión en el Sector Urbano del Municipio de Pasto de grado, Universidad de Nariño, Facultad de Economía, 1982. se orienta a la actividad comercial necesaria al Sector Agropecuario

del Sector Rural y el resto del Departamento de Nariño. La centralización del movimiento de carga que llega a la región pone de presente un claro indicativo de la importancia del Municipio de Pasto como centro de comercialización en el conjunto de la región: 63.1% del movimiento de carga lo hace a Pasto, el 27.8% a Ipiales, el 6.1% a Mocca y el 3.2% a Tumaco, de acuerdo a datos del INTRA Sección Nariño.

POBLACION ESTIMADA EN PASTO Y EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Al terciarizarse la economía urbana en Pasto, se constituye el sector Comercio como la actividad de mayor absorción de mano de obra y de inversión de capital. Sin embargo, por carecer el Municipio de Pasto de una actividad productora de importancia, el sector comercial le infunde un carácter estático a sus posibilidades de alcanzar mejores índices de desarrollo que le permitan lograr una auténtica autonomía regional. La demanda de mano de obra ejercida por el sector comercial es insuficiente para cubrir toda la población económicamente activa, dándose niveles de empleo de tan solo el 77.91% mientras que el desempleo alcanza el 17.51% y el Subempleo el 4.58% de la población económicamente activa (49).

Pasto	151.468	30.249	181.717
Resto Departamento	193.459	536.003	730.262
<b>2.1.3 Población.</b>			
<b>T O T A L</b>	<b>344.927</b>	<b>567.052</b>	<b>911.979</b>

La evolución del crecimiento poblacional en el Municipio de Pasto así como el resto del Departamento de Nariño se puede visualizar en los siguientes cuadros.

Pasto	151.468	30.249	181.717
Resto Departamento	193.459	536.003	730.262
<b>T O T A L</b>	<b>344.927</b>	<b>567.052</b>	<b>911.979</b>

- (49) GUERRERO FAJARDO, Gladys y PERA CAICEDO, Magally. Incidencia de la Inversión en el estado de Empleo y Desempleo en Pasto, tesis de grado, Universidad de Nariño, Facultad de Economía. 1982.

Estableciendo la comparación de los índices de crecimiento se tiene lo siguientes

CUADRO N.º. 1

POBLACION ESTIMADA EN PASTO Y EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

AÑO	1 9 7 8		
	URBANA	RURAL	TOTAL
Pasto	145.567	30.257	175.824
Resto Departamento	190.459	523.269	713.728
TOTAL	336.026	553.523	889.549

1 9 7 9			
Pasto	151.468	30.249	181.717
Resto del Departamento	193.459	536.803	730.262
TOTAL	344.927	567.052	911.979

1 9 8 0			
Pasto	157.608	30.244	187.852
Resto Departamento	200.868	544.784	745.652
TOTAL	358.476	575.028	933.504

FUENTE: Oficina Departamental de Planación, Anuario 1980.

A partir de las diferencias de los porcentajes anteriores, puede observarse el crecimiento desproporcionado que va teniendo el municipio de Pasto. Estableciendo la comparación de los índices de crecimiento se tiene lo siguiente: el cual pone de presente el problema de migración del campesinado maricón a la capital.

Pasto, dentro del Departamento de Nariño no constituye en el principal centro de atracción, aunque carece de un desarrollo industrial, concentra condiciones económicas, educativas, de servicios públicos y culturales con mayor afluencia de población debido a que en el resto del Departamento no existen otras fuentes de trabajo diferentes al sector agropecuario, en consecuencia de absorber la mano de obra desplazada de la estructura agraria fundamentalmente al financista.

**INDICES DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 1979 a 1980**

A Ñ O S	1979	1980
Pasto	3.35	3.38
Resto del Departamento	2.31	2.10
T O T A L	2.52	2.36

FUENTE: Anuario Estadístico, Planeación Departamental, Pasto, 1980.

A partir de las diferencias de los porcentajes anteriores, puede observarse el crecimiento desmesurado que va teniendo el Municipio de Pasto simultáneamente a un crecimiento menor de la población para el resto del Departamento, lo cual pone de presente el problema de migración del campesinado mariconense a la capital.

Pasto, dentro del Departamento de Nariño se constituye en el principal centro de atracción, aunque carece de un desarrollo industrial, concentra condiciones económicas, educativas, de servicios públicos y culturales ocasionando una mayor afluencia de población debido a que en el resto del Departamento no existen otras fuentes de trabajo diferentes al sector agropecuario, en capacidad de absorber la mano de obra desalojada de la estructura agraria fundamentalmente minifundista.			
Mortalidad (1)	2.91	2.03	2.83
Mortalidad (2)	0.70	0.68	0.65
Crecimiento total	1.13	3.35	1.18
Migr. 2.1.4 Movimiento de población.		1.18	1.20

El siguiente cuadro relaciona mejor la magnitud del problema de migración, entre los Municipios - Nariño de Pasto

(2) Licenciosos de inhumación - Oficina de Defunciones, Pasto.

(2) Los datos corresponden a la Oficina de Defunciones.

La tasa de natalidad no es un indicador muy sensible de la fertilidad, ya que establece la relación entre los nacimientos totales con toda la población y no con las mujeres en edad fértil, de donde se deduce que una natalidad alta o baja puede depender del ritmo relativo mayor o menor de nacimientos que se produzcan sin que haya variación en la fertilidad.

**CUADRO No. 3**

**CRECIMIENTO POBLACIONAL DE PASTO 1978-1980**

De acuerdo al cuadro anterior se puede observar que

el índice de crecimiento representa directamente la relación entre el total de nacimientos en 1980 que fue de 5.318 con la población en 1978.	1978	1979	1980
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO</b>			
<b>Crecimiento vegetativo</b>	2.21	2.17	2.18
<b>Natalidad (1)</b>	2.91	2.85	2.83
<b>Mortalidad (2)</b>	0.70	0.68	0.65
<b>Crecimiento total</b>	3.33	3.35	3.38
<b>Migración</b>	1.12	1.18	1.20

**FUENTES:** (1) Registro de Nacimientos - Notarías de Pasto.  
 (2) Licencias de inhumación - Oficina de Defunciones, Pasto.

**2.1.3 Mortalidad.**

En relación a la mortalidad, la escasa asistencia médica y la baja calidad de ciertos diagnósticos reportados como enfermedad mal definida, hacen que el análisis de la mortalidad tenga limitaciones. Del cuadro No. 3 para 1980, el total de defunciones consi-

Las por la Oficina. La tasa de natalidad no es un indicador muy sensible de la fertilidad, ya que establece la relación entre los nacimientos totales con toda la población y no con las mujeres en edad fértil, de donde se deduce que una natalidad alta o baja puede depender del número relativo mayor o menor de mujeres en edad procreativa sin que haya variación en la fertilidad.

CUADRO N.º 4

De acuerdo al cuadro anterior se puede observar que el índice de natalidad presenta disminución entre 1978 y 1980. Si se relaciona el total de nacimientos en 1980 que fue de 5.316 con la población femenina de 15 a 49 años para ese mismo año, que equivale al 22.5% de la población total, se tiene una tasa de natalidad en relación al sexo de 125.7 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. En 1973, según el último censo este valor era de 107.6, lo cual pone de presente un crecimiento dramático de la fertilidad en Pasto (50).

Repartición	3	7	-	-	2	2	15
2.0.5	-	-	-	-	-	-	14
12	-	-	-	-	-	-	12
12	-	-	-	-	-	-	12
9	5	4	-	-	-	-	9
8	2.1.5	Mortalidad.	-	2	4	2	8
7	-	-	2	2	3	1	7

En relación a la mortalidad, la escasa certificación médica y la baja calidad de ciertos diagnósticos reportados como Enfermedad Mal Definida, hacen que el análisis de la mortalidad tenga limitaciones. Del cuadro N.º 3 para 1980, el total de defunciones concier-

das por la Oficina de Defunciones es de 1.221 mientras que las defunciones conocidas por las instituciones hospitalarias apenas alcanza la cifra de 434, o sea que tan solo son conocidas las causas del 36% de las defunciones. Es por ello poco probable que las tasas de mortalidad siguientes correspondiera a la existencia de un menor riesgo de morir.

CUADRO N.º 4

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN PASTO, 1980

CAUSAS	GRUPO DE EDADES						TOTAL				
	- 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	60 y más					
Afección pulmonar	4	15	5	1	3	2	30				
Diarrea Ent. 1 a 13 años	13	139	9	32.4	106	24.6	265	28.4	26		
Prematuridad años 20	20	36	8.7	63	14.6	99	11.5	20			
Desnutrición años 5	5	20	7	4.4	33	7.6	2	53	1	6.1	15
I.C.C. años 15 a 19	15	7	1.6	15	3	3.5	7	22	4	2.5	14
Afec. Cardiov.	-	-	-	-	4	5	3	12			
Otras	63	15.0	77	18.0	142	16.4	12				
Septicemia	2	3	2	1	3	1	12				
De 45 a 59	62	14.3	46	10.7	108	12.5	12				
Meningitis	5	4	-	-	-	-	9				
60 y más años	105	24.2	90	21.0	175	22.6	8				
Cáncer	-	-	-	2	4	2	8				
Inf. Mal Def.	-	434	100	430	2	100	3	664	1	100	7

De acuerdo a la actividad hospitalaria, las defunciones por grupos de edad en el Municipio de Pasto, si se considera la población total del Municipio, la mortalidad general hospitalaria alcanza la cifra de 0,23% mientras que la mortalidad infantil hospitalaria es de 0,56% para menores de 5 años. De la totalidad de casos conocidos por las instituciones hospitalarias el 32% corresponde a menores de un año y el 40% a menores de cinco años. Si se tiene en cuenta únicamente el total de pacientes en las instituciones hospitalarias, el índice de mortalidad para menores de un año en 1980 fue del 32% cifra también alcanzada si se considera que una

DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD, 1980

GRUPOS DE EDAD	PASTO		RESTO DEPTO.		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Menores de 1 año	139	32.0	106	24.6	245	28.4
De 1 a 4 años	36	8.3	63	14.6	99	11.5
De 5 a 14 años	20	4.6	33	7.6	53	6.2
Obstétricas	7	1.6	15	3.5	22	2.5
15 a 44						
Otras	65	15.0	77	18.0	142	16.4
De 45 a 59	62	14.3	46	10.7	108	12.5
60 y más años	105	24.2	90	21.0	195	22.6
TOTALES	434	100	430	100	864	100

FUENTES: Anuario Estadístico 1980, Servicio Seccional de Salud.

Como puede verse de los cuadros anteriores, la mortalidad infantil presenta proporciones alarmantes en el Municipio de Pasto, si se considera la población total del municipio, la mortalidad general hospitalaria alcanza la cifra de 0.23% mientras que la mortalidad infantil hospitalaria es de 0.56% para menores de 5 años. De la totalidad de casos conocidos por las instituciones hospitalarias el 32% corresponde a menores de un año y el 40.3% a menores de cinco años. Si se tiene en cuenta únicamente el total de nacimientos en las instituciones hospitalarias, el índice de mortalidad infantil hospitalaria para menores de un año en 1980 fue del 3.0% cifra también alarmante si se considera que una marca de referencia internacional establece como satisfactorios hasta el 2% de mortalidad en nacimientos dentro de un hospital, las primeras causas de muerte reportado la constituye la diarrea y los abortos.

En relación al Cuadro Es. 4, puede observarse que la primera causa de mortalidad en el Municipio de Pasto la constituye las enfermedades correspondientes al aparato respiratorio tales como bronquitis, enfisema, asma, bronconeumonía y la tuberculosis. Estas enfermedades están muy relacionadas con el hacinamiento, ya sea por la falta de viviendas suficientes o porque éstas no reúnen las condiciones mínimas de higiene.

La enteritis y otras enfermedades diarreicas ocupan el segundo lugar, explicándose este hecho como resultado del mal saneamiento y de la ausencia de agua potable, especialmente en la zona rural del Municipio.

Otra causa que merece destacarse por su importancia relativa es la malnutrición y avitaminosis, cuyas causas están dadas por la interacción de diversos factores tales como la disponibilidad de alimentos, el grado de educación de la población, la distribución del ingreso, el nivel de empleo, etc.

El Cuadro siguiente resume la evolución de las defunciones con los egresos, comparando los dos últimos años en institución hospitalaria del Municipio de Pasto. Aún cuando obviamente la situación ha mejorado, es preciso mencionar que la marca internacional recomendada no debe exceder de 4% de muertes respecto al número de egresos, o sea que una vez más se encuentra la baja calidad de la atención que ofrece el Hospital Infantil a la niñez.

Infantil	182	9.8	146	6.7
San Pedro	100	1.7	79	1.8
Subtotal Pasto	433	3.4	434	3.5
Resto del Depto.	484	3.1	430	2.6
TOTAL VALE	917	3.2	864	2.9

FUENTES: SEN, Anuario Estadístico, 1980, Pasto.

3.1.6 Morbilidad. El estudio en la morbilidad, los datos de los registros hospitalarios, la cual se relaciona con el estudio de la morbilidad. Los datos hospitalarios sobre morbilidad se relacionan con la morbilidad hospitalaria. Este registro se limita a la población que tiene acceso a los hospitales y que padecen afecciones lo suficientemente graves como para requerir hospitalización.

CUADRO No. 6

EGRESOS POR DEFUNCIONES POR HOSPITALES, 1979-1980

CUADRO No. 7

HOSPITALES	CINCO PRIMEROS DE MORBILIDAD, 1979-1980					
	1979		1980		1979-1980	
	Nº. Defunción	% Egresos	Nº. Defunción	% Egresos	Nº. Defunción	% Egresos
Departamental	151	3.2	209	3.7	360	3.4
Infantil 1 año	182	9.0	146	6.7	328	7.8
San Pedro	100	1.7	79	1.8	179	1.8
Subtotal Pasto	433	3.4	434	3.5	867	3.4
Resto del Depto.	484	3.1	430	2.6	914	2.8
TOTAL MARINO	917	3.2	864	2.9	1781	3.0
TOTAL	3,147	746	334	270	3,481	298

FUENTES: SSN, Anuario Estadístico, 1980, Pasto.

FUENTES: Anuario Estadístico, 1980, SSN, Pasto.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y CIENCIAS EXACTAS  
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS

2.1.6 Morbilidad. Al atención en la morbilidad, las afecciones intestinales diarreicas, la cual asciende al 49% sobre el total de las cinco primeras causas de morbilidad. Los datos disponibles sobre morbilidad solo se refieren a la morbilidad hospitalaria, este registro se limita a la población que tiene acceso a los hospitales y que padecen afecciones lo suficientemente graves como para requerir hospitalización.

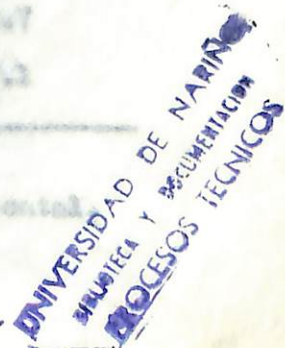
CUADRO N°. 7

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD, 1980

GRUPOS DE EDADES	CAUSA				
	DIARREA	VENEREA	A. PULMONAR	TOSFERINA	HEPATIV.
Menos de 1 año	1.666	-	5	71	12
De 1 a 4 años	1.341	2	23	133	93
De 5 a 14 años	63	5	69	66	75
De 15 a 44 años	52	719	145	-	16
De 45 a 59 años	14	19	61	-	1
60 y más años	11	1	31	-	1
<b>T O T A L E S</b>	<b>3.147</b>	<b>746</b>	<b>334</b>	<b>270</b>	<b>198</b>

FUENTES: Anuario Estadístico, 1980, SSN, Pasto.  
 TOTAL DEPARTAMENTO

FUENTES: Anuario Estadístico 1980, Planificación Departamental  
 Pasto.



Merece especial atención en la morbilidad, las infecciones intestinales diarréicas, la cual asciende al 67% sobre el total de las cinco primeras causas. El 7.1% corresponde a neumonías y tuberculosis, siendo esta la tercera causa de morbilidad en el grupo analizado. Esto debe presentar un estado dramático dado que en la actualidad los servicios de saneamiento son muy deficientes, los programas de alcantarillado no cubren toda la ciudad y el servicio de recolección de basuras es bastante irregular.

Las causas de hospitalización difieren notablemente de las principales causas de muerte, así, solo dos causas importantes de muerte como las diarreas y las afecciones pulmonares aparecen entre las diez primeras causas de muerte ocupando el primero y tercer lugar en morbilidades. Tanto el problema de disposición de excretas como el de latrinas e inodoros, son aspectos que traen como consecuencia la contaminación de la cadena de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas por la contaminación del agua, de la tierra y aún de la atmósfera.

### 2.1.7 Vivienda.

Al observar la distribución de la vivienda en Pasto, se puede tener una idea del grado de hacinamiento en el Municipio.

Para el Municipio de Pasto, en el año de 1980, en el cual el salario mínimo era de 24.500 mensuales, el nivel de ingresos se hallaba repartido de la siguiente manera, mostrada en el Cuadro N.º 8.

CUADRO N.º 8

### DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA EN PASTO, 1980

9.

AREA GEOGRAFICA	NUMERO	% DE POBLACION
Pasto	28.241	15.0
Resto del Departamento	132.043	17.7
TOTAL DEPARTAMENTO	160.264	17.1

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, Planeación Departamental. Pasto.

No se dispone de información sobre el estado sanitario de las viviendas en el Municipio de Pasto, sin embargo, esta situación debe presentar un estado dramático dado que en la actualidad los servicios de acueducto son muy deficientes, los programas de alcantarillado no cubren toda la ciudad y el servicio de recolección de basuras es bastante irregular.

1.000	1.690 personas	3.24
En 501 a 1.000	6.670	13.0

Tanto el problema de disposición de excretas como el de letrinas e inodoros, son aspectos que traen como consecuencia la continuidad de la cadena de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas por la contaminación del agua, de la tierra y aún de la atmósfera.

1.001 a 4.000	2.902	5.6
4.001 a 5.000	8.032	15.5
2.1.8 Nivel de ingresos.		
5.001 a 6.000	4.272	8.2
6.001 a 7.000	1.589	3.0

Para el Municipio de Pasto, en el año de 1980, en el cual el salario mínimo era de \$4.500 mensuales, el nivel de ingresos se hallaba repartido de la siguiente manera; mostrada en el Cuadro No.

9.	12.001 a 15.000	2.270	4.4
	15.001 a 20.000	2.130	4.5
	20.000 y más	1.267	2.4
	Sin remuneración	1.442 personas	2.8
	Sin información	1.663	3.2
	<b>TOTALES</b>	<b>51.809</b>	<b>100%</b>

La estructura de la población ocupada monetaria activa nos permite observar una marcada desigualdad que si bien, en el departamento ocurre en todas las regiones del país, es verdaderamente alarmante en el caso del Municipio de Pasto, si se tiene en cuenta que el promedio de personas por familia es de 4,5 personas.

CUADRO No. 9

NIVEL DE INGRESOS MONETARIOS, POBLACION OCUPADA, PASTO 1980

Hasta \$500	1.690 personas	3.3%
De 501 a 1.000	6.690	13.0%
1.001 a 1.500	2.307	4.4%
1.501 a 2.000	3.249	6.3%
2.001 a 2.500	2.205	4.2%
2.501 a 3.000	2.633	5.0%
3.001 a 4.000	2.902	5.6%
4.001 a 5.000	8.032	15.5%
5.001 a 6.000	4.272	8.2%
6.001 a 7.000	1.589	3.0%
7.001 a 8.500	3.565	6.9%
8.501 a 10.000	2.225	4.3%
10.001 a 12.000	1.278	2.4%
12.001 a 15.000	2.270	4.4%
15.001 a 20.000	2.330	4.5%
20.000 y más	1.267	2.4%
Sin remuneración	1.442 personas	2.8%
Sin información	1.863	3.6%
<b>T O T A L E S</b>	<b>51.809</b>	<b>100%</b>

FUENTES: Anuario Estadístico, Planeación Departamental 1980, Pasto.

de la salud por De acuerdo a ello, la estructura de la población económicamente activa nos permite observar una acentuada desigualdad que si bien, es el denominador común en todas las regiones del país, es verdaderamente alarmante en el caso del Municipio de Pasto, si se tiene en cuenta que el promedio de personas por familia es de 5.5 miembros, alcanza los índices vigentes en el país, de 9 y 15 respectivamente.

En efecto, solo en el tramo de ingresos inferiores al salario mínimo se encuentra el 42% de la población ocupada. También es importante resaltar el hecho de que solamente el 27.6% de la población del Municipio está ocupada. Esto significa que la carga para cada persona ocupada es de 3.6 personas en promedio, es decir, el 72.4% de la población depende económicamente del 27.6 de la misma. Podría considerarse que las personas que tienen posibilidad de acudir a consultorios médicos privados son las que tengan un ingreso superior a dos veces el salario mínimo, éste representa el 5% de la población.

#### 2.1.9 Recursos humanos.

De acuerdo a datos obtenidos en la Seccional de Asesadas y en el SSN en el Municipio de Pasto laboran los siguientes grupos de profesionales de la salud:

	TOTAL	SALUD PUBLICA
Médicos Generales y Especializados	221	160
Odontólogos	41	35
Bacteriólogos	19	6
Enfermeras Licenciadas	162	71

En estas condiciones, el número de médicos por cada 10,000 habitantes es de 11.8, mientras que el número de profesionales

de la salud por cada 10.000 habitantes es de 23.6. Relativamente estas cifras son bastante favorables en comparación a los promedios nacionales, sin embargo, a nivel de salud pública los mismos índices son comparables a los promedios nacionales, pues en relación a médicos, este valor es de 8.50 y en relación a profesionales es de 14.5, los cuales alcanzan los índices vigentes en el país, de 9 y 15 respectivamente.

En relación a las estadísticas disponibles puede decirse que en ellas algunas. Finalmente, ya establecidas las condiciones socio-económicas dadas por las estadísticas paraestatales sobre el Municipio de Pasto, es ahora pertinente, establecer las ofertas y demandas efectivas que por atención en salud requiere la misma población. Los datos obtenidos en la presente investigación demuestran que existe la suerte.

Las estadísticas sobre las causas de enfermedades se refieren a ser incompletas dado que los límites como dolor de cabeza, color de cutis, etc. y debilidad general, pueden constituir algunas enfermedades con diagnósticos difíciles de diagnosticar. Hay, no pocas personas que por causas económicas o de limitación de sus ingresos, no asisten o no acuden a los centros asistenciales más inmediatos enfermos de enfermedades agudas.

Pero con todo ello, puede decirse que los datos emitidos por el INSA y el ICS que aproximadamente cubren los años 1952 y 1953, la información de lo que se requiere en materia de programas de salud. Por ejemplo, del Cuadro No. 4, sobre distribución por edades de los principales causas de mortalidad y el Cuadro No. 7, sobre algunas enfermedades de morbilidad, se ve que las enfermedades infecciosas y parasitarias son la principal causa de defunción de la población infantil,

tintas prestaciones en materia de salud la población empleada, el 22% de la población económicamente activa que se halla desempleada y subempleada no recibe tipo alguno de atención en materia de salud. La población económicamente activa comprende los habitantes mayores de 12 años, cuya magnitud es apenas del 35.4% del total de la población del Municipio.

son importantes causas de mortalidad.

En relación a las estadísticas disponibles puede detectarse en ellas algunas fallas en su conformación. A veces hay defunciones resultantes de una combinación de varias clases de males: la vejez es un buen ejemplo. En otros casos los enfermos son llevados demasiado tarde a los centros hospitalarios, o ni siquiera se les lleva, y en éstos casos es imposible determinar la enfermedad concreta que causa la muerte.

Las estadísticas sobre las causas de enfermedades se prestan a ser incompletas dado que los términos como dolor de cabeza, dolor de estómago o debilidad general, pueden encubrir dolencias profundamente arraigadas difíciles de diagnosticar. Hay, no pocos enfermos que por causas educacionales o de limitación de sus ingresos, se resisten o no pueden ir a los centros asistenciales aún padeciendo enfermedades transmisibles agudas.

1950, y 121 casos de mortalidad.

Pero con todo ello, puede decirse que los datos emitidos por el SSSN y el ISS son aproximadamente completos y constituyen una buena indicación de lo que se necesita en materia de programas de salud. Por ejemplo, del Cuadro No. 4, sobre distribución por edades de las diez primeras causas de mortalidad y el Cuadro No. 7, sobre cinco primeras causas de morbilidad, se ve que las enfermedades intestinales y diarréicas son la principal causa de defunción de la población infantil,

Lo cual hace patente la gran necesidad de que se preste una amplia atención al saneamiento del medio: abastecimiento de aguas, evacuación de excretas, control de insectos e higiene de la nutrición. Enfermedades transmisibles como la tuberculosis y las venéreas alcanzan todavía un elevado nivel, así como las epidemias de tosferina y sarampión son aún importantísimas causas de morbilidad.

Aunque el costo de las enfermedades sea a la larga mucho mayor que el precio de la salud, las entidades que hacen salud tienen que actuar en base de un presupuesto elaborado anualmente y este sistema resulta en detrimento de aquellos programas que requieren erogaciones muy grandes en uno de esos ejercicios económicos.

Un caso excepcional ha sido el Programa de Erradicación de la Malaria en Nariño. Las campañas del SEM no pertenecen a la estructura general de los servicios de salud, por ello han desribado la barrera del escaso presupuesto y ese instituto hoy acepta la idea de que las grandes sumas invertidas por él son amortizables al lograr la prevención de numerosísimos casos de malaria y reduciendo el número de defunciones por este flagelo a 8 casos en todo el Departamento durante 1980, y 323 casos de morbilidad.

No ocurre lo mismo con las medidas contra la poliomielitis. La vacuna Salk proporciona un elevado grado de protección pero es muy cara. Se ha estimado por ejemplo, que en la población del Departamento de Nariño con una incidencia relativamente baja de la enfermedad poliomielítica de 1 por 100.000 habitantes el costo por caso prevenido oscilaría entre \$30.000 y \$45.000. Si la incidencia fuera 10 veces mayor,

el costo por caso prevenido bajará a un mínimo de \$6.800 y a un máximo de \$14.000. Esto es indicativo de que es preciso tener presente estas sumas en relación con las necesidades sanitarias y los recursos económicos de la región.

Se debe considerar la Caja de Provisión de la Universidad de Nariño y el Municipio de Pasto a través de su Servicio de Salud Municipal.

El Municipio de Pasto tiene una población relativamente joven, pues un 44% no llega a los 15 años de edad. Las estadísticas de defunción por edades revelan que aproximadamente el 40% de todas las defunciones tanto en el Municipio de Pasto como en todo el Departamento de Nariño son de lactantes y niños menores de 5 años de edad. Por consiguiente se hace necesario que las estadísticas concentren su atención en los problemas sanitarios de la infancia y la niñez haciendo un minucioso estudio de los datos de este período de la vida. Es entonces de vital importancia para la programación de las actividades de salud en una región, el contar con adecuadas, sistemáticas y completas estadísticas en materia de salud. Siendo esta situación parcialmente cubierta en el Municipio de Pasto, la presente investigación se ve limitada al escudriñamiento de las estadísticas que proporciona el SSEN, el ISE y la información obtenida directamente de los usuarios, los profesionales de la salud y las autoridades del caso, mediante encuestas, lo cual proporciona una medida relativa del estado de la salud en el Municipio de Pasto.

Se establecieron como centros hospitalarios de atención general al Hospital Siquiátrico del Departamento de Nariño.

3.2 Organismos de salud en Pasto. Por su parte los edificios particulares que son la Clínica

La salud en el Departamento de Nariño es atendida por instituciones de carácter público, descentralizado y privado. Las de carácter público la constituyen el Ministerio de Salud a través del SSEN,

las descentralizadas por el Ministerio de Trabajo a través de la Caja Nacional de Previsión y el Instituto de los Seguros Sociales, la Gobernación de Nariño mediante su Caja Departamental de Previsión, La Universidad de Nariño mediante la Caja de Previsión de la Universidad de Nariño y el Municipio de Pasto a través de su Servicio de Salud Municipal.

Además se cuenta con otras instituciones que prestan protección a sus afiliados como las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Comunicaciones. De carácter privado funcionan en Pasto tres clínicas particulares y otras entidades como la Cruz Roja, y los Seguros Médicos Voluntarios.

3.3 Cobertura del SSN.  
El Servicio Sección de Salud de Nariño se halla dividido en siete regionales más:

Unicamente el ISS posee instalaciones hospitalarias independientes, pues todas las demás entidades solo prestan servicios de consulta externa y las necesidades de hospitalización de sus afiliados la hacen a través del servicio de pensionados de los Hospitales del SSN

que son el Hospital Departamental, el Hospital San Pedro y el Hospital Infantil. Es importante mencionar que durante el primer semestre de 1980 el ISS utilizó mediante contrato los servicios asistenciales del Hospital Infantil para sus afiliados, quedando a partir del segundo semestre con una dotación independiente del SSN.

Dada su especialización como Asilos y Hospitales psiquiátricos no se mencionan como centros hospitalarios de atención general al Hospital Psiquiátrico San Rafael y el Hospital Psiquiátrico del Perpetuo Socorro. Por su parte las clínicas particulares que son la Clínica Moderna Vallejo Zalazar, la Clínica Dorado y la Clínica Fátima, debido a su no disponibilidad de datos estadísticos, pero en mayor grado debido a su número reducido de camas de 24 en su totalidad y a su bajo nivel

de ocupación estimado en el 67% promedio, no se consideraran relevantes en el análisis de la oferta de servicios de salud en el Municipio de Pasto.

La Regional I, tiene un subinstituto geográfico con base por la parte sur-occidental de la ciudad de Pasto y todos los corregimientos de la zona, así como los municipios de Píñon, Tangox, Buzaco, Conasa, El Tobilón y Yacuanquer.

(Apéndice N.º. 11, pág. 4 Anuario ISS).

### 3.3 Cobertura del SSSN.

Al servicio de esta regional figuran el Hospital Departamental y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los siete regionales así:

REGIONAL I. Con 2 hospitales, 6 centros de salud y 6 puestos de salud.  
El Hospital de Pasto y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los municipios de Buzaco, Santa Bárbara y La Rosa de Pasto y de los municipios de Conasa y Buzaco. Cuenta también con los Centros de Salud de los Corregimientos de El Buzaco y Buzaco de Pasto y de los municipios de Yacuanquer, El Tobilón y Buzaco (Put.).

REGIONAL II. Con 2 hospitales, 2 centros de salud y 9 puestos de salud.  
El Hospital de Pasto y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los municipios de Buzaco y Buzaco de Pasto y de los municipios de Buzaco, Buzaco de Pasto y Buzaco de Pasto.

REGIONAL NORTE. Con 3 hospitales, 4 centros de salud y 9 puestos de salud.  
El Hospital de Pasto y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los municipios de Buzaco, Buzaco de Pasto y Buzaco de Pasto.

REGIONAL SUR. Con 1 hospital, 8 centros de salud y 8 puestos de salud.  
El Hospital de Pasto y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los municipios de Buzaco, Buzaco de Pasto y Buzaco de Pasto.

REGIONAL CENTRO OCCIDENTAL. Con 2 hospitales 3 centros y 13 puestos.  
El Hospital de Pasto y el Hospital Linarés y los Centros de Salud de los municipios de Buzaco, Buzaco de Pasto y Buzaco de Pasto.

REGIONAL OCCIDENTAL. Con 3 hospitales y 24 puestos de salud

AREA DE PENETRACION. Con 2 centros de salud y 4 puestos de atención para 1981, y discriminación salud. grupo de niños, puede corresponderse que dentro de la cobertura de la Regional I. Esta atiende al 53% de la población La Regional I, tiene un cubrimiento geográfico compuesto por la parte sur-oriental de la cabecera municipal de Pasto a partir de la carrera 24 y todos los corregimientos ubicados al sur, así como los municipios de Funes, Tangua, Buesaco, Consacá, El Tablón y Yacuanquer. (Apéndice No. 11, pág. 4 Anuario ISS).

CUADRO No. 10

Al servicio de esta regional figuran: el Hospital Departamental y el Hospital Infantil y los Centros de Salud de los Barrios Lorenzo, Calvario, Santa Bárbara y La Rosa de Pasto y de los Municipios de Consacá y Buesaco. Cuenta también con los Centros de Salud de los Corregimientos de El Encano y Catambuco de Pasto y de los Municipios de Yacuanquer, El Tablón y Aponte-Rosal (Put.).

De 5 a 14 años	11.415	13.2	25.313	13.6	35.731	13.5
De 15 a 44 años	7.962	9.2	15.160	8.2	23.122	8.5

La Regional II, comprende la parte Nor-occidental de la cabecera municipal de Pasto a partir de la carrera 24 y todos los corregimientos ubicados al norte así como los Municipios de Sandoná, Anceya, Linares, El Tambo y Florida (Apéndice No. II, pág. 5, Anuario SSSN).

Al servicio de esta regional aparecen: el Hospital San Pedro de Pasto, el Hospital Clarita Santos de Táquerres, los Centros de Salud de El Tambo y Linares, y los Puestos de Salud en el Barrio San Vicente y los corregimientos Chachagüi, Narino y Genoy de Pasto, los Municipios de Anceya, La Florida y los Corregimientos de El Ingenio, El Peñol y San Francisco (Put.).

De los Apéndices I y II, basados en la proyección de la población para 1981, y discriminada por grupos de edades, puede corregirse que dentro de la cobertura de la Regional I ésta atiende el 53% de la población del Municipio de Pasto mientras que la Regional II lo hace para el 47% de la misma. La actividad hospitalaria en el Municipio de Pasto se condensa en el siguiente Cuadro:

CUADRO N°. 10  
 CUADRO N°. 11  
 CONSULTA MEDICA POR EDADES, PASTO 1980  
 COMPORTAMIENTO DE CONSULTAS 1977-1980

GRUPO DE EDADES	PASTO		RESTO DEPTO.		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Menos de 1 año	9.712	11.2	18.027	9.7	27.739	10.2
De 1 a 4 años	13.515	15.7	21.958	11.8	35.473	13.0
De 5 a 14 años	11.415	13.2	25.318	13.6	36.731	13.5
De 15 a 44 años						
Obstetricia	7.989	9.2	18.895	10.2	26.884	9.9
Planificación	2.722	3.2	5.284	2.8	8.006	2.9
Otros	28.107	32.6	69.744	37.5	97.851	36.0
De 45 a 59 años	7.962	9.2	15.160	8.2	23.122	8.5
Más de 60 años	4.889	5.7	11.462	6.2	16.351	6.0
<b>T O T A L E S</b>	<b>86.311</b>	<b>100%</b>	<b>185.846</b>	<b>100%</b>	<b>272.157</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, SSSN, Pasto.

En la ciudad de Pasto, las instituciones de Salud Pública trabajan a un ritmo promedio de 10.7 consultas por hora y se realizan 459 consultas por cada 1.000 habitantes. El comportamiento de consultas de 1977 a 1980 es la siguiente:

CUADRO N°. 11  
COMPORTAMIENTO DE CONSULTAS 1977-1980  
MORBILIDAD ESPECIAL, 1980

CONSULTAS	1977	1978	1979	1980	% CRECIMIENTO PROMEDIO
Pasto	69.098	72.775	73.654	86.311	8.3
Resto Departamento	129.608	138.759	148.587	185.846	14.5
TOTALES	198.706	211.534	151.933	272.157	12.3

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, SSSN, Pasto.

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, SSSN, Pasto.

La morbilidad especial respecto al total de consultas fue durante el año 1980, la siguiente, e igualmente al ritmo de crecimiento de la población, se estima que la población total del Municipio de Pasto estaría totalmente protegida en el transcurso de 116 años, considerando que cada persona requeriría tan solo una consulta por año.

### 3.3.1 Actividades Hospitalarias para no pensionados.

Llámanse no pensionados aquellos pacientes hospitalizados de curidad, cuyo costo de la atención es absorbida totalmente por la institución durante el período de su atención.

#### MORBILIDAD ESPECIAL, 1980

CONSULTAS ACTIVIDAD	Tuber- culos.		Tuber- culos.		VENEREAS		CANCER		MENTALES	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
CUADRO N.º 13										
ACTIVIDADES NO PENSIONADAS, PASTO 1980										
HOSPITALES										
Pasto	86.311	N.º 689 Causas	0.8	1.002	1.2	742	0.9	476	0.6	
Departamental	99	36.054		26.705	74.1	4.320	27.019		6.3	
Docto.	1185.846	72.435	7.1.3	6.093	3.3.7	91735	0.05	34050	90.03	
San Pedro	78	20.114		21.726	75.4	1.567	21.491		6.8	
<b>TOTAL</b>	<b>272.157</b>	<b>3.124</b>	<b>1.2</b>	<b>7.095</b>	<b>2.6</b>	<b>833</b>	<b>0.3</b>	<b>526</b>	<b>0.2</b>	
FUENTES: Anuario Estadístico 1980, SSEN, Pasto.										
<b>TOTALES</b>	<b>557</b>	<b>232.965</b>	<b>135.631</b>	<b>66.8</b>	<b>22.725</b>	<b>132.670</b>	<b>11.8</b>			

FUENTES: Anuario Estadístico 1980, SSEN Pasto.

De acuerdo al Cuadro N°.12, si el ritmo de crecimiento de consultas se mantuviese constante, e igualmente el ritmo de crecimiento hospitalarias hasta a nivel Municipal, la población total del Municipio de Pasto estaría totalmente protegida en el transcurso de 116 años, considerando que cada persona requeriría tan solo una consulta por año.

3.3.1 Actividades Hospitalarias para no pensionados.

Llámanse no pensionados aquellos pacientes hospitalizados de caridad, cuyo costo de la atención es absorbida totalmente por la institución durante el año de 1980, estas actividades fueron:

CUADRO N° 13

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS NO PENSIONADOS, PASTO 1980

HOSPITALES	Nº. Camas	Días Cama	Días Ocupado	%	Nº. Egresos	Días Estada	Promedio
Departamental	99	36.054	26.705	74.1	4.320	27.019	6.3
Infantil	75	27.450	16.653	60.7	1.735	16.340	9.4
San Pedro	79	28.114	21.796	75.4	3.567	21.491	6.0
SUBTOTAL PASTO	253	92.345	65.154	70.5	9.622	64.850	6.7
RESTO DEPTO.	304	110.960	70.497	63.5	13.176	67.820	5.1
TOTALES	557	202.965	135.651	66.8	22.798	132.670	11.8

FUENTES: Anuario Estadístico 1980, ESEN Pasto.

Si se considera que un índice satisfactorio de ocupación debe ser superior al 85%, puede concluirse que las instituciones hospitalarias tanto a nivel Municipal como al Departamental se hallan subutilizadas. Esto no quiere decir que se trate de una población que no los necesita, pues hemos visto los índices alarmantes de morbilidad y mortalidad, sino que en la mayoría de los casos las instituciones no cuentan con los recursos económicos suficientes para atender a todos los pacientes convirtiéndolos en rechazados del servicio.

INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA 1980, PASTO

Por su parte y a manera de comparación se transcriben las actividades de los hospitales psiquiátricos del Municipio, los cuales dados el prestigio de que gozan en el país, no solo atiende las demandas a nivel departamental, sino que allí llegan pacientes de otras regiones, siendo esta la explicación de que es muy frecuente ver en las calles del Municipio de Pasto gran número de enfermos mentales quienes se han evadido de dichas instituciones.

CUADRO N.º 14

ACTIVIDADES DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, PASTO 1980

HOSPITALES	N.º Camas	Días Cama	Días Ocupado	%	N.º Egresos	Días Estada	Promedio
San Rafael	455	152.880	138.823	91.0	591	257.953	436.6
Perpetuo Soc.	425	155.124	155.783	100.4	417	254.351	610.0
TOTALES	879	308.004	294.606	96.0	1.008	512.304	508.2

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, SSSN, Pasto.

El comportamiento de la actividad hospitalaria durante los dos últimos años puede apreciarse en el siguiente cuadro: cada vez más eficientes, situación ésta que puede ilustrarse mejor al comparar los índices hospitalarios siguientes donde una distribución indica aumento de la eficiencia.

CUADRO N°. 15

INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA 1980, PASTO

HOSPITALES	EGRESOS			ESTADA			OCUPACION		
	1979	1980	Dif.	1979	1980	Dif.	1979	1980	Dif.
Departamental	3.708	4.320	16.5	6.9	6.3	-0.6	70.0	74.1	4.1
Infantil	1.591	1.735	9.0	9.8	9.4	-0.4	60.3	60.7	0.4
San Pedro	3.334	3.565	6.9	5.8	6.0	0.2	75.7	75.4	0.3
SUBTOTAL PASTO	8.633	9.622	11.5	7.0	6.7	-0.3	69.0	70.5	1.5
RESTO DEPARTAMENTO	12.330	13.176	6.9	5.3	5.1	-0.2	58.5	63.5	5.0
TOTALES	20.963	22.798	8.8	6.0	5.8	-0.2	63.0	66.8	3.8
RESTO DEPARTAMENTO			3.80		2.90		36.9	43.3	

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1980, 1979, SSSN, Pasto.

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

Al disminuir el promedio de días de estancia y aumentar el porcentaje de ocupación, las entidades se están haciendo cada vez más eficientes, situación ésta que puede ilustrarse mejor al comparar los índices hospitalarios siguientes donde una disminución indica aumento de la eficiencia:

La atención de pacientes tiene una gran incidencia en el aumento de los promedios de estancia, lo cual afecta de manera importante al índice de la institución.

CUADRO No. 16

La situación de los índices hospitalarios es totalmente diferente si se considera la actividad de las instituciones junto al servicio prestado a los departamentos, así:

HOSPITALES	INDICE INSTITUCION		CIRO DE CAMAS	
	1979	1980	1979	1980
Departamental	2.95	2.20	33.4	43.6
HOSPITAL Infantil	6.50	6.10	21.2	23.1
San Pedro	1.86	1.96	43.8	45.1
Departamental	2.60	2.30		
Infantil	5.60	5.30	24	27
SUBTOTAL PASTO	3.10	2.80	33.0	38.0
RESTO DEPARTAMENTO	3.80	2.90	36.9	43.3
TOTALES	3.50	2.90	35.1	40.9

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSM, Pasto.

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSM, Pasto.

A excepción del Hospital San Pedro, explicable mayormente por la disminución en su nivel de ocupación, las instituciones hospitalarias en el Municipio de Pasto han acrecentado su eficiencia. De acuerdo al pensamiento de las directivas del Hospital San Pedro, el motivo de no contar con elementos más modernos en relación a la atención de pacientes tiene una gran incidencia en el aumento de los promedios de estancia, lo cual afecta de manera importante el índice de la institución.

La situación de los índices hospitalarios es totalmente diferente si se considera la actividad de las instituciones junto al servicio prestado a los pensionados, así:

CUADRO N.º. 17

COMPORTAMIENTO DE INDICES HOSPITALARIOS CON PENSIONADOS

HOSPITALES	INDICE		GIRO DE CAMAS	
	1979	1980	1979	1980
Departamental	2.80	2.30	33	45
Infantil	5.60	5.30	24	27
San Pedro	1.60	1.60	47	49
SUBTOTAL PASTO	2.75	2.62	36	40
RESTO DEPARTAMENTO	3.00	5.67	12	14
TOTALES	2.77	4.78	17	19

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.  
 FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

En este caso, se conserva constante la eficiencia del Hospital San Pedro y también se observa que si bien el servicio de pensionados introduce una alta eficiencia a las entidades hospitalarias, así mismo se pone de presente la mejor atención que reciben los pensionados mediante una más corta permanencia de los pacientes. En la importancia radica en cuanto a que en los puestos de salud que se tiene la relación a las actividades odontológicas se dispone de la siguiente información: (Cuadro No. 19).

En forma global las actividades de enfermería han contribuido en la siguiente manera innegable el esfuerzo que hacen los servicios de salud pública en mejorar la cobertura de la protección odontológica. Sin embargo, puede considerarse que es aún incipiente este tipo de prestación en el Municipio, si se tiene en cuenta que estas actividades comprenden sesiones operatorias, endodoncia, periodoncia, cirugía oral y medicina oral.

CUADRO No. 18

ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS POR GRUPOS DE EDADES, PASTO 1980

	5 a 14	15 a 44	OTRAS	TOTALES 1980	TOTALES 1979	INCREMENTO
Pasto	14.097	247	16.679	31.223	17.673	76.6%
Resto Depto.	12.706	1.542	18.955	33.203	9.689	24.3
<b>TOTALES</b>	<b>26.803</b>	<b>1.789</b>	<b>35.834</b>	<b>64.426</b>	<b>27.362</b>	<b>135%</b>

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

3.3.2 En cuanto a controles de enfermería, sus actividades comprenden visitas de control puerperal, seguimiento a insistente tanto por embarazo y partos, como clasificación familiar, tuberculo - sis, primeros auxilios, charlas a grupos, supervisión de tratamientos varios muestras tomadas y remisiones a entidades hospitalarias. Su importancia radica en cuanto a que en los puestos de salud tan solo se tiene la visita médica una vez por semana quedando a cargo de las enfermeras la atención de los pacientes durante el resto del tiempo. En forma global las actividades de enfermería han evolucionado en la siguiente manera:

En sus afiliados y contrata con otros organismos la prestación de servicios médicos asistenciales (SSBN). El número de afiliados formales desde 1975 es variable al se tiene en cuenta el total de la población empadronada. CUADRO N.º 19

ACTIVIDADES DE CONTROLES DE ENFERMERIA 1979, 1980, PASTO 1980 su número era de 12.443 y en el año de 1981 de 11.600 afiliados; Meduibus los pensionados que es un número de 1.100.

	1979	1980	% INCREMENTO
Pasto	32.622	29.473	- 9.6
Resto Departamento	58.696	68.188	16.2
<b>TOTALES</b>	<b>91.318</b>	<b>97.661</b>	<b>7.0</b>

Los afiliados formales y pensionados de la Caja de Seguro de Pasto se obligaron de aportar los costos de afiliación, es un costo que se estimará por todos los factores de salarios. La cuota de seguro viene consignada en el aporte periódico del 2% del valor de su asignación mensual. La cuota patronal, equivale al 5% del valor de la nómina pagada al personal de planta que se encuentran laborando.

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSBN, Pasto.

La Caja de Previsión de la Universidad de Marino, presta los servicios asistenciales tanto al personal de planta como al personal docente perteneciente a la entidad. Sus estatutos se rigen de la

3.3.2 Actividades hospitalarias para pensionados. Como ha sido mencionado, el grupo de pensionados lo constituyen los afiliados a las diferentes entidades que prestan servicios de consulta externa en forma directa a sus trabajadores pero que por no contar con servicios de hospitalización los remiten a los hospitales del SSSN. Entre estas tenemos:

Caja Nacional de Previsión, la cual presta atención médica integral a sus afiliados y contrata con otros organismos la prestación de servicios médicos asistenciales (SSSN). El número de afiliados forzosos desde 1975 es variable si se tiene en cuenta al total de la población amparada en sus categorías de afiliados pensionados y beneficiarios. Para el año de 1979 se registraron 8.700, en 1980 su número era de 12.442 y en el año de 1981 de 13.600 afiliados, incluidos los pensionados que es un número de 1.300.

Los afiliados forzosos y pensionado de Cajanal tienen la obligación de aportar las cuotas de afiliación en una tercera parte de la primera asignación mensual que reciban o de todo aumento de ésta, que se cotizará con todos los factores de salario. La cuota de sostenimiento consiste en el aporte periódico del 5% del valor de su asignación mensual. La cuota patronal, equivale al 5% del valor de la nómina pagada al personal de planta que se encuentra laborando.

La Caja de Previsión de la Universidad de Nariño, presta los servicios asistenciales tanto al personal de planta como al personal docente perteneciente a la entidad. Sus estatutos se rigen de se

gún acuerdos alcanzados con los trabajadores en sus convenciones co<sup>l</sup>eg<sup>ti</sup>vas de trabajo y a políticas de bienestar estudiantil. Los estu<sup>dian</sup>tes solo reciben los servicios de consulta externa y servicios odonto<sup>l</sup>ógicos. Las actividades de consulta externa son realizadas por mé<sup>dico</sup>s particulares mientras que los servicios de hospitalización se con<sup>tra</sup>tan con los hospitales del SSSN. En la actualidad tiene 1.200 afi<sup>li</sup>ados repartidos entre 700 empleados de planta y 500 docentes.

#### ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE PENSIONADOS, 1980

Por presupuesto de funcionamiento hace parte del pre<sup>su</sup>puesto general de la Universidad y sus afiliados hacen aportes simi<sup>la</sup>res a los de Cajanal. Debido a la naturaleza de su sostenimiento e<sup>co</sup>nomico es más bien considerada como una dependencia de salud de la Universidad y no como una Caja de Previsión.

#### Infantil

De las otras instituciones que prestan los servicios de salud a sus afiliados como Previnar, Servicios de Salud del Municipio, Fuerzas Armadas, Minobras y Caprecom no se tiene mucha información sobre su cobertura, sin embargo, al igual que las anteriores los servi<sup>ci</sup>os de hospitalización lo hacen a través de los hospitales del SSSN.

Es muy importante mencionar que dado el alto nivel de inversión que implican los equipos de salud, las clínicas particulares se limitan a la prestación de servicios de consulta externa y hospitali<sup>z</sup>ación referida al control de enfermería y de tratamientos médicos para enfermedades poco graves. Los servicios hospitalarios básicos y de com<sup>pl</sup>icaciones se prestan a través del servicio de pensionado de los SSSN.

Como aquí vemos que en materia de pensionados en un momento al Hospital San Pedro el que ostenta un porcentaje de ocupación mayor en relación a los demás, sin embargo, ninguno de ellos alcanza la cifra recomendable del 85%.

CUADRO No. 20

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE PENSIONADOS, 1980

CUADRO No. 21

Hospitales	Nº. Camas	Días Cama	Días Ocupados	% Estada	Días Egresos	Nº. Egresos	Promedio E.
Departamental	28	10.248	6.552	63.9	6.506	1.332	4.9
Infantil	5	1.952	1.053	53.9	1.068	250	4.3
San Pedro	18	6.588	5.153	78.2	4.313	870	5.0
<b>SUBTOTAL PASTO</b>	<b>51</b>	<b>18.788</b>	<b>12.758</b>	<b>67.9</b>	<b>11.887</b>	<b>2.452</b>	<b>4.8</b>
RESTO DEPTO.	45	16.457	10.182	61.8	9.020	2.665	3.4
<b>TOTALES</b>	<b>96</b>	<b>35.255</b>	<b>22.940</b>	<b>65.0</b>	<b>20.907</b>	<b>5.117</b>	<b>4.1</b>

FUENTES: Anuario Estadístico 1980, SSSN, Pasto

Fue así como se ve que en materia de pensionados es precisamente el Hospital San Pedro el que mantiene un porcentaje de ocupación mayor en relación a los demás, sin embargo, ninguno de ellos alcanza la cifra recomendable del 85%.

Por lo tanto, para estudiar la influencia de tal contrato en la eficiencia hospitalaria, pues todas las anteriores estadísticas, excepto la hecha del Cuadro No. 15, han sido sin tener en cuenta al I.S.S.

CUADRO No. 21

INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD PENSIONARIA, 1979, 1980, PASTO

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DEL I.S.S.-1979, 1980, PASTO

HOSPITALIAZOS	SERVICIOS			ESTADA			% OCUPACION		
	1979	1980	% Dif.	1979	1980	% Dif.	1979	1980	% Dif.
1979									
Departamental	999	6.506	551	5.1	4.9	- 0.2	68.5	63.9	- 4.6
Infantil	181	1.068	490	5.5	4.3	- 0.8	62.8	53.9	- 8.9
Infantil	4	1.460	1.247	78.6	1.222	246	5.0		
San Pedro	739	4.313	484	6.1	5.0	- 1.1	73.4	78.2	4.8
San Pedro									
SUBTOTAL PASTO	1.919	11.887	519	5.4	4.8	- 0.6	69.8	67.9	- 1.9
RESTO DEPTO.	2.678	9.020	237.44	3.4	3.4	0.0	61.1	61.8	0.5
TOTALES	4.597	20.907	355	4.3	4.1	- 0.2	65.7	65.0	- 0.7
Infantil	4	976	1.006	103.1	1.064	182	5.8		
FUENTES: Anuario Estadístico 1979, 1980, SSSN, Pasto.									
TOTALES	12	3.504	2.526	64.2	2.448	464	5.1		

FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

Quisiera que la diferencia del Hospital San Pedro, las de más instituciones del Municipio de Pasto disminuyeron su porcentaje ocupacional, mientras que todas disminuyeron sus promedios de estancia. Como se quiera que hasta mediados de Septiembre de 1980, el ISS utilizaba los servicios de pensionados, vale la pena estudiar la influencia de tal contrato en la eficiencia hospitalaria, pues todas las anteriores estadísticas, excepción hecha del Cuadro N°. 18, han sido sin tener en cuenta al ISS. Para efectos de organizar la prestación de los servicios de salud el ISS ha sectorizado la ciudad de Pasto en dos zonas: Norte y Sur.

CUADRO N°. 22

Estas zonas están subsectorizadas así: La norte, en 10 subsectores, para unos 4.500 afiliados y la sur, en 7 subsectores, para unos 10.000 afiliados, más en subsector; el N° 18, que abarca un sector periférico de la ciudad para los restantes 1.076 afiliados, por un total de 16.176 afiliados de la ciudad de Pasto que en 1980 tenía 1979

HOSPITALES	Nº Cama	Días Cama	Días Ocupados	%	Días Estada	No Egresos	Promedio E.
Infantil	4	1.460	1.147	78.6	1.222	246	5.0
San Pedro	32	11.690	8.605	73.6	7.339	1.859	3.9
<b>SUBTOTAL PASTO</b>	<b>36</b>	<b>13.150</b>	<b>9.752</b>	<b>74.2</b>	<b>8.561</b>	<b>2.105</b>	<b>4.1</b>
RESTO DEPTO.	8	2.920	1.440	49.3	1.252	291	4.3
<b>1980</b>							
Infantil	4	976	1.006	103.1	1.064	182	5.8
RESTO DEPTO.	8	2.928	1.500	51.2	1.384	282	4.9
<b>TOTALES</b>	<b>12</b>	<b>3.904</b>	<b>2.506</b>	<b>64.2</b>	<b>2.448</b>	<b>464</b>	<b>5.3</b>

liberar a la clínica de esta carga y ofrecer los servicios de consulta  
 FUENTES: Anuarios Estadísticos 1979, 1980, SSSN, Pasto.

En resumen, el servicio de pensionados además de proporcionar unos ingresos adicionales que los hospitales necesitan, también contribuyen de manera destacada en el mejoramiento de la eficiencia hospitalaria mediante el producido de mejores índices hospitalarios.

### 3.3.3 Servicios asistenciales del ISS.

Para efectos de organizar la prestación de los servicios de salud el ISS ha sectorizado la ciudad de Pasto en dos zonas: Norte y Sur.

Estas zonas están subsectorizadas así: La norte, en 10 subsectores, para unos 4.500 afiliados y la sur, en 7 subsectores, para unos 10.000 afiliados, más un subsector, el N° 18, que comprende el anillo periférico de la ciudad para los restantes 1.676 afiliados, del total de 16.176 afiliados de la ciudad de Pasto que en 1980 tenía inscrito la entidad.

Los datos anteriores no involucran los derechohabientes (cónyuge en embarazo o hijos menores de un año), como tampoco a los familiares que dependen económicamente del afiliado. El servicio de Medicina Familiar fue abierto a mediados del segundo semestre de 1980 y sus características serán expuestas más adelante. Tampoco incluyen las cifras mencionadas a los empleados del ISS y sus familiares.

La zona norte es atendida ambulatoriamente por la Clínica del ISS en Maridias, como unidad intermedia y de atención básica. Sin embargo, dado el crecimiento de los niveles de consulta se proyecta liberar a la clínica de esta carga y ofrecer los servicios de consulta

en el Centro de Atención Básica (CAB) en el área del Barrio San Andrés. En la zona sur se ha abierto un CAB en locales arrendados en el sector de la Avenida de las Américas. ESTADÍSTICA 1980 PASTO

A partir de Diciembre de 1980, el ISS ha comenzado a aplicar un modelo que pretende racionalizar la consulta, adscribiendo los afiliados para ubicarlos en el sector de su vivienda y matricularlos en el equipo de salud correspondiente, para sí o sus familias eliminando la consulta repetida y reduciendo la periodicidad a una consulta mensual por persona.

Estadística

El comportamiento de la consulta externa según clase de servicio atendidas en el ISS en Pasto fue durante 1980, la siguiente:

Internas	40
Externas	81
Emergencias	20
Atención	40
Atención general	20
Urgencias	20
Otros servicios	20
Atención	20
Atención	20

TOTAL ATENDIDAS

140

FUENTES: Informes de Gestión, I y II Semestres de 1980, ISS, Pasto.

En realidad estos datos se reflejan en las consultas atendidas, ya que por una u otra razón algunas consultas que se asignan pero que no son atendidas.

CUADRO N° 23

CONSULTA EXTERNA ISS, 1980 PASTO

Medicina general				28.784	
Prenatal y obstetra				4.764	
Pedriatria niño enfermo				5.494	
Pedriatria niño sano				1.844	
Ginecología				1.426	
Urología				1.212	
Gastroenterología				88	(%)
Otorrinolaringología				1.896	(%)
Cardiología				51	
Dermatología				416	
Internistas				413	
Psiquiatría				173	
Neurología				417	
Cirugía general				463	
Traumatología				1.802	
Otros especialistas				6.303	
Urgencias				10.168	
<b>TOTAL ATENDIDA</b>				<b>65.714</b>	

FUENTES: Informe de Costos, I y II Semestre de 1980, ISS, Pasto.

En realidad estos datos se reflejan en las consultas atendidas, ya que por una u otra razón existen consultas que se asignan pero que no son atendidas; así:

CUADRO N° 25  
 CUADRO N° 24  
 ACTIVIDAD HOSPITALARIA ISS, PASTO 1980

MOVIMIENTO DE CONSULTAS ISS, 1980, PASTO

Servicios	Nº. Casos	Días Casos	Días Ocupados	Cupos		
REGION	Int-ASIGNADA	15 N° CUMPLIDA	EXTRA	TOTAL 520 ASIGNADA	TOTAL ATENDIDA	% ATENDIDA
Pasto	54.416	4.470	15.768	70.184	65.714	93.6
Resto Dpto.	12.861	353	8.088	20.949	20.596	98.3
TOTAL	67.277	4.823	23.856	91.133	86.310	93.7

FUENTE: Informe de actividades 1980, ISS, Pasto.

FUENTE: Informe de actividades 1980, ISS Pasto.

Este es una situación que da origen a quejas por parte de los usuarios del ISS, sin embargo, de acuerdo a la preocupación de las directivas es un mal que tiende a corregirse. Tal vez por tratarse de ser el primer año que verdaderamente funciona la clínica, quizá sea más conveniente examinar su comportamiento para el año siguiente. Del análisis de los cuadros anteriores, se puede deducir un promedio de 31.1 consultas por hora y unas 4.062 consultas por cada mil habitantes - año. no ha sido posible para las instituciones del ISS. Más adelante se compararán las actividades ISS 1981.

La actividad en la Clínica del ISS en Pasto durante 1980 es la siguiente:

Nº. Consulta externa Atendida y no curada por usuario

22.530

CUADRO Nº. 25

ACTIVIDAD HOSPITALARIA ISS, PASTO 1980

Servicios	Nº. Camas	Días Cama	Días Ocupados	% Ocupac.
Md. interna	15	5.309	3.520	66.3
Cirugía	10	3.660	2.879	78.66
Maternidad	15	5.490	2.744	50.00
Pediatría	6	913	539	59.03
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>15.372</b>	<b>9.682</b>	<b>63.00</b>

FUENTE: Informe de actividades 1980, ISS Pasto.

Al finalizar el año de 1980, habían presentado ocupación completa 708 afiliados, registrando como derivados. Tal vez por tratarse de ser el primer año que verdaderamente funciona la Clínica, quizá sea más conveniente examinar su comportamiento para el año siguiente. Afortunadamente a la fecha de la presente investigación ya se puede disponer del informe 1981, cosa que no ha sido posible para las instituciones del SSSN. Más adelante se compararán las actividades ISS 1981.

En relación a la actividad odontológica 1980, se conoce con las siguientes cifras:

<u>Nº. Consulta asignada</u>	<u>Atendida</u>	<u>% Atendida</u>	<u>% no cumplida por usuario</u>
22.530	13.907	61.7	31.6

Talvez debido a ciertas situaciones de solicitud de citas dentro de fechas establecidas y la dificultad de otorgar las citas de acuerdo a las disponibilidades del ISS, sea un fuerte motivo para el usuario no acudir oportunamente a las citas y talvez no repita sus solicitudes de atención.

La seccional del ISS de Mariño fue declarada un Centro Piloto del Programa de Medicina Familiar a partir de Junio de 1980 para el efecto, cada afiliado debería presentarse con toda la documentación del caso para proceder a inscribir a los familiares que de él dependieran económicamente, para que de acuerdo a su sitio de vivienda le fuese adscrito el grupo familiar al CAB correspondiente.

Al finalizar el año de 1980, habían presentado documentación completa 703 afiliados, registrando como derechohabientes:

Esposas	460
Hijos	1.305
Compañeras	7
Padres	4
Madres	45
Hermanos	1

Otros familiares inválidos	1
TOTAL	1.902

Este dato arroja un promedio del 2.68% de derecho habiente por afiliado. El 1º de Diciembre de 1980 comenzó a prestarse el servicio a los familiares de los afiliados. Sin embargo, debido a la falta de preparación del ISS para este fenómeno los servicios de la laboratoric llegaron a recibir únicamente para resultados después de ocho días, lo mismo que algunas intervenciones quirúrgicas quedaron copadas hasta dos meses. En Odontología las citas llegaron a darse para después de 20 días.

Pasto	95.814	16.160	79.654	83.1
Monto Depto.	21.539	8.878	28.753	87.1
TOTALES	117.353	25.038	98.407	83.8

Para el año de 1981, talves debido a la recesión general que vivió el país, el potencial de usuarios del ISS disminuyó, pero en cambio aumentó el número de derechohabientes, así:

Afiliados: 11.791    Derechohabientes: 9.321    Total usuarios: 21.112

FUENTE: Informe de actividades 1981, ISS, Pasto.

En este año, el ISS continuaba con su clínica de 46 camas, la cual servía aún como centro de atención básica para los beneficiarios de la zona norte de la ciudad. El CAB para los barrios surentales contaba con 4 consultorios médicos, 3 consultorios odontológicos y 1 farmacia.

La actividad en la oficina del ISS en Pasto durante 1981 en la siguientes

CUADRO No. 26

MOVIMIENTO DE CONSULTAS ISS, 1981, PASTO

REGION	ASIGNADA	NO CUMPLIDA	CUMPLIDAS	% ATENDIDA
Pasto	95.814	16.160	79.654	83.1
Rento Depto.	21.529	8.776	18.753	87.1
<b>TOTALES</b>	<b>117.343</b>	<b>18.936</b>	<b>98.407</b>	<b>83.8</b>
Mentales	1	112	5	-
Infestocent.	2	581	42	4.8
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>11.269</b>	<b>1.151</b>	<b>4.0</b>

FUENTE: Informe de actividades 1981, ISS, Pasto.

FUENTE: Informe de actividades 1981, ISS, Pasto.

La actividad en la clinica del ISS en Pasto durante 1981 es la siguiente: cuando el ISS utilizaba los servicios de prestaciones del SSSN, así mismo, el porcentaje de ocupación para la misma capacidad hospitalaria.

Relativo a la actividad odontológica, también se nota una mejoría del subinstituto en el servicio, pues en 1981 las actividades fueron:

CUADRO No. 27

ACTIVIDAD HOSPITALARIA ISS, PASTO, 1980

Servicios	Atendidos		%	Atendidos		Promedio	
	No. Camas	Días Cama		Días Ocupados	Días Estada		
Med. Interna	15	5.309	4.018	75.7	708	3.540	5
Cirugía	10	3.660	2.770	75.7	619	4.333	7
Ginecobstet.	12	4.380	3.315	75.7	1.255	2.510	2
Pediatría	6	2.160	1.635	75.7	527	1.950	3.7
Mentales	1	350	112	32.0	5	-	-
Infectocont.	2	701	581	83.0	42	202	4.8
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>16.560</b>	<b>11.269</b>	<b>70.0</b>	<b>3.151</b>	<b>12.535</b>	<b>4.0</b>

Hospital Departamental

99 camas

Hospital Infantil

75

FUENTES: Informe de actividades 1981, ISS, Pasto.

Instituto de Seguros Sociales

46

Clinicas Particulares

24

TOTALES

323 camas

Cama por cada 1.000 habitantes 1.8 promedio nacional 6.8  
 Como puede verse el promedio de estancia es compara-

ble al obtenido en 1979 cuando el ISS utilizaba los servicios de pen-  
 sionados del SSSN, así mismo, el porcentaje de ocupación para la mis-  
 ma capacidad hospitalaria.

Claro está, que este problema no es de una gravedad alarmante, pues se ha visto que los índices de ocupación de camas en el Municipio de Pasto están por debajo de la ocupación ideal, más bien es prioritario dotar a los hospitales de mejores cifras presupuestales para poder

Relative a la actividad odontológica, también se notó los rechazos a pacientes sin posibilidades económicas y entonces una mejoría del cubrimiento en el servicio, pues en 1981 las actividades fueron así:

3.4 Encuesta socio-económica. Nº. consultas asignadas	atendidas	% Atendida
23.028	16.983	73.7

El estudio socio-económico se realizó como objetivo obligatorio mediante la encuesta realizada sobre una muestra estratificada de 574 familias tomadas Sin embargo, hubo un desmejoramiento en la calidad del servicio en lo que se refiere al porcentaje de atenciones. El tamaño de la muestra se calcula tomando la metodología expuesta en el referente a la recolección de la información en el punto 3.4.6.

#### RECURSOS FISICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO

La investigación se llevó a cabo recorriendo la ciudad se-

El total de la disponibilidad de camas al servicio de la comunidad en el Municipio de Pasto, se distribuye en la siguiente manera:

Hospital Departamental	99 camas
Hospital Infantil	75
Hospital San Pedro	79
Instituto de Seguros Sociales	46
Clínicas Particulares	24
<b>T O T A L E S</b>	<b>323 camas</b>

Cama por cada 1.000 habitantes: 1.8 promedio nacional: 6.8

con la mortalidad materna, la atención médica y hospitalaria. e) vi-

vienda, a través de los cuales se analiza la tenencia, los servicios,  
Claro está, que éste problema no es de una gravedad alarmante,  
así como el índice de ocupación,  
pues se ha visto que los índices de ocupación de camas en el Municipio

de Pasto están por debajo de la ocupación ideal, más bien es prioritario

Como ha sido mencionado, la metodología correspondiente al muestreo al azar estratificado. Las técnicas para la recolección de los datos fueron el formulario y las fuentes documentales. Tal vez sea más notorio el problema de la escasez de camas.

### 3.4 Encuesta socio-económica.

El estudio socio-económico tiene como objetivo obtener mediante la encuesta realizada sobre una muestra estratificada de 574 familias tomadas al azar, radicadas en la ciudad de Pasto, un conocimiento global sobre la estructura social y económica de la población.

El tamaño de la muestra se calcula tomando la metodología expuesta en lo referente a la recolección de la información en el punto 3.4.6.

La investigación se llevó a cabo zonificando la ciudad según sus barrios y tomando un porcentaje proporcional al área superficial aproximada de cada barrio. El 16% de las encuestas (92 familias) se realizaron en la zona rural.

Los aspectos que contempla la encuesta son: a) demográficos, que incluyen la estructura según edad y sexo. La composición familiar y el estado civil. b) económicos, que comprenden la ocupación, ingresos, patrimonio y egresos. c) educativos, sobre el grado de instrucción y la escolaridad según edades. d) de salud, en los cuales se tra-

FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación.

tan la morbilidad sentida, la atención médica y hospitalaria. (e) vivienda, a través de los cuales se analiza la tenencia, los servicios, así como el índice de ocupación: en hombres y el 52.9% con mujeres.

Como ha sido mencionado, la metodología corresponde al muestreo al azar estratificado. Las técnicas para la recolección de los datos, fueron el formulario y las fuentes documentales. menor de 40 años.

3.4.1 Aspectos demográficos. trabajar la constituye el 59.7% del total, pero solamente el 22.3% es población ocupada. Lo anterior indica que existe una dependencia económica del 77.7% lo que supone que por cada persona económicamente activa y ocupada existen 4.5 miembros dependiendo de ella.

CUADRO N°. 28

ESTRUCTURA DE LA POBLACION ESTUDIADA, SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0 a 4	142	5.5	136	5.3	278	10.8
5 - 9	157	6.1	179	6.9	336	13.0
10 - 14	171	6.6	160	6.2	331	12.8
15 - 18	141	5.4	148	5.8	289	11.2
19 - 24	152	5.9	207	8.0	359	13.9
25 - 29	112	4.3	144	5.6	256	9.9
30 - 34	90	3.5	80	3.1	170	6.6
35 - 39	59	2.3	97	3.7	156	6.0
40 - 44	37	1.4	37	1.4	74	2.8
45 - 49	41	1.6	64	2.4	105	4.0
50 - 54	40	1.5	40	1.6	80	3.1
55 - 59	27	1.0	31	1.2	58	2.2
60 y más	41	1.6	38	1.4	79	3.0
<b>TOTALES</b>	<b>1.210</b>	<b>47.1</b>	<b>1.361</b>	<b>52.9</b>	<b>2.571</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

20 y los 40 años, siendo los mayores índices en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años. La pirámide de población que resulta del estudio pre porciona 2.571 personas que al distribuir las por sexo demuestran cier to equilibrio, ya que el 47.1% son hombres y el 52.9% son mujeres.

Algunos de los datos de interés que podemos deducir de la estructura de la pirámide son los siguientes: Es una población joven, ya que el 47.8% es menor de 18 años, y el 84.2% menor de 40 años.

CUADRO No. 29

La población apta para trabajar la constituye el 59.7% del total, pero solamente el 22.3% es población ocupada. Lo anterior indica que existe una dependencia económica del 77.7% lo que sugiere que por cada persona económicamente activa y ocupada existen 4.5 miembros dependiendo de ella.

Casados 134 15.7 489 11.5 623 7.2

Viendo Es necesario destacar, que la población en edad fértil, correspondiente al 30% del total, corresponde a la población femenina entre 15 y 49 años.

Unión libre 73 7.3 134 1.4

Al analizar la estructura de la población que trabaja, es evidente un marcado desequilibrio entre el porcentaje de hombres y el de mujeres; pues esta distribución es del 71.5% para hombres y 28.5% para mujeres.

Unión libre 73 7.3 134 1.4

Unión libre

Esta situación es explicable si se tiene en cuenta que las oportunidades de trabajo para la mujer son escasas en la zona urbana, mientras que en la zona rural las características del trabajo existente obliga a que éste sea ejecutado por hombres. La mayor concentración de trabajadores se encuentra en el intervalo comprendido entre los

20 y los 40 años, siendo los mayores índices en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Los mayores de 50 años solo representan el 8.9%, siendo el 1.4% mayor de 60 años.

CUADRO No. 29

CUADRO No. 30

ESTADO CIVIL DE LA PAREJA CABEZA DE FAMILIA

CATEGORIA	HOMBRES	MUJERES	FRECUENCIA	%	TOTAL	%
0 - Casados	136	12.9	480	12.6	83.6	25.5
5 - Viudos	139	13.2	16	15.2	2.8	28.4
10 - Separados	8	13.1	7	11.2	1.2	24.3
15 - Unión libre	5	6.5	71	5.9	12.4	12.7
<b>T O T A L E S</b>			<b>574</b>		<b>100.0</b>	
<b>T O T A L E S</b>	<b>538</b>	<b>51.0</b>	<b>515</b>	<b>49.0</b>	<b>1.053</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

La familia toma la forma monogámica en el 96% de los casos, de éstos el 83.6 corresponde a la monogamia legal y el 12.4 a la monogamia libre. Dentro de la población menor de 18 años, el mayor porcentaje corresponde a los que se encuentran entre 5 y 9 años con el 28.4%, siguiéndole en importancia relativa, de acuerdo a su magnitud los que se encuentran entre 0 y 4 años con el 25.5%. En cuanto a la distribución por sexo se observa un marcado equilibrio, el 51% son hombres y el 49% son mujeres.

**CUADRO N.º 30**

Dentro del grupo de mujeres la mayor concentración se encuentra entre los 5 y 9 años con el 15.2%. Las mujeres mayores de 15 años solo representan el 10.6% de la población femenina, siendo el más alto porcentaje las del grupo de 25 a 35 años con el 5.9%.

EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0 a 4	136	12.9	133	12.6	269	25.5
5 - 9	139	13.2	160	15.2	299	28.4
10 - 14	138	13.1	117	11.2	255	24.3
15 - 18	72	6.8	62	5.9	134	12.7
19 y más	53	5.0	43	4.1	96	9.1
<b>TOTALES</b>	<b>538</b>	<b>51.0</b>	<b>515</b>	<b>49.0</b>	<b>1.053</b>	<b>100.0</b>

**FUENTES:** Encuesta socio-económica de esta investigación.

Al analizar la población que trabaja según su actividad económica se observa el siguiente cuadro, en el cual el más alto porcentaje corresponde a las actividades del sector terciario como son el comercio y los servicios prestados al público con el 32.7% y el 15% respectivamente.

El análisis del cuadro anterior pone de manifiesto el elevado porcentaje de hijos cuyas edades están por debajo de los 18 años, lo cual alcanza el 90.9%. Dentro de la población menor de 18 años, el mayor porcentaje corresponde a los que se encuentran entre 5 y 9 años con el 28.4%, siguiéndole en importancia relativa, de acuerdo a su magnitud los que se encuentran entre 0 y 4 años con el 25.5%. En cuanto a la distribución por sexos se observa un marcado equilibrio. El 51% son hombres y el 49% son mujeres.

Dentro del grupo de mujeres la mayor concentración se encuentra entre los 5 y 9 años con el 15.2%. Las mujeres mayores de 15 años solo representan el 10.0% de la población femenina, siendo el más alto porcentaje las del rango 15 a 18 años con el 5.9%.

#### Construcción

De acuerdo con el número de miembros por familia, se encontró que el mayor número es de 12 miembros. La mayor concentración se encuentra en las familias de tres miembros con el 18.3% de éstas. Los porcentajes más elevados corresponde a familias con menor número de miembros. Por el sistema de promedios ponderados, se establece que para el Municipio de Pasto el promedio de miembros por familias es de cuatro personas por familia.

#### 3.4.2 Aspectos económicos.

Al analizar la población que trabaja según ramas de actividad económica se obtuvo el siguiente cuadro, en el cual el más alto porcentaje corresponde a las actividades del sector terciario como son el comercio y los servicios prestados al público con el 32.7% y el 19% respectivamente.

En orden de importancia cuantitativa, ocupa el segundo lugar las actividades del sector secundario de la industria manufacturera con el 25.3%, seguida de la construcción con el 8.4%.

El menor porcentaje se encuentra en el sector primario. **OCUPACION POR RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA** la si se tiene en cuenta que la población que no ha alcanzado la edad de trabajar.

Agricultura, silvicultura, caza y pesca	1.9
Industrias extractivas	0.8
Industrias manufactureras	25.3
Construcción	8.4
Electricidad, agua, servicios sanitarios	4.7
Comercio	32.7
Transporte, bodega, comunicación	5.7
Servicios prestados al público	19.0
Actividades mal designadas	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación

En orden de importancia cuantitativa ocupa el segundo lugar las actividades del sector secundario de la industria manufacturera con el 25.3%, seguida de la construcción con el 8.4%.

El menor porcentaje de ocupación se encuentra en el sector primario con el 2.7%, situación absolutamente explicable si se tiene en consideración que la población rural es apenas el 16% del total y en ella predominan las personas que no han alcanzado la edad de trabajar.

Los datos obtenidos sobre ingresos familiares se consignan en el siguiente cuadro:

Hasta	Nº. FAMILIAS	%
Hasta \$ 2,500	10	1.6
2,500 a 2,999	104	18.1
3,000 a 3,499	77	13.4
4,500 a 5,999	79	13.6
6,000 a 6,999	42	7.3
7,000 a 7,499	48	8.4
7,500 a 7,999	37	6.4
8,000 a 8,499	41	7.1
8,500 a 8,999	19	3.3
9,000 a 9,499	17	3.0
9,500 a 9,999	12	2.1
10,000 a 10,499	12	2.1
10,500 a 10,999	14	2.4
11,000 a 11,499	10	1.8
12,500 y más	49	8.5
Sin información	3	0.5
<b>T O T A L E S</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

Según esto, la mayor concentración de ingresos se encuentra en los niveles comprendidos entre \$2,500 y \$5,999 con el 47.4%. Se precisa mencionar que a la fecha de los cuestionarios el nivel del salario mínimo era de \$5,700 mes. CUADRO No. 32

INGRESOS FAMILIARES

Con salarios que varían de \$2,500 a \$11,499 se encuentran

el 14.7% de la población total. En el 65.9% de los hogares familiares se

INGRESOS	Nº. FAMILIAS	%
Hasta \$ 2.500	10	1.8
2.500 a 3.499	104	18.1
3.500 a 4.499	77	13.4
4.500 a 5.999	79	13.8
6.000 a 6.999	42	7.3
7.000 a 7.499	48	8.4
7.500 a 7.999	37	6.4
8.000 a 8.499	41	7.1
8.500 a 8.999	19	3.3
9.000 a 9.499	17	3.0
9.500 a 9.999	12	2.1
10.000 a 10.499	12	2.1
10.500 a 10.999	14	2.4
11.000 a 11.499	10	1.8
11.500 y más	49	8.5
Sin información	3	0.5
<b>T O T A L E S</b>	<b>574</b>	<b>100</b>

para Junio de 1961 según la información del INEC, que fue de \$5,700 para

familias. FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación

## DISTRIBUCIÓN DE EMPLEO Y

Según esto, la mayor concentración de ingresos se encuentra en los niveles comprendidos entre \$2.500 y \$5.999 con el 47,4%. Es preciso mencionar que a la fecha de las encuestas el nivel del salario mínimo era de \$5.780 mes.

Con salarios que van de \$5.500 a \$11.499 se encuentra el 14,7% de la población ocupada. El 8,5% tiene ingresos familiares superiores a \$11.500.

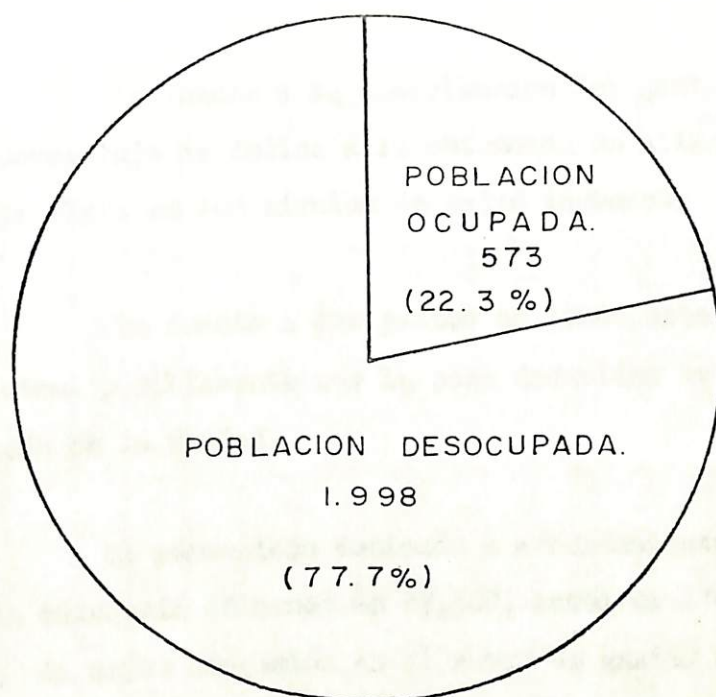
De lo anterior se concluye que cerca de la mitad de la población trabajadora tienen un salario inferior al mínimo. Tomando en cuenta que por cada trabajador dependen económicamente 4,5 personas, es evidente que la situación económica en Pasto es alarmante, pues este nivel de ingreso no alcanza para satisfacer las necesidades más elementales de una familia.

Claro está, que para poder establecer con certeza la situación económica del trabajador es necesario relacionar entre los ingresos y los egresos.

Al realizar este análisis, es importante destacar el bajo nivel de ingresos que, enfrentados a los egresos, presenta en la mayoría de los casos una situación permanente de déficit o la inexistencia de un remanente susceptible de ser orientado hacia el ahorro o la inversión.

Si se tiene en cuenta el valor de los consumos básicos para Junio de 1981 según información del DANE, que fue de \$6.030 para familias obreras, se concluye que el 47,1% de estas familias no pueden

DISTRIBUCION DE EMPLEO Y  
DEPENDENCIA ECONOMICA.



TOTAL POBLACION ENCUESTADA: 2.571

GRADO DE DEPENDENCIA ECONOMICA:  $\frac{2.571}{573} = 4.5$

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación

consumir los alimentos básicos, ni cubrir sus necesidades primarias. En el caso de empleados, sus consumos básicos costaban en Junio de 1981, \$11.003 lo cual significa que más del 89.2% de las familias en el Municipio de Pasto perciben ingresos inferiores al valor de los consumos básicos.

En cuanto a la distribución del gasto, es evidente que el mayor porcentaje se dedica a la obtención de alimentos. Esta situación es más clara en los niveles de bajos ingresos.

En cuanto a los gastos en transporte, son realmente insignificantes, posiblemente por la poca necesidad de este servicio debido al tamaño de la ciudad.

El porcentaje dedicado a arrendamiento oscila entre el 8.7% en la categoría de menos de \$2.500, hasta el 17.2% en el nivel intermedio. La mayor erogación en el rubro de gastos médicos se presenta en el nivel de ingresos entre \$9.000 y \$9.499, con el 10.5%.

En cuanto al porcentaje dedicado a otros gastos, no es significativo para los niveles más bajos de ingreso y el valor máximo correspondiente al nivel de ingresos superiores a los \$11.500 en el 11%.

#### 3.4.3 Aspectos educativos.

El siguiente cuadro muestra el grado de instrucción de la población encuestada, la cual se presenta en cifras relativas para mejor análisis y comprensión.

CUADRO No. 33

GRADO DE INSTRUCCION DE LA POBLACION

E D A D E S	PRIMARIA						SECUNDARIA			UNIVERS.	OTROS	ANALFABET.
	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.	4º.	6º.				
5 a 9 años	2.6	3.2	1.5	1.0	0.2	-	-	-	-	-	8.3	
10 a 14	0.4	1.5	1.6	2.2	2.2	2.8	0.9	-	-	-	0.4	
15 a 19	0.6	0.6	0.7	0.6	1.4	3.6	3.0	1.7	0.1	0.3	0.3	
20 a 24	0.1	0.6	0.9	1.3	2.1	2.9	3.1	2.7	2.6	0.4	0.3	
25 a 29	0.2	0.7	0.7	1.2	2.4	1.3	1.5	2.4	1.4	0.4	-	
30 a 34	0.3	0.3	0.2	0.6	1.3	0.8	0.9	1.7	1.0	0.5	0.2	
35 a 39	0.1	0.4	0.8	0.7	1.1	0.6	1.1	0.6	0.5	0.1	0.4	
40 a 44	0.1	0.2	0.2	0.2	0.8	0.2	0.2	0.8	0.5	0.3	0.2	
45 a 49	0.05	0.05	0.2	0.5	1.5	0.5	0.5	0.7	0.7	0.05	0.3	
50 a 54	0.03	0.02	0.4	0.4	1.0	0.2	0.3	0.7	-	0.35	0.2	
55 y más	0.02	0.03	0.2	0.2	1.0	0.5	0.2	0.3	-	0.6	0.5	
<b>TOTALES</b>	<b>4.5</b>	<b>8.6</b>	<b>7.4</b>	<b>8.9</b>	<b>15.0</b>	<b>13.4</b>	<b>11.2</b>	<b>12.1</b>	<b>6.1</b>	<b>3.0</b>	<b>11.1</b>	

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación

UNIVERSIDAD DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
CARRERAS DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN

De acuerdo con las cifras presentadas, se observa que el 43.4% ha cursado estudios primarios, pero solamente el 15% los terminó. El 36.7% ha realizado estudios secundarios y de éstos el 8.2% hizo hasta 6º de bachillerato. El 6.1% efectuó estudios universitarios, el 3% hizo otros estudios y el 11.1% restante es de analfabetos.

Sin embargo, puede considerarse que la cifra de analfabetos es relativamente baja si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje dentro de su conformación son niños menores de 5 a 9 años, es decir, que se encuentran en edad de comenzar estudios.

Otro aspecto relevante es el relacionado con la deserción. En efecto, los porcentajes correspondientes al nivel de primaria son superiores a los de secundaria y éstos a su vez son superiores respecto al porcentaje del nivel universitario, así mismo, se puede observar que a medida que las edades van aumentando el grado de escolaridad es menor, lo cual es explicable ya que las oportunidades de estudio han mejorado en los últimos años.

#### 3.4.4 Aspectos de salud.

La morbilidad sentida corresponde a la percepción que cada persona tiene de su enfermedad. Aunque esta apreciación subjetiva está afectada por una diversidad de factores, constituye un elemento insustituible para calcular la demanda potencial de servicios de atención médica.

Dentro de la morbilidad sentida, la mayor incidencia se detectó en los mayores de 18 años con el 57.2%. Dentro de este grupo

po, el mayor porcentaje corresponde a las cabezas de familia, con el 30.8%, siguiéndole en orden de importancia la morbilidad presentada en los cónyuges con el 20.6%. La morbilidad de los demás dependientes mayores de 18 años solo alcanzan el 5.8% del total.

En cuanto a las cifras relativas de morbilidad en los menores de 18 años, la mayor incidencia se encuentra entre los 10 y 18 años con el 15.7% entre los 5 y 9 años esta cifra alcanza el 12.5%, siendo el menor porcentaje en los menores de un año con el 3.6% estas diferencias no se deben en ningún modo a que algunos grupos tengan mejores condiciones de salud, sino que corresponde a los desequilibrios numéricos de los mismos grupos según edades.

Al igual que en la mayoría de los municipios de Colombia, las primeras causas de morbilidad son las enfermedades infecciosas erradicables, fruto del mal saneamiento ambiental, de la falta de agua potable y la incorrecta disposición de excretas, también influye la ignorancia de las gentes. Es así como el 30.2% de la morbilidad se debe a esta causa.

La morbilidad debida a parásitos intestinales es también bastante representativa y cuenta con el 20.2% del total de la morbilidad en los menores de 18 años.

La tercera causa de morbilidad con el 15.6% es el sarampión y otras erupciones los que trabajan en Salud Pública y epidemiología reconocen que el sarampión tiene relación indirecta con la desnutrición. Sin embargo, la desnutrición como causa específica solo representa el 2.9%.

Como cuarta causa se representa las enfermedades correspondientes al aparato respiratorio como bronquitis, enfizema, asma y neumonías. Estas enfermedades están muy relacionadas con el hacinamiento en la vivienda.

ENFERMEDAD	0 a 4	5 a 9	10 a 18	TOTAL
El 40.4% de los casos de morbilidad sentida en los menores de 18 años, tuvo atención médica. De éstos, el 4.6% se hizo a menores de un año, el 11.2% a los niños de 1 a 4 años, el 11.1% de 5 a 9 años y el 13.5% restante entre los 10 y 18 años.				
Parásitos intestinales	1.0	3.8	6.0	7.4
El 3.8% de los casos fue atendido por otras personas diferentes al médico. Este porcentaje se distribuye así: el 1.0% para los menores de un año, el 0.9% de 5 a 9 años, y el 2.0% de 10 a 18 años. Como se puede observar solamente un 44.3% de la morbilidad tuvo algún tipo de atención y únicamente el 40.4% recibió atención adecuada.	0.4	0.9	1.1	2.4
Defectos congénitos, labio leporino	0.2	0.2	0.3	0.3
Es importante mencionar que el 5.2% de los casos de morbilidad en menores de 18 años necesitó hospitalización. Solamente el 0.4% de la morbilidad en menores de 18 años ha causado incapacidad permanente.	-	0.2	0.2	0.4
Tortugadas y muelas	-	-	0.2	0.4
Epilepsia y otras enfermedades mentales, retardo mental	-	0.1	-	0.3
Otras	0.9	0.8	2.5	3.3
<b>TOTALES</b>	<b>8.5</b>	<b>25.8</b>	<b>29.0</b>	<b>36.7</b>

Encuesta socio-económica de esta investigación. 100.0

Encuesta socio-económica de esta investigación. 100.0

CUADRO No. 34

MORBILIDAD EN MENORES DE 18 AÑOS

ENFERMEDAD	SINTIENDA	CABEZA DE FAMILIA	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 18	TOTAL %
Enfermedades infecciosas intestinal		2.7		2.4	0.6	6.7	
diarrea y disenterias		8.2	2.8	6.6	5.5	5.4	11.9
Aparato respiratorio, asma			1.3	3.8	4.2	5.3	14.6
Parásitos intestinales		2.5	1.0	5.8	6.0	7.4	14.7
Anémias y desnutrición			0.6	0.7	0.6	1.0	2.9
Sarampión y otras erupciones		6.3	1.0	3.9	4.7	6.0	9.0
Infecciones de la piel, forúnculos		7.2		3.7			12.5
sarna, eczema			0.4	2.2	2.0	2.3	5.5
Supuración del oído		3.7	0.2	0.9	1.1	1.5	3.7
Defectos congénitos, labio leporino				1.2	0.6	3.8	
deformaciones en extremidades			0.2	0.2	0.3	0.3	1.0
Accidentes, heridas, laceraciones,		3.3		1.8	0.5	5.4	
quemaduras			-	0.4	1.2	2.3	3.9
Infecciones de las vías urinarias		1.4		0.1	0.2	0.4	3.4
ceguera parcial o total		4.3		0.2	0.2	0.6	6.2
Tartamudez y mudes				-	0.2	0.4	0.6
Epilepsia y otras enfermedades		1.6		0.3	0.9	2.8	
mentales, retardo mental				0.1	-	0.3	0.4
Otras		3.0	0.9	0.8	2.5	3.3	7.5
<b>TOTALES</b>			<b>8.5</b>	<b>25.8</b>	<b>29.0</b>	<b>36.7</b>	<b>100.0</b>
Otras			7.4	3.5	1.0	11.9	
FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación.							100.0
TOTALES							

FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación.

Para los mayores de 18 años, la primera causa de morbilidad corresponde al embarazo, parto y puerperio con el 14.7%, de éstos, el 11.2% corresponde al embarazo de la

CUADRO No. 35

MORBILIDAD EN MAYORES DE 18 AÑOS

ENFERMEDAD SENTIDA	CABEZA DE FAMILIA	CONYUGE	DEPENDENC. MAYOR DE 18	TOTAL %
Aparato genito urinario	2.7	3.4	0.6	6.7
Respiratorias, TBC, asma	8.2	2.8	0.9	11.9
Embarazo, parto, puerperio, aborto	2.5	11.2	1.0	14.7
Infecciones y trastornos intestinales	6.3	1.9	0.8	9.0
Parásitos	7.2	3.9	1.4	12.5
Heridas, laceraciones, fracturas, quemados	3.7	1.2	0.6	5.5
Anémias, avitaminosis, desnutrición	1.8	1.1	0.6	3.5
Hipertensión arterial	3.3	1.6	0.5	5.4
Diabetes	0.5	0.4	0.06	1.0
Tumores, incluido bocio	1.4	1.7	0.3	3.4
Úlcera, eczema, sarna, infecciones de la piel	4.1	1.4	0.7	6.2
Ceguera, sordera parcial o total	1.6	0.3	0.9	2.8
Trastorno y retardo mental, epilepsia	1.0	0.2	0.1	1.3
Reumatismo	1.1	0.8	0.4	2.3
Enfermedades del corazón	1.0	0.6	0.3	1.9
Otras	7.4	3.5	1.0	11.9
<b>T O T A L E S</b>	<b>53.8</b>	<b>36.0</b>	<b>10.2</b>	<b>100.0</b>

FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación.

Para los mayores de 18 años, la primera causa de morbilidad corresponde al embarazo, parto y puerperio con el 14.7%, de éstos, el 11.2% corresponde a los cónyuges del principal miembro de la familia y el 2.5% a mujeres que son el principal miembro de la familia.

La segunda causa son los parásitos intestinales, con el 12.5%, siendo el grupo más afectado los principales miembros o cabeza de familia. Con el 11.9% aparecen las enfermedades del aparato respiratorio teniendo mayor incidencia en las cabezas de familia con el 8.2%.

Mayores de 18 años	56.089	65	36.276	64	19.312	24.2
--------------------	--------	----	--------	----	--------	------

En cuanto a la atención recibida, se destaca el hecho de que solamente el 20.7% de los casos, tuvo atención médica. Este porcentaje se encuentra distribuido en 11.9% para cabezas de familia, 6.2% para cónyuges y el 2.6% para los demás dependientes mayores de 18 años. El 5.2% fue atendido por otras personas y el 4.2% automedicado.

Otro aspecto importante es el de la hospitalización y la incapacidad. El 10.9% requirió hospitalización y el 1.9% de los casos, causó incapacidad permanente.

Sin embargo, la misma encuesta proyectada a toda la población, revela que tan solo recibieron atención adecuada 36.276 mayores y 20.298 menores de 18 años, lo cual equivale al 69% de las personas que necesitaban tales servicios por estar enfermos, cifra ésta que correspondería a un 30% de la población de Pasto.

DEMANDA Y OFERTA EN ATENCION EN SALUD EN PASTO PARA 1980

	DEMANDA		OFERTA		DIFERENCIA	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Menores de 18 años	25.860	32	20.298	36	5.562	6.8
Mayores de 18 años	56.089	68	36.276	64	19.812	24.2
TOTALES	81.949	100	56.574	100	25.375	31.0

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

FINZA

OTRAS

Este cuadro indica que la demanda es superior a la

oferta en cuanto al servicio de salud con una diferencia del 31%.

3.4.5 Aspectos de vivienda.

FUENTE: Encuesta socio-económica de esta investigación.

A continuación se presenta el cuadro que muestra el resumen de vivienda en el Municipio de Pasto.

El número de familias por vivienda fluctúa entre una y 10 familias, el 80,8% de las viviendas es ocupado por una familia, el 12,7% por dos familias. A medida que aumenta el número de familias por vivienda, la frecuencia de estas disminuye. Se puede decir que existe un promedio de 1,26 familias por vivienda, mientras que el promedio de personas por vivienda es de 5,36 personas por vivienda.

CUADRO N.º. 36

ATENCIÓN DE LA VIVIENDA EN PASTO, 1980

Utilizando el mismo sistema de ponderación estadística, se obtiene un promedio de 8,24 habitantes por vivienda, fluctuando de 1 a 12 habitantes.

CLASE DE VIVIENDA	PROPIA	ALQUILADA	TOTAL
CASA	49.3%	31.0%	80.3%
CASA-LOTE	2.0	0.3	2.3
APARTAMENTO	0.5	6.8	7.3
PIEZA	—	9.1	9.1
OTRAS	0.3	0.7	1.0
<b>T O T A L E S</b>	<b>52.1</b>	<b>47.9</b>	<b>100.0</b>

FUENTES: Encuesta socio-económica de esta investigación.

En relación con los servicios de agua, luz, teléfono, etc. se encuentra que el 93,9% de las viviendas están conectadas a la red pública, el 93,4% tiene servicio de luz eléctrica. El 12,6% de las viviendas tienen estado eléctrico, el 24,9% gas y el 21,4% agua fría. El 84,5% de las viviendas cuentan con sanitario, el 5,2% con baño público y el 2,4% con letrina.

El número de familias por vivienda fluctúa entre una y 10 familias, el 80.8% de las viviendas es ocupado por una familia. El 12.7% por dos familias. A medida que aumenta el número de familias por vivienda, la frecuencia de estas disminuye. Se puede concluir que existe un promedio de 1.26 familias por vivienda, mientras que el promedio de personas por vivienda es de 5.56 personas por vivienda.

Utilizando el mismo sistema de promedios ponderados, se obtiene un promedio de 2.24 dormitorios por vivienda, fluctuando este valor entre 1 y 12 dormitorios.

Si se relaciona el número de dormitorios con el número de personas, se obtiene un promedio de 2.41 personas por dormitorio, lo cual es un claro indicativo del nivel de hacinamiento y promiscuidad más aún si se tiene en cuenta el tamaño de los dormitorios, de 15 metros cuadrados en promedio.

Es importante mencionar que la OMS ha establecido que el área de 1 dormitorio que deba ocupar una persona es de 14.6 metros<sup>2</sup>.

En relación con los servicios de agua, luz, higiene, etc. se encuentra que el 90.9% de las viviendas están conectadas a la red del acueducto, el 93.4% tiene servicio de luz eléctrica. El 35.5% de las viviendas tienen estufa eléctrica, el 24.9% gas y el 23.4% carbón. El 84.5% de las viviendas cuentan con sanitario, el 5.2% con pozo séptico y el 2.4% con letrina.

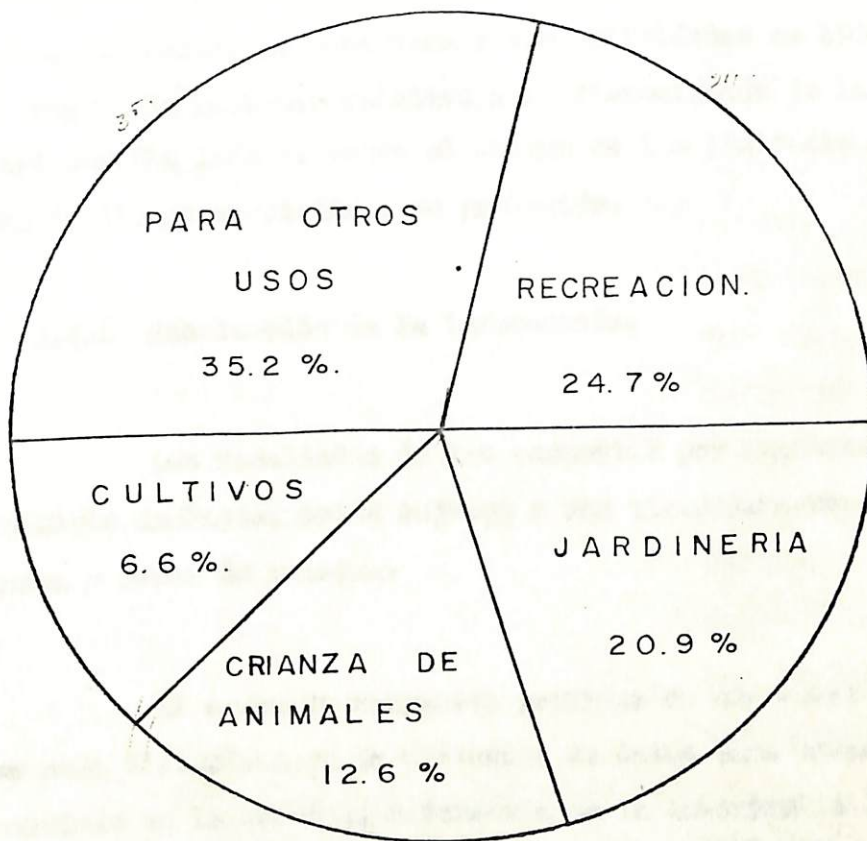
DISTRIBUCION DE FAMILIAS EN RELACION A LAS VIVIENDAS

No. de familias	Frecuencia	%
1	464	80.8
2	73	12.7
3	17	3.0
4	5	0.9
6	2	0.4
10	2	0.4
sin información	11 o más	1.8
total	574	100 %

Fuente: Encuesta socio-económica de esta investigación.

GRAFICA:

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
LA UTILIDAD DEL PATIO DE  
LAS VIVIENDAS.



FUENTE: Encuesta socio-económico de esta investigación

El 73.5% de las viviendas poseen patio, el 24.7% de éstas lo utiliza para recreación, el 20.9% para jardín, el 12.6% para crianza de animales, el 6.6% de los patios se utilizan para algún tipo de cultivo. En primer lugar se realizó un sondeo cuantificando el

variable número de familias por vivienda, el cual arrojó los siguientes datos: para 2 viviendas por cada familia. Hasta aquí el análisis de la Organización de la Salud en el Municipio de Pasto consistente en la determinación de las instituciones hospitalarias, su cobertura y sus actividades en 1980, con la ayuda del siguiente capítulo relativo a la financiación de la salud en Pasto, será posible inferir sobre el origen de las limitaciones en la prestación de dichas servicios a su población.

#### 3.4.6 Recolección de la información.

Los resultados de las encuestas por muestreo aplicada en el Municipio de Pasto, están sujetos a dos tipos de error: Error de respuesta y Error de muestra.

El error de respuesta proviene de una serie de factores tales como dificultad en la obtención de datos para todas las personas incluidas en la muestra, diferencia en la interpretación a las diferentes preguntas, errores en la tabulación de las respuestas.

Los errores de muestreo resultan del hecho de ser la muestra una de las tantas posibles combinaciones de muestreo.

Con el objeto de definir el tamaño de la muestra se utilizó el Teorema de Tchénycheff, el cual parte de la ley de los grandes números:

$$P(\bar{X} - \mu / \leq K \leq \bar{X}) \geq 1 - \frac{1}{K^2}$$

En primer lugar se realizó un sondeo cuantificando el variable número de familias por vivienda, el cual arrojó los siguientes datos: para 2 viviendas por cada barrios:

Bajo Medio  
Clase o estrato social

Alto-alto

Bajo Bajo

Medio Alto

Obrero

Barrio

Noviembre

Palermo

Riviera

José Zarama

Versalles

Morasurco

Cumbala

Santa Ana

Mariano

Centenario

Las Cuadras

San Ignacio

Como resultado del sondeo se obtuvo un promedio por vivienda de 1.48 familias, lo cual posibilita un error de 0.6 mínimo obteniendo el siguiente tamaño de muestra:

- Mariluz
- Las Américas
- Panamericano
- Las Acacias
- Maridias

Recogido al Error de 0,6

El tamaño de la muestra necesario para obtener un error máximo menor que 0,6 con una probabilidad o grado de confianza superior a 0,99 o (99%) es de 314 encuestas, pero aumentando el error con mayor confianza tiene que disminuir es decir que el Error  $\leq 0,6$

Para una mayor explicación decimos:

$\bar{X} - \mu = \text{Error}$  **Bajo Medio**

$\sqrt{\bar{X} - \mu} = \dots$

$\bar{X} = 1,46$  (Media Muestral)

$\mu =$  (Media Poblacional) desconocida

$K \Rightarrow$  **Bajo Bajo**

$S \Rightarrow$

$P(|\bar{X} - \mu| \leq K \Delta \bar{X}) \geq 1 - \frac{1}{K^2}$

$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n} = \frac{58}{40} = 1,45$

Como resultado del sondeo se obtuvo un promedio ponderado de 1,46 familias por vivienda, lo cual posibilita fijar un error de 0,6 máximo obteniendo el siguiente tamaño de muestra:

	10	100
Total	40	246

Con un grado de confianza superior a 0,99 (99%)

o sea:  $P(|\bar{X} - \mu| \leq K \Delta \bar{X}) \geq 0,99$

- La Aurora
- El Bosque
- Capusigra
- Champagnat
- La Carolina

- Obrero
- Navarrete
- Lorenzo
- Miraflores
- Santa Mónica

- Cantarana y es restan
- Canchala
- Chagal
- La Rosa

San Vicente	48	28	16
1	48	48	48
2	7	14	28
3	2	6	16

Escogido el Error de 0.6

Para  $1 - \frac{1}{K^2} = 0.99$

El tamaño de la muestra necesario para cometer un Error máximo menor que 0.6 con una probabilidad o grado de confianza superior a 0.99 o (99%) es de 544 encuestas, pero aumentando el  $M$ , el Error con mayor razón tiene que disminuir es decir que el Error de muestras es  $< 0.6$

Para una mayor explicación decimos:

$$\bar{X} - \mu = \text{Error}$$

$$|\bar{X} - \mu| \leq \Delta$$

$$\bar{X} = 1.46 \quad (\text{Media Muestral})$$

$$\mu = \quad (\text{Media Poblacional}) \text{ desconocida}$$

$K \implies$  es el # de desviaciones de  $\bar{X}$  que se suman y se restan para obtener el Error  $(K \cdot \bar{X})$

$s \implies$  es la desviación típica estimada

$$P(|\bar{X} - \mu| \leq K \Delta \bar{X}) \geq 1 - \frac{1}{K^2}$$

$$\bar{X} = \frac{\sum XF}{n} = \frac{88}{60} \implies \bar{X} = 1.46$$

X	F	XF	X <sup>2</sup> F
1	48	48	48
2	7	14	28
3	2	6	18
4	1	4	16
6	1	6	36
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>88</b>	<b>246</b>

El resultado indica que se requiere 544 encuestas para ajustar las encuestas a la proporción del área ocupada por el

Con un grado de confianza superior a 0.99 (99%)

$$O sea : P(|\bar{X} - \mu| \leq K \Delta \bar{X}) \geq 0.99$$

Pero  $1 - \frac{1}{K^2} = 0.99$

CAPITULO IV

luego  $K = 10$

Si el  $f$  (error) = 0.6 máximo

entonces  $n = \frac{S^2}{f^2}$

La atención en salud puede ser definida como un artículo de consumo. Pero como  $\Delta$  es desconocido se lo estima por 18 cual cada familia está dispuesta a pagar, independientemente de sus ingresos. Al elaborar tal definición, es necesario distinguir entre atención curativa y atención preventiva, ya que la última da pie a un considerable número de  $\bar{X}^2$  interpretaciones.

Pero  $\bar{X}^2 = \frac{\sum X^2}{n} = \frac{246}{60} \Rightarrow \bar{X}^2 = 4.1$

O sea:  $S^2 = 4.1 - (1.46)^2 = 1.96$

Luego  $s = 1.4$

Otro aspecto conceptual importante, se refiere al grado en que deben ser  $K^2 s^2$  como gastos de la salud aquellos relacionados con los costos de educación de los trabajadores de la salud, y con la producción de investigación e información relacionada con la salud.

El resultado indica que se requiere 544 encuestas, pero con el fin de ajustar las encuestas a la proporción del área ocupada por el Municipio, se aplicaron 574 encuestas, para lo cual el error es menor que en términos de sus instalaciones y presupuestos. Sin embargo, se a 0.6.

presenta una dificultad como en el caso del ISS, en el que no todos los gastos son para salud, sino que también incluye el pago de pensiones

de invalidas, vejes y muerte, los cuales no son considerados usualmente gastos de salud.

#### CAPITULO IV

### FINANCIACION DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO

de Pasto una definición completa del sector salud comprende todos los servicios prestados por el personal y sus instituciones donde se ofrecen con servicios de salud. La definición incluye servicios de medicina, en

#### 4.1 La salud como un bien económico.

La atención en salud puede ser definida como un artículo de consumo, comparable a otros bienes y servicios, por la cual cada familia está dispuesta a pagar, independientemente de sus ingresos. Al elaborar tal definición, es necesario distinguir entre atención curativa y atención preventiva, ya que la última da pie a un considerable número de diferentes interpretaciones acerca de cuales actividades específicas deben incluirse y cual eliminarse. También es conveniente, dentro de este contexto, mostrar como el concepto de Gasto de Inversión utilizado por las instituciones hospitalarias se usa de manera diferente en el análisis económico de los presupuestos de salud.

Otro aspecto conceptual importante, se refiere al grado en que deben aceptarse como gastos del sector de la salud aquellos relacionados con los costos de educación y entrenamiento de los trabajadores de la salud, y con la producción de investigación e información relacionada con la salud.

Para un análisis financiero, se podría definir el sector salud en términos de sus instalaciones y presupuestos. Sin embargo, se presenta una dificultad como en el caso del ISS, en el que no todos los gastos son para salud, sino que también incluyen el pago de pensiones

de invalidez, vejez y muerte, los cuales no son considerados usualmente gastos de salud.

En el Cuadro No. 37, se muestra la naturaleza de los aportes para el caso del presente estudio de la salud en el Municipio de Pasto. Una definición completa del sector salud comprende todos los servicios prestados por su personal y sus instituciones donde se ofrecen servicios de salud. La definición incluye doctores en medicina, enfermeras, personal paramédico, dentistas, farmacéuticos, personal que participa en laboratorios de atención preventiva, personal administrativo y otro personal auxiliar, y todos los bienes y servicios que alicopesen a través de instituciones de salud, como hospitales, consultorios, farmacias y mediante programas preventivos de salud. Se podrá agregar a esta definición otro conjunto de actividades relacionadas con salud, tales como los de los programas complementarios de nutrición, planificación familiar, seguridad y control de contaminación, inspección sanitaria y de saneamiento ambiental. La razón de esta definición tan amplia se fundamenta en que las instituciones hospitalarias no establecen distinción en sus informaciones estadísticas y presupuestales, sino que se dispone de una información global para todos los servicios. Supuestada en el Cuadro No. 38 asciende a \$529,900,822, para un diferencial de \$131 el objeto del presente estudio hubiese sido abogar por mayores aportes financieros para los hospitales de Pasto, hubiese sido preferible restringir la definición a la atención curativa, pero como apenas uno de los objetivos es detectar el grado de coordinación de los servicios de dichas instituciones, la definición incluirá todas las actividades. Otra razón para una definición global de la salud en Pasto, radica en la definición prevalente de los servicios de sanidad y en la utilización generalizada de practicantes de medicina tradicional por parte de la población que busca atención curativa.

4.2 Naturaleza y origen de los aportes de salud. Se observa que el 42% del presupuesto de salud departamental proviene de fuentes estatales. En el Cuadro No. 37, se muestra la naturaleza de los aportes para el sostenimiento de los hospitales en el Departamento de Nariño. El Cuadro No. 38 señala el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Servicio Seccional de Salud de Nariño para la vigencia de 1980. Por su parte, el Cuadro No. 39 muestra la distribución de tales recursos entre los hospitales del Departamento. Así, mismo, en el Apéndice No. 3, se muestra en forma pormenorizada el Presupuesto 1981 del Hospital San Pedro, y en el Apéndice No. 4 el Estado Financiero y Evaluación de la ejecución presupuestal 1979 del Hospital Departamental.

Es muy importante mencionar que en el Cuadro No. 38 no se presenta una cifra ejecutada de \$532.764.456, mientras que lo recaudado es tan solo \$515.798.918, lo cual pone de presente una situación de deficitaria del 3% equivalente a \$16.965.538.

Al utilizar las cifras del Cuadro No. 39 encontramos que la cifra total presupuestada asciende a \$540.942.892, mientras que la presupuestada en el Cuadro No. 38 asciende a \$529.900.822, para una diferencia del 2% equivalente a \$11.042.070, lo cual representa los gastos de funcionamiento de la parte administrativa de los servicios de Salud en otras palabras, a la porción gastada en burocracia de los cargos de libre nombramiento y remoción que se desempeñan en las oficinas del Servicio de Salud. Analizando los cuadros anteriores, puede verse que la atención en salud del Municipio de Pasto y del Departamento de Nariño, es

sostenida con recursos financieros provenientes de un variado número de fuentes. Se observa que el 42% del presupuesto de salud departamental corresponde al Situado Fiscal, o sea, aquella porción de las Rentas Nacionales por derechos aduaneros sobre Importaciones y Exportaciones, transacciones y ganancias comerciales domésticas y la Renta en General. Este nivel de aportes para la atención en salud se adiciona con una partida del Ministerio de Salud programada en el Presupuesto Nacional, la cual representa el 5.6%. Otra fuente importante la constituyen los programas especiales del Gobierno Nacional como son la Liga Antituberculosa Colombiana, Epidemiología y Materno Infantil que aportan el 1.92%, el Plan Nacional de Salud Rural, Control de Medicamentos, Antivenéreas, Inmunización, Control de la Lepra y el Programa de Comunidades Indígenas con el 4.76%. Por su parte la otra parte destacada de aportes la constituyen los Aportes Extraordinarios, los cuales prácticamente se han institucionalizado para cubrir en parte el déficit crónico de los servicios de salud en todas las regiones de Colombia y que mantienen la proporción de los fondos públicos asignados al sector salud, con el 28%.

Del Cuadro N°. 30, puede observarse que el rubro producto de servicios Aunque los ingresos por Impuestos Generales son la más importante fuente individual de financiamiento de la Salud Pública en el Departamento de Narifio no es la más segura, debido a la inestabilidad de la relación entre los fondos presupuestados y su real disponibilidad y desembolsos. Usualmente las proyecciones presupuestales están afectadas por sobrecotizaciones de los impuestos recolectados. El Sector Salud frecuentemente carente de apoyo político recibe entonces, proporcionalmente, desembolsos menores que los proyectados en la asignación presupuestal inicial. Adicionalmente, la distribución dentro del sec-

que hacer el pagara directamente el costo total de los mismos servi - tor salud de los ingresos por Impuestos Generales está sujeta presiones ción. También se incluye en este rubro los pagos que hacen las empre - políticas que menoscaban la eficiencia y equidad del proceso de presta - sus y Caja de Previsión para cubrir las atenciones de salud que reali - ción de los servicios. ven sus afiliados.

Los Impuestos a las ventas son otra fuente bastante significa - tiva de financiación a la salud en el Departamento de Nariño. El Im - puesto a la Cerveza aporta el 2.12%, el Impuesto a los Licores aporta el 3% aproximadamente y el Impuesto a la Lotería de Nariño aporta el 12% del Presupuesto de Salud.

Sin embargo, tales ejercen cierta paradoja de impuesto regre - sivo sobre los consumidores de escasos recursos, para quienes la com - pra de tales bienes afecta una proporción relativamente grande de sus ingresos. Estos impuestos podrían constituirse en progresivos si se estableciesen para los lujos, los automóviles y los electrodomésticos mayores, y para otros bienes y servicios que son adquiridos básicamen - te por los grupos de población de medianos y altos ingresos.

Aunque es importante evitar el uso innecesario de servicios primariamente públicos o de caridad, las familias de bajo ingreso ge - neralmente no pueden gastar en salud mucho más de lo que ya están gas - tando. También es importante que puedan financiar ciertos seguros privados de salud.

Del Cuadro No. 38, puede observarse que el rubro producto de su importancia como fuente de financiación de las instituciones hospi - talarías del Departamento. Esta categoría incluye todos los pagos di - rectos por parte del consumidor de servicios de salud a manera de hono - rarios por los servicios prestados, o como el precio de un producto comprado, aún en el caso de tener dichas prestaciones por parte de su afiliación a entidades de salud. Efectivamente, el total combinado de los gastos indirectos y directos en salud de una familia, protegida por un seguro, podrían llegar a ser mayores que los que ella tendría

Después de analizar estas diferentes fuentes de financiación de servicios de salud en el Departamento de Nariño, se puede concluir que el problema de financiación es deficitario en su funcionamiento y no en su capacidad de instalación. En el mes de Septiembre de 1960, el Hospital San Pedro de Nariño tenía un presupuesto de 1.500 millones de pesos, lo que es menor que el presupuesto de 1959, el Hospital San Pedro de Nariño tenía un presupuesto de 1.500 millones de pesos, lo que es menor que el presupuesto de 1959, el Hospital San Pedro de Nariño tenía un presupuesto de 1.500 millones de pesos, lo que es menor que el presupuesto de 1959.

que hacer si pagara directamente el costo total de los mismos servicios. También se incluye en este rubro los pagos que hacen las empresas y Caja de Previsión para cubrir las atenciones de salud que reciben sus afiliados.

En una circular interna del Director del Hospital San Pedro en el Municipio de Pasto, las personas no cubiertas con prestaciones de salud por parte de empresas o Cajas de Previsión usualmente tienen ingresos bastantes bajos. Sus necesidades son probablemente atendidas en cierta medida a través de los servicios de caridad del SSSN. Sin embargo, las familias pastusas, aún las de menores ingresos gastan habitualmente una proporción de sus ingresos en atención de salud, frecuentemente de tipo tradicional cuando la necesidad es seria. Cuando se presenta una situación apremiante, dichos gastos pueden representar una gran proporción de los ingresos disponibles desplazando consiguientemente gastos de otras necesidades básicas cotidianas.

Aunque es importante evitar el uso innecesario de servicios primordialmente públicos o de caridad, las familias de bajo ingreso generalmente no pueden gastar en salud mucho más de lo que ya están gastando. También es improbable que puedan financiar primas de seguros privados de salud.

#### 4.3 Problemática financiera del sector salud en Pasto.

Después de analizar estas diferentes fuentes de financiación es preciso manifestar que todas ellas son insuficientes. El problema es mayormente deficitario en su funcionamiento y no en su capacidad instalada. En el mes de Septiembre de 1980, el Hospital San Pedro de

la ciudad de Pasto vió agravada su iliquidez con un saldo en rojo de \$14'000.000, hasta el punto de paralizarse los servicios de salud a sus pacientes.

En una circular interna del Director del Hospital San Pedro en ese entonces, Doctor Luis Díaz del Castillo, conocida por El Tiempo y publicada en el mismo en el 15 de Septiembre de 1980, dirigida al personal médico y paramédico se hacían especiales recomendaciones a fin de mantener "vivo" al paciente. Según la nota, se pedía "no aceptar nuevos enfermos, excepto las urgencias y evacuar a la mayor brevedad posible a los pacientes actualmente atendidos". Advertía que "los recursos financieros de que se dispone no alcanzan tampoco para pagar los sueldos del mes". Para el mismo funcionario, tan solo dos caminos quedaban a seguir, "el primero, que el hospital contrate créditos hasta por 5 millones de pesos con los Bancos Locales y se paguen intereses del 32% o más para cancelar las deudas contraídas con los Laboratorios de drogas y poder recuperar el crédito ya suspendido y seguir funcionando, o el segundo, que todos los servicios se limiten a la hospitalización en los casos de urgencia real y que se evacúe a los pacientes que en estos momentos ocupan las camas".

Luis Díaz del Castillo advertía que aunque se optaría por la primera solución "el ordenamiento legal que se debe seguir, para la consecución del préstamo y la consiguiente adición presupuestal, requiere la aprobación del Ministerio lo cual es demorado, de manera que si el Ministerio no gira rápidamente al Servicio de Salud lo que adeuda y éste a su vez, realiza la transferencia al hospital, la situación se tornará definitivamente crítica".

No debe dejarse de lado, que el Hospital San Pedro fue el primer Hospital en funcionar debidamente en la ciudad de Porto, y sin personal adscrito a la institución denunció un sinnúmero de irregularidades "que han originado los problemas crónicos que aquejan al hospital y que las directivas, en capacidad de resolverlos, dejaron que se agudizaran, para luego irresponsablemente declararse en crisis, por una economía mal llevada" (51).

En realidad, el Hospital San Pedro terminó la vigencia de 1979 con una deuda de \$14'723.651 y en 1980 con \$19'672.729. A finales del primer semestre de 1981 su deuda era de \$19'574.499, repartida entre \$8'013.999 a proveedores diversos y el resto por prestaciones sociales acumuladas. Es más bien normal el que al final de cada año las deudas son canceladas al recibirse los aportes de la vigencia del nuevo año, es decir el déficit siempre es aplazado.

Ante todas estas circunstancias, El Tiempo realizó una encuesta (52) entre el personal médico y paramédico del Hospital San Pedro, y a través de ella se detectó que ninguno de los entrevistados aceptaba el cierre del Hospital. Para algunos existía la imperiosa necesidad de que las actuales estructuras que orientaban el funcionamiento del Hospital fuesen totalmente cambiadas. Había otros que aseguraban que mientras existía un déficit en el personal paramédico y médico, existía un exceso de burocracia en los cargos de la administración.

(51) El Tiempo, Septiembre 15 de 1980

(52) IRIB.

No debe dejarse de lado, que el Hospital San Pedro fue el primer Hospital en funcionar debidamente en la ciudad de Pasto, y sin que haya perdido importancia, ha sido relegado a un segundo lugar para dar paso a exigencias de la época con el moderno y funcional Hospital Departamental. El principal problema funcional del Hospital San Pedro es la obsolescencia de sus recursos materiales y mucha dotación fuera de servicio.

Por su parte, ya desde Junio de 1980, el Jefe del Servicio de Salud de Mariño Doctor Humberto Portilla, manifestaba que la cosa pública está muy mal administrada. El Doctor Portilla indicó que "gracias a la colaboración del Ministro de Salud y a gestiones internas presupuestales y a recortes en algunos programas no fundamentales, se logrará este año un plan general de salud, quedando eso sí, un déficit de 40 millones para el año entrante".

Su afirmación sobre la irregular administración de la cosa pública se concretó al manejo de la Lotería de Mariño, entidad que "no está cumpliendo con la entrega de aportes reglamentarios para Salud Pública, detalle éste que afecta la marcha de los programas que han proyectado tanto a nivel local como departamental. Hizo referencia al funcionamiento del mal llamado "matadero" de Pasto y confirmó que la carne que se expende en Pasto constituye un atentado contra la salud de la comunidad y anunció que de aumentarse los índices de peligrosidad, ese matadero sería clausurado definitivamente, previéndose como solución los mataderos de Ipiales, Táguerres y Buesaco que actuarían alternadamente para el suministro de ese artículo de primera necesidad.

Concretando sus cargos sobre la mala administración de la Lotería de Mariño, el Doctor Fortilla expresó: "El actual Gerente Eladio Polo Arias, se ha comprometido ante el Ministerio de Salud hacer un aporte de 50 millones de pesos para el año de 1980, pero resulta que ese equivale a más o menos 34'166.000 mensuales. Llevamos recorridos seis meses, lo que equivale que debían haber entregado cerca de 25 millones de pesos, pero desafortunadamente solamente hemos recibido 11 millones de pesos, lo que quiere decir que hay un déficit ya existente en estos primeros seis meses de 14 millones de pesos. Por lo tanto yo creo que la Lotería de Mariño no pueda cumplir definitivamente con su aporte de 50 millones anuales al Servicio de Salud". Más adelante anotó: "Esto se debe a la mala administración, el mal manejo quizá de los fondos o quizá también a que las ventas no son adecuadas a pesar de que hemos obtenido datos que la Lotería se está vendiendo en un 80% y dicen que cuando se llega a este límite todos los premios caen en poder del público y los recaudos son menores. De todas formas debe haber algo de mala administración ya que en el último presupuesto estudiado para 1980 hay unas cuentas por cobrar cercana a 30 millones de pesos de los cuales 13 millones están completamente perdidos ya que corresponden a ventas por ventanilla que se realizan sin ninguna garantía."

Cigarras 5 y 6	300,000	0.53	331,394	44
Viam. Nat. Salud Rural	8'000,000	14.14	8'000,000	100
<b>SUBTOTAL INVERSION</b>	<b>56'315,508</b>	<b>100</b>	<b>51'902,660</b>	<b>92</b>
<b>TOTAL APORTE</b>	<b>409.135.214</b>		<b>330.557.204</b>	<b>95</b>

(b) Aporte Nacional Infantil, F.B.S., Huidobro

(ca) Control Medicamentos, Ventanas, inmunización, control lepra, control de los Indígenas.

CUADRO No. 37

SSSN. PRESUPUESTO DE INGRESOS  
APORTES VIGENCIA ACTUAL

PRESUPUESTO DE INGRESOS 1980 LICITIO SALUD ENCLAVE HOSPITALARES

C O N C E P T O	PROGRAMADO	PESO PORC.	RECAUDADO	% CUMPLI MIENTO
<b>FUNCIONAMIENTO</b>				
Situación Fiscal	147'995.000	41.98	147'995.000	100
Impuesto Licores	10'500.000	2.98	19'777.757	188
Del Presupuesto Nacional	19'662.000	5.58	19'662.000	100
Programas Especiales (&)	4'015.000	1.14	4'015.000	100
Plan Nat. Salud Rural	16'800.000	4.76	16'800.000	100
Otros (&&)	2'770.000	0.78	2'770.000	100
Impuesto Cerveza	7'490.000	2.12	8'415.467	112
Beneficiencia, Lotería	44'688.756	12.68	19'750.400	44
Extraordinarios	90'000.000	25.54	90'000.000	100
Extraordinarios específicos	8'599.000	2.44	8'599.000	100
<b>SUBTOTAL FUNCIONAMIENTO</b>	<b>352.519.756</b>		<b>337.784.624</b>	<b>97 96</b>
<b>INVERSION</b>				
Fondo Nat. Hospitalario	27'707.247	48.94	28'607.247	103
DRI-PAN-ZUM	10'907.018	19.26	8'067.197	74
Otros	390.000	0.68	390.000	100
Lotería de Marifio	5'311.243	9.38	1'749.600	33
Loterías Foráneas	3'000.000	5.30	3'411.622	114
Arrendamientos	1'000.000	1.77	1'543.800	154
Concurso 5 y 6	300.000	0.53	133.194	44
Plan Nat. Salud Rural	8'000.000	14.14	8'000.000	100
<b>SUBTOTAL INVERSION</b>	<b>56'615.508</b>	<b>100</b>	<b>51'902.660</b>	<b>92</b>
<b>TOTAL APORTES</b>	<b>409.135.264</b>		<b>389.687.284</b>	<b>97 95</b>

(&) Aporte Materno Infantil, T.B.C., Epidemiología

(&&) Control Medicamentos, Venéreas, inmunización, control lepra, comuni-  
dades indígenas.

CUADRO N°. 38

PRESENCIA DE SERVICIOS SALUD INCLUYE HOSPITALES  
 PRESUPUESTO DE INGRESOS SERVICIO SALUD INCLUYE HOSPITALES

CONCEPTO	PROGRAMADO	RECAUDADO	%
<b>FUNCIONAMIENTO</b>			
Producto Servicios	40'816.434	43'271.757	106
Aportes de la Vigencia	352'519.756	337'784.624	96
Recursos Financieros	7'939.834	7'399.546	93
Recursos Balance	47'379.127	47'004.768	99
		60'000.000	
<b>SUBTOTAL FUNCIONAMIENTO</b>	<b>448'655.151</b>	<b>435.520.695</b>	<b>97</b>
<b>INVERSION</b>			
<b>INGRESOS INVERSION</b>			
Aporte Vigencia actual	56'615.508	50'558.651	89
Rentas Propias	1'411.134	1'411.134	100
Recursos Financieros	3'069.454	3'974.988	129
Recursos Balance	20'149.575	24'333.450	121
<b>SUBTOTAL INVERSION</b>	<b>81'245.671</b>	<b>80'278.223</b>	<b>99</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTO INGRESOS</b>	<b>529'900.822</b>	<b>515'798.918</b>	<b>97</b>

(A) Transferencias a otras entidades de asistencia social, salud, etc.

Para gastos de funcionamiento e inversión de los Hospitales del Departamento de Salud, el CUADRO No. 39 Vigencia 1980, fue el siguiente:

PRESUPUESTO DE GASTOS SERVICIO SALUD INCLUYE HOSPITALES  
1980

CONCEPTO	PROGRAMADO	RECAUDADO	%
<b>FUNCIONAMIENTO</b>			
Servicios personales	281'227.744	285'592.243	102
Suministros	74'072.272	74'108.705	100
Gastos generales	20'073.668	18'042.947	90
Otros gastos transferencias (&)	19'605.848	20'890.305	107
Servicio de la deuda	53'675.619	94'557.967	176
<b>SUBTOTAL FUNCIONAMIENTO</b>	<b>448'655.151</b>	<b>493'192.167</b>	<b>110</b>
<b>INVERSION</b>			
Adquisición, Construcción			
Adecuación, ampliación	43'840.445	18'668.740	43
Adquisición equipos y accesorios	27'510.494	12'477.262	45
Capacitación	5'550.654	4'285.856	77
Transferencias	175.000	175.000	100
Servicio de la deuda	4'169.078	3'965.431	95
<b>SUBTOTAL INVERSION</b>	<b>81'245.671</b>	<b>39'572.289</b>	<b>49</b>
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>529'900.822</b>	<b>532'764.456</b>	<b>101</b>

(&) Transferencias a otras entidades de Asistencia Social, Asilos, etc.

Para gastos de funcionamiento e inversión de los Hospitales del Departamento de Narino, el Presupuesto de la Vigencia 1980, fue el siguiente:

CUADRO No. 40

---

<b>P A S T O</b>	
Hospital Departamental	104'444.181
Hospital Infantil	22'325.983
Hospital San Pedro	95'471.733
Hospital Civil de Pasto	2'196.539
Escuela de Auxiliares de Enfermería	2'795.829
<hr/>	
<b>SUBTOTAL PASTO</b>	<b>227'234.265</b>
<b>RESTO DEL DEPARTAMENTO</b>	<b>185'470.218</b>
<hr/>	
<b>T O T A L</b>	<b>412'704.483</b>

FUENTE: Periódico El Derecho, Junio 21 de 1980.

CUADRO N.º 41

OBJETO DEL GASTO	RESUMEN GENERAL			RESERVAS	SALDO DISPONIBLE
	APROPiación ACTUAL	GASTOS ACUMULADOS	GASTOS		
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (SECCIONAL NARIÑO)					
CLASE DE INFORME: ESTADO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE GASTOS					
PERIODO: ENERO 1.º a DICIEMBRE 31 de 1980					
PROGRAMA: 01 - 02 - 03 - 05 Y CONSTRUCCIONES 18.470					
20101	SEVICIOS PERSONALES	80'028.000	77'029.675		2'998.325
20102	Sueldos del personal de nóminas y reemplazos	54'525.000	54'066.550		458.450
20103	Gastos de representación	288.000	254.366		33.634
20104	Sueldos del personal supernumerario	2'313.000	2'153.647		159.353
20105	Remuneración servicios técnicos	100.000	33.000	1'082.000	67.000
20106	Honorarios	4'173.000	3'933.899	1'063.500	239.101
20107	Horas extras y días feriados	5'401.000	4'983.673		417.327
20108	Prima de navidad	3'261.000	3'219.590		41.410
20109	Prima de vacaciones	4'624.000	4'503.014		120.986
20110	Otras primas	291.000	159.101	105.000	131.899
20110.1	Subsidio de alimentación	300.000	246.499		53.501
20111	Indemnización por vacaciones y despidos	170.000		7.465	170.000
20112	Auxilio de transporte	6'290.000	4'260.132	2'047.575	1'29.868
20113	Subsidio Familiar	4'292.000	3'216.204	155.000	1'075.796
GASTOS GENERALES					
20114	Mantenimiento y seguros	31'247.000	27'772.886	2'148.590	1'325.524
20115	Compra de equipo	1'535.000	1'420.036		114.964
20116	Vistosos y gastos de viaje	1'999.000	522.782	1'066.590	409.628
20117	Servicios de comunicaciones	657.000	558.685		98.315
		365.000	298.443		66.557

CÓDIGO DEL GASTO	APROPIACION ACTUAL	GASTOS ACUMULADOS	RESERVAS	SALDO DISPONIBLE
20118	895.000	876.530		18.470
20119.1	5'538.000	5'547.679	69.000	40.32792
20119.2	7'000.000	7'000.000		-
20120	265.000	255.000		10.000
20121	1'000.000	820.000	13'393.359	180.000
20122	25.000	5.112		19.888
20123	1'240.000	222.629	20'605.469	17.371.000
20124	1'376.000	12'76.715		278.000
20125	11'400.000	10'245.996	1'082.000	72.004.157
TRANSFERENCIAS	21'101.000	17'810.329	3'063.520	227.151.126
20126	3'964.000	3'942.863		21.137
20129	785.000	785.000		4'460.305
20130	785.000	777.535	7.465	4'460.305
20131	6'951.000	4'796.945	2'047.055	107.000
20132	570.000	414.978	155.000	11.045.223
20133	62.000	1.600		60.400
20134	233'957.000	156'055.520	20'605.469	16'946.021
20135				

AUDITOR FISCAL

JES MENDOZA

AUDITOR FISCAL

OBJETO DEL GASTO	APROPICIACION ACTUAL	GASTOS ACUMULADOS	RESERVAS	SALDO DISPONIBLE
Fondo Servicios Sociales Complementarios				
20136.1 Pensiones	650.000	542.408	69.000	38.592
20136.2 Prestaciones Económicas	7'334.000	7'334.000	-	-
CONSTRUCCIONES (En anexo adjunto detallar proyectos)	16'000.000	606.641	15'393.359	-
TOTAL PRESUPUESTO DE FUNCIONAR. E.G.M.	148'376.000	123'219.531	20'605.469	4'551.000
Transferencias Internas E.G.M.	13'189.000	12'736.715	-	452.285
Al Fondo de Redistribución	8'470.000	8'470.000	-	-
Al Fondo Preocisión y Desarrollo de Salud	937.000	850.843	-	86.157
70003 Aportes a la Administración Nacional	3'782.000	3'415.872	-	366.128
71000 Transferencias, Invalidez, Vejez y Muerte	54'542.000	47'509.569	-	7'032.431
71001 Giros Recaudos por Cotizaciones	54'400.000	47'367.569	-	7'032.431
71002 Giros Recaudos por Multas e Intereses	142.000	142.000	-	-
72000 Transferencias Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	17'850.000	13'389.695	-	4'460.305
72001 Giro Recaudos por Cotizaciones	17'800.000	13'339.695	-	4'460.305
72002 Giro Recaudos por Multas e Intereses	50.000	50.000	-	-
TOTAL TRANSFERENCIAS	85'581.000	73'635.979	-	11'945.021
TOTAL GENERAL	233'957.000	196'855.510	20'605.469	16'946.021
GERENTE SECCIONAL	JEFE PRESUPUESTO	AUDITOR FISCAL		

En resumen, la precaria situación de las instituciones hospitalarias del Municipio de Pasto no solo se explica por sus escasos presupuestos sino por la permanente situación de ilíquidos para la atención y ejecución de sus programas, parte de la población económicamente activa del Municipio de Pasto trabaja en actividades de agricultura, agrosilvicultura y ganadería, que pagan salarios bajos y no dan base para financiar la afiliación al ISS. Claro está, que con la inscripción al ISS, por ser la seccional clasificada como de Tipo B, su financiación depende en parte de la redistribución económica de los recursos del ISS nacional. Como es sabido, el ISS presenta una manera bastante atractiva de financiación de la atención en salud y de reposo, sirve de soporte para la invalidez, vejez y muerte, todo ello mediante el establecimiento de pagos de seguros obligatorios en forma de porcentaje de los salarios de los trabajadores y empleados y por la imposición de las dos terceras partes del total del aporte a los patronos sobre las nóminas de pago. En principio, este total combinado de contribuciones se determina actuariamente con base a la incidencia de enfermedades y a la elegibilidad por razones de invalidez, vejez y muerte de la población cubierta. Este sistema no se autofinancia. Si forma discriminando tales aportes patronales.

Si se tienen en cuenta la base de los riesgos, el sistema de deducciones salariales establece una distribución desigual del beneficio en favor de los trabajadores con mayor riesgo. Además, una de las principales desventajas de la financiación de la salud por medio de seguro social es su cobertura limitada puesto que únicamente cubre a los trabajadores empleados por empresas que se caracterizan como modernas, sobre la base de criterios tales como el número de trabajadores, el capital o la productividad relativamente alta. Los beneficios y pagos comparativamente altos de dichas empresas han hecho posible el sostenimiento del alto costo de servicios de salud que presta el ISS.

Aún cuando el ISS puede ser la punta de lanza de los esfuerzos de mejoramiento de la salud en el Municipio de Pasto, el segmento de empresas afiliadas emplea solo una proporción relativamente pequeña de la fuerza de trabajo. La mayor parte de la población económicamente activa del Municipio de Pasto trabaja en actividades de agricultura, artesanía, comercio al detal y servicio doméstico, que pagan salarios bajos y no dan base para financiar la afiliación al ISS. Claro está, que con la iniciación del servicio familiar a los afiliados se ha expandido la cobertura, sin embargo, dicha ampliación ha requerido el aumento de las contribuciones. A largo plazo, la cobertura del ISS se ampliará a medida que otros segmentos de la fuerza laboral vayan cumpliendo con los requisitos del sistema, al entrar a formar parte del sector moderno de la economía.

	PASTO	NAHIÑO	TOTAL
El Presupuesto de Gastos e Inversión del ISS seccional para 1980 se muestra en el Cuadro N°.40. Su total asciende a la cifra de \$233'957.000 mientras que los recaudos obrero-patronales por los diferentes riesgos tan solo alcanzaron la cifra de \$157'264.485, lo cual implica que el ISS seccional Nariño no se autofinancia. En forma discriminada tales aportes fueron:			
<b>TOTALES</b>	125'296.104	31'968.381	157'264.485

FUENTE: Informe de actividades, gerencia regional ISS, Pasto 1981

De estos aportes, el debido cobrar a finales de 1980, ascendía a la suma de 328'625.876, repartido en 85'199.214 en Pasto y 243'427.392 en el resto del Departamento.

1974 Participaciones 142'375.000

Para el año de 1981, el presupuesto del ISS Pasto ascendía a la suma de 424,9 millones de pesos, con un incremento respecto a 1980 del 77.11%. Por su parte, los ingresos reales por aportes se incrementaron en el 51.67%, para una suma de CUADRO N.º. 42 millones, pero continuaba sin poder cubrir sus propios gastos de funcionamiento.

**APORTES OBRERO PATRONALES SEGUN RIESGOS, ISS NARIÑO 1980**

Por su parte, el número de afiliados en 1980 era de 12.803 y

4.5. Financiación para otras entidades de salud en Pasto.

RIESGOS	PASTO	RESTO DEPTO	TOTAL
Enfermedad general	74'846.479	17'251.546	92'098.025
Invalidez, vejes, muerte	40'009.202	11'043.632	51'052.834
Accid. de trabajo y E.P.	10'440.423	3'673.208	14'113.626
Aportes de los afiliados, del 5% de asignaciones salariales			
<b>T O T A L E S</b>	<b>125'296.104</b>	<b>31'968.381</b>	<b>157'264.485</b>

**FUENTES:** Informe de actividades, gerencia regional ISS, Pasto 1981 mismo.

Todos estos dineros son enviados a la Tesorería General de la Caja Nacional de Provisión en Bogotá, donde allí mismo son redistribuidos a todo el país. Los gastos de funcionamiento de la Seccional son

De estos aportes, el debido cobrar a finales de 1980, ascendía a la suma de \$28'626.876, repartido en \$5'399.484 en Pasto y \$23'227.392 en el resto del Departamento.

1978 funcionamiento: 361'375.000

Para el año de 1981, el presupuesto del ISS Nariño ascendía a la suma de 424.5 millones de pesos, con un incremento respecto a 1980 del 77.11%. Por su parte, los ingresos reales por aportes se incrementaron en el 53.67%, para una cifra de 317.3 millones, pero continuaba sin poder cubrir sus propios gastos de funcionamiento.

Por su parte, el número de afiliados en 1980 era de 12.443 y en el 4.5 Financiación para otras entidades de salud en Pasto.

Respecto a otras entidades de salud, vale la pena mencionar a la Caja Nacional de Previsión y la Caja de Previsión de la Universidad de Nariño. En el Apéndice N.º.6 se relacionan algunos aspectos descriptivos de la Caja Nacional. La Caja Nacional de Previsión se sostiene con los siguientes aportes: funcionamiento en 1980 fue de \$2'302.203 mientras que en 1981 fue de \$3'895.000.

Aportes de los afiliados, del 5% de asignaciones salariales

Aportes patronales, del 5% del valor de la nómina mensual

Aportes de pensionados, del 5% de las pensiones

Aportes de reservas de cesantía, del 1/2 del valor de las nóminas.

Todos estos dineros son enviados a la Tesorería General de la Caja Nacional de Previsión en Bogotá, donde allí mismo son redistribuidos a todo el país. Los gastos de funcionamiento de la Seccional son

atendidos entonces mediante giros de la Caja con domicilio en Bogotá y su evolución ha sido la siguiente:

5.1 Conclusiones.

1978	funcionamientos	\$61'375.000
1979		\$89'450.000
1980	"	111'884.000
1981	"	125'104.000

Por su parte, la demanda efectiva es superior a las facilidades físicas de los hospitales, esta demanda es virtual a la capacidad presupuestal para atenderla, presentándose a nivel estadístico una subutilización de la infraestructura hospitalaria del Municipio de Pasto.

Por su parte, el número de afiliados en 1980 era de 12.443 y en el año de 1981 de 13.600 afiliados, incluidos los 1.300 pensionados. Para la expansión y mejoramiento de la calidad de los servicios, debe En cuanto al Presupuesto de la Caja de Previsión de la Universidad de Nariño, éste se hace como parte del presupuesto de toda la Universidad. Su número de afiliados es actualmente 700, 500 de los cuales son docentes. Su prestación de servicios incluye a los familiares de los afiliados. El presupuesto de funcionamiento en 1980 fue de \$2'902.203 mientras que en 1981 fue de \$3'855.000.

Como ha sido mencionado anteriormente, estas dos entidades cubren su atención de salud mediante contrataciones de servicios a los hospitales del SSSN.

La ejecución de programas de promoción se ha desarrollado, orientando las actividades de salud prioritariamente a programas educativos. El desarrollo separado de la infraestructura de atención en salud para los diversos tipos de trabajadores que gozan de servicios

prestaciones, y V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Servicios de Salud o mediante afiliación al ISS, incluyen la baja calidad de la prestación de los servicios financiados por el estado, así como la impropia decisión de servicios privados de salud a excesivos altos costos.

### 5.1 Conclusiones.

A pesar de que la demanda efectiva en salud es superior a las facilidades físicas de los hospitales, estos rechazan tal demanda en virtud a la escasez presupuestal para atenderla, presentándose a nivel estadístico una subutilización de la infraestructura hospitalaria del Municipio de Pasto.

Al rechazo de la demanda efectiva se suman las limitaciones para la expansión y mejoramiento de la calidad de los servicios, debido al estancamiento en la inversión a cargo del Fondo Nacional Hospitalario.

A pesar de la necesidad de expansión a bajo costo de la atención primaria en salud, los programas desarrollados en Pasto, por todas las entidades que prestan salud, se fundamentan en la atención a nivel hospitalario orientada básicamente a los servicios de tipo curativo.

Los organismos de salud establecidos en Pasto, estatutariamente no están cumpliendo sus objetivos de medicina preventiva.

La ejecución de programas de prevención se ha descuidado, orientando las actividades de salud prioritariamente a programas curativos.

El desarrollo separado de la infraestructura de atención en salud para los diversos tipos de trabajadores que gozan de servicios

prestacionales, ya sea mediante contratación con los Servicios de Salud o mediante afiliación al ISS, incluyen la baja calidad de la mayor parte de los servicios financiados por el estado, así como la inadecuación de servicios privados de salud a excesivos altos costos.

Hay un marcado desinterés de la clase dirigente y política a nivel departamental. La prestación de servicios de salud es heterogénea, debido a las diferentes clases de reivindicaciones sindicales que han buscado los trabajadores de cada empresa, por tanto son también diferentes los servicios de salud que se prestan a cada sector.

En general existe una baja productividad tanto en las actividades como en los trabajadores al servicio de la nación, el Departamento y la Universidad de Nariño, están cubiertos por los servicios de sus respectivas Cajas de Previsión, las cuales representan sistemas similares al ISS, no siendo así para los trabajadores de Telecom, Minobras y Fuerzas Armadas quienes reciben un sistema de atención en salud y beneficios de pensión constituidos por varios esquemas independientes. En estos últimos casos, el estado hace el papel de asegurador, las respectivas empresas contratan con el SSN y los empleados contribuyen a su sostenimiento a través de deducciones salariales.

Existe una tendencia a la baja de los ingresos por fuentes de financiación de origen departamental, debido al incumplimiento de los organismos responsables.

Se observa una preocupante desviación de los recursos financieros de salud que generan entidades de orden departamental hacia fines de otros sectores no prioritarios.

Las entidades de salud que operan en el Municipio de Pasto presentan graves fallas en su manejo administrativo que inciden directamente en la calidad de la prestación de sus servicios, material y personal.

Hay un marcado desinterés de la clase dirigente y política a nivel departamental por el desarrollo de los servicios de salud, pero en cambio, se presenta una marcada ingerencia política en la selección del personal que labora en ellos.

En general existe una baja productividad tanto en las actividades como en la cobertura del sistema de salud en Pasto. Las condiciones obsoletas de su equipo, el número escaso aún cuando subutilizado de camas, la falta de equipo para pequeña y alta cirugía, el ineficiente aún cuando numéricamente adecuado personal médico y paramédico, han convertido las expectativas de servicio de salud por parte de los Nariñenses en privilegio de clase, excluyentes de los sectores populares y marginados.

#### 5.2 Recomendaciones.

Incrementar la productividad de los recursos humanos y físicos de los Hospitales haciendo una utilización más racional de los mismos mediante un sistema regionalizado y móvil de la atención.

Buscar la unificación de los servicios que se prestan tanto a través de los hospitales como de los centros de salud.  
Buscar la participación de la comunidad para que tome la salud como una responsabilidad propia, como realmente lo es y no como responsabilidad exclusiva del estado.

Creación de un Fondo Hospitalario de más fácil acceso y acceso que el Fondo Hospitalario Nacional para los hospitales a través de una red bancaria.  
Constituir comites interdisciplinarios de la salud que racionalicen y armonicen el gasto público con el fin de sistematizar la ejecución de los programas de salud a nivel municipal, departamental y nacional.

Solicitar al Gobierno Departamental crear una nueva fuente de financiación para poder dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en los estatutos de las instituciones en relación con el funcionamiento de sus organismos directivos tales como Junta de Salud, Comité de Salud, Comité Técnico, etc.

Garantizar el oportuno recaudo de los recursos de origen departamental estableciendo mecanismos más ágiles.

Crear modelos educativos para salud, con el fin de integrar a la comunidad en forma activa como parte de la problemática de salud.

Continuación de la acción dirigente y política sobre la problemática del sector salud en Puerto y el Departamento de Nariño.

Poner en vigencia el Decreto 2275 de 1978 emanado de la Gobernación de Nariño y en el cual se establece la constitución del Comité de Salud, y Bienestar Social de la siguiente manera: el Gobernador del Departamento, el Jefe de Servicio Seccional de Salud, el Director de Planeación del Departamento, el Director del ISS, el Gerente de la Caja de Previsión Social, el Director de la Caja de Previsión Departamental, y el Gerente Regional del ICBF, con el fin de que realicen planes y programas para un mejoramiento del bienestar social, haciendo énfasis en el sector de salud y orientando los programas a Medicina Preventiva que se torna en el problema social más grave.

Buscar la unificación de los servicios que se prestan tanto a trabajadores estatales como privados de tal manera que sus costos sean comparables y no se dilapiden esfuerzos al desarrollar infraestructuras independientes.

Creación de un Fondo Financiero de más fácil acceso y manejo que el Fondo Hospitalario Nacional para los hospitales a través de una red bancaria.

Solicitar al Gobierno Departamental crear una nueva fuente de financiación como podría ser la emisión de estampillas destinadas a los hospitales.

Garantizar el oportuno recaudo de los recursos de origen departamental estableciendo mecanismos más ágiles.

Concientización de la clase dirigente y política sobre la problemática del sector salud en Pasto y el Departamento de Nariño.

Solicitar al Gobierno Nacional por intermedio de los parlamentarios nariñenses, la creación de nuevas fuentes de financiación basadas en los impuestos a la renta y las ventas.

Solicitar al Gobierno Nacional ya que se ha convertido en parte absolutamente indispensable del presupuesto del Servicio de Salud de Nariño, sostener los aportes extraordinarios naturales y asignar en futuras vigencias aportes adicionales acordes con los otorgados en años anteriores.

Velar porque la clase política comprenda que los servicios de salud no pueden hacer parte del botín burocrático ya que se trata de servicios altamente especializados y de básica urgencia para todos.

- BIBLIOGRAFIA
- EL TIEMPO, Mayo 28 de 1976, Mayo 4, 23, 27, 29, Septiembre 15 de 1976; Mayo 26 de 1978, Febrero 15 de 1979, Agosto 22
- ACUNA, Hector R. Participación de la Comunidad en el Desarrollo de los Servicios Primarios de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, 82 (2), Febrero de 1977.
- SAJARDO, Gladis y PÉLA SAIGÓN, Magali. Incidencia de la Inversión en el estado de empleo y desempleo en Pasto. TENDENCIAS. Industria y Explotación, Mayo de 1976.
- 1982.
- ANEP. Encuesta Hospitalaria, Febrero de 1982.
- FRANCISCO MACHADO, Francisco. Revista Escuela Nacional de Salud Pública
- BANCO CAFETERO. Enfoque Económico, Suplemento Semanal. Salud en Antioquia, Medellín Agosto de 1974.
- BERSH ESCOBARL, David. Problemas Políticos de Salud. Revista Escuela de Salud Pública, Medellín, Agosto de 1974.
- CIENFUEGOS, México, Enero - Junio de 1976.
- CASTELLANOS ROBAYO, Jorge. Situación de Cobertura, Niveles de atención y atención primaria. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Junio de 1977.
- DANE. Ingresos, Consumo y Salud. Boletín Mensual de Estadística, No. 264, 265, Agosto 1973.
- DANE. La Salud en Colombia. Boletín Mensual de Estadística, No. 244, 1971.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Estrategias y Mecanismos para la Ejecución de Política de Salud, No. 878. de la República de Colombia y el Plan Nacional Hospitalario 1973-1978 Bogotá, 1973-

EL TIEMPO, Mayo 28 de 1970, Abril 22, Mayo 4, 23, 27, 29, Septiembre 15 de 1976; Mayo 28 de 1978, Febrero 15 de 1979, Agosto 22 Septiembre 4, 15 de 1980, Febrero 19, Marzo 2, 31, Diciembre 31 de 1981; Febrero 17, Marzo 2, 31, Junio 11 de 1982.

GUERRERO FAJARDO, Gladis y PENA CAICEDO, Magali. Incidencia de la Inversión en el estado de empleo y desempleo en Pasto. Tesis de Grado, Universidad de Nariño, Facultad de Economía. 1982. Bogotá D.E. 1976.

HENAO MACHADO, Francisco. Revista Escuela Nacional de Salud Pública Investigación del Proceso de Planificación de la Salud en Antioquia, Medellín Agosto de 1974.

MOLINA G, Gustavo Alfredo. Un Programa Local Integrado de Salud INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Octavo Ciclo de Conferencias, México, Enero - Junio de 1976.

I.S.S. Estudio Socio-económico de la Seccional de Nariño, Bogotá, 1977. Crónica de la OMS, Ginebra, Noviembre de 1976.

LORENZO, Leticia y otros. Proyección del Servicio Social Hospitalario a las áreas marginales. Técnica Hospitalaria, Caracas, Marzo de 1976.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Estudio de Instituciones de Atención Médica, Bogotá, 1973.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Informes al Congreso de la República de Colombia y el Plan Nacional Hospitalario 1970-1972 Bogotá, 1973-

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Actualización del Listado Nacional

de Atención Médica, Bogotá 1977.

SCRIMACINI, Nevin. Mito y Realidades en la Planificación Interse-

cional para la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, Mayo 1977 - 1980.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Gasto Institucional en Salud, 1974.  
SONIS, Abraham. Salud Médica y Desarrollo Económico. Ed. Vergara,

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Código de Seguros Sociales, Bogotá D.E. 1976.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Atención de la Salud en el Nivel Primario

Aspectos Conceptuales. Revista Escuela Nacional de Economía Colombiana: Una Estructura en Crisis,

Medellín, Enero - Junio de 1979.  
CIAS, Ed. Tercer Mundo, Bogotá, Agosto de 1972.

MOLINA G, Gustavo Alfredo. Un Programa Local Integrado de Salud y Bienestar en Antioquia. Revista Escuela Nacional de Salud

Pública. Medellín, Enero - Junio de 1975.

VISION, Informe Especial. Vol. 57, No. 4, México, Agosto de

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Formación y perfeccionamiento

del Personal de Salud. Crónica de la OMS, Ginebra, Noviembre

de 1976.

University Press, 1967.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Hacia el Pleno Empleo.

Ginebra.

Tercer Mundo, AID, Bogotá 1973.

PLANEACION DEPARTAMENTAL. Anuario Estadístico 1976, 1977, 1978,

1979, 1980.

University Press, Baltimore, 1970.

SSSN. Anuario Estadístico, 1979, 1980.

Estadístico. Boletines 1976, 1979, 1980, 1981. Foto.

SEGURIDAD SOCIAL. Revista del ISS. Bogotá 1979, 1980.

SCRIMACHN, Nevin. Mitos y realidades en la Planificación Internacional para la salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, Mayo 1977 - 1980.

SONIS, Abraham. Salud Médica y Desarrollo Económico. Ed. Vergara, BUENOS AIRES, 1978.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Atención de la Salud en el Nivel Primario: Aspectos Conceptuales. Revista Escuela Nacional de Salud Pública, Medellín, Enero - Junio de 1979.

URIBE, Luz. Sistema Nacional de Salud. Revista de la Asociación Colombiana de Hospitales. Bogotá, Marzo de 1977.

VISION. Informe Especial. Vol. 57, No. 4, México, Agosto de 1981.

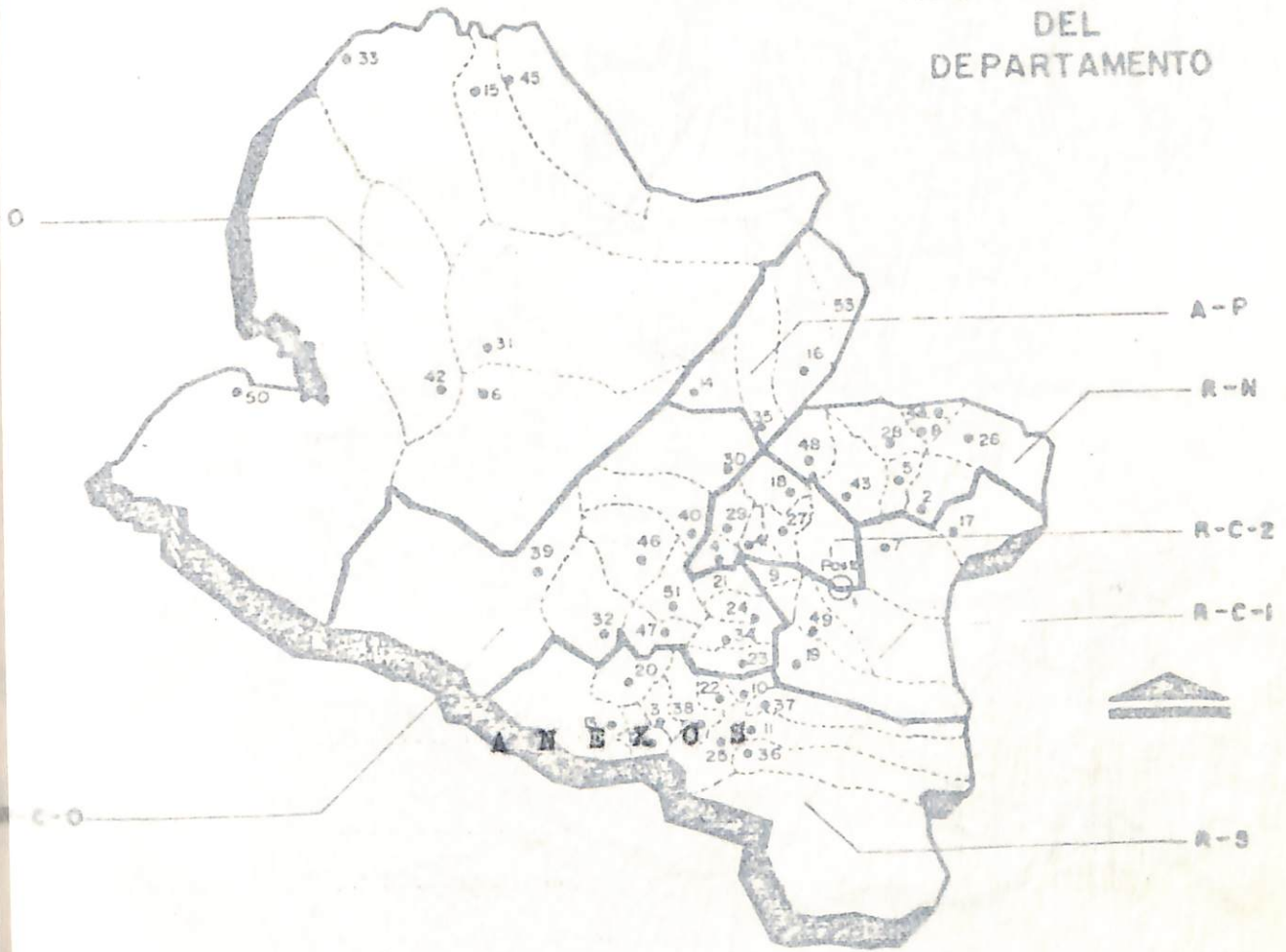
ZSCHOCK, Dieter. Manpower Perspectives of Colombia, Princeton University Press, 1967.

ZSCHOCK, Dieter. Financiamiento de la Salud en los Países del Tercer Mundo, AID, Bogotá 1979.

BANCO MUNDIAL. Desarrollo Económico en Colombia. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1970.

✓ SALUD PUBLICA. Departamento Técnico de Planeación. Anuario Estadístico. Boletines 1976, 1979, 1980, 1981. Pasto.

REGIONALIZACION DEL DEPARTAMENTO

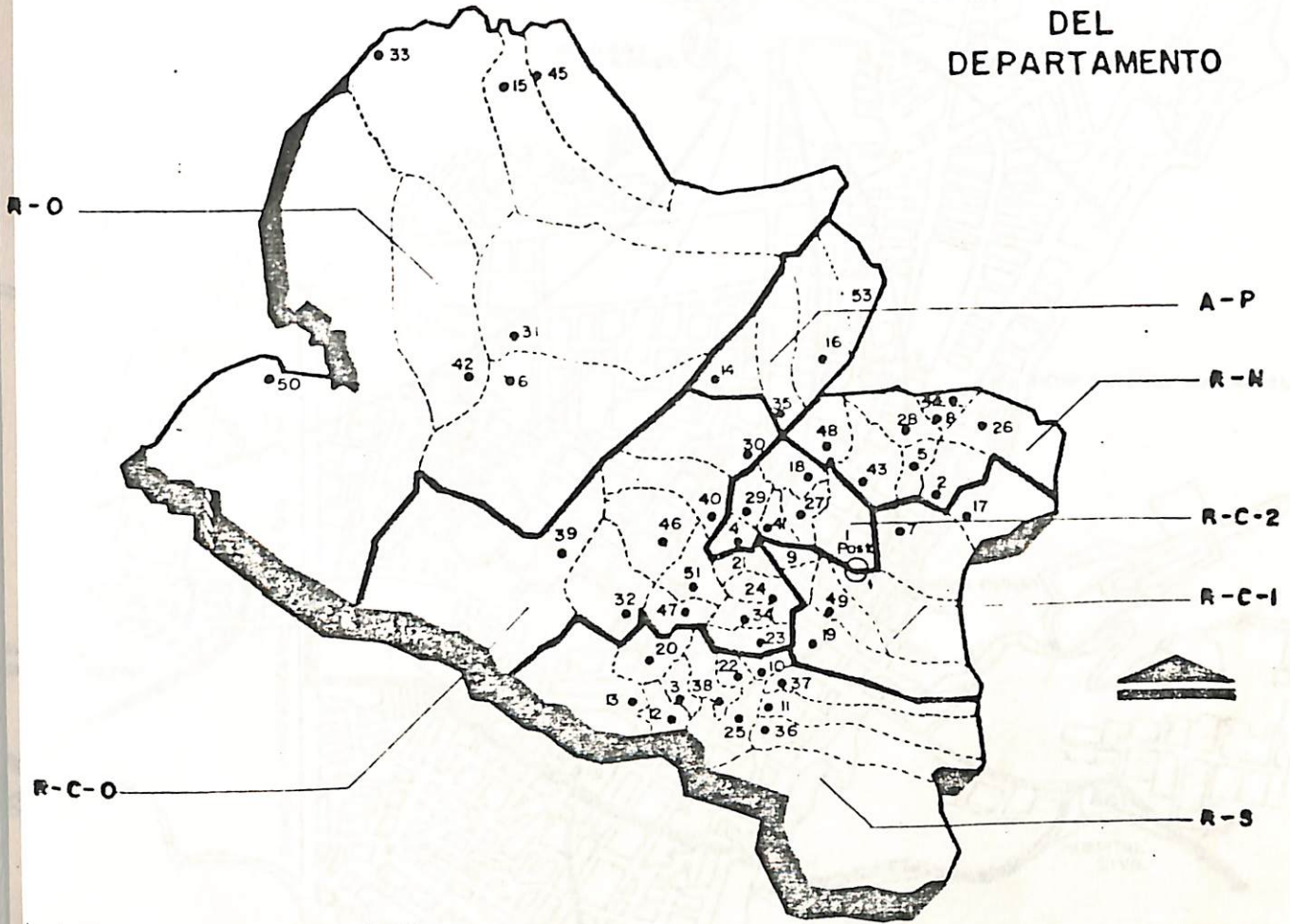


- Postó
- La Unión
- Linares
- Los Andes (Sotomayor)
- Mogul (Payán)
- Molambo (Piedrancho)
- Mosquera
- Ospina
- Palicapa
- Potosí
- Puerres
- Pupiales
- Ricourte
- Somoniño
- Sandonó
- Roberto Payán
- San Lorenzo
- San Pablo
- Santa Bárbara
- Santa Cruz (Guashoas)
- Sapuyes
- Taminango
- Tangua
- Tumaco
- Tuguerres
- Yamouquer
- Lagvo

- 27 La Florida
- 28 La Unión
- 29 Linares
- 30 Los Andes (Sotomayor)
- 31 Mogul (Payán)
- 32 Molambo (Piedrancho)
- 33 Mosquera
- 34 Ospina
- 35 Palicapa
- 36 Potosí
- 37 Puerres
- 38 Pupiales
- 39 Ricourte
- 40 Somoniño
- 41 Sandonó
- 42 Roberto Payán
- 43 San Lorenzo
- 44 San Pablo
- 45 Santa Bárbara
- 46 Santa Cruz (Guashoas)
- 47 Sapuyes
- 48 Taminango
- 49 Tangua
- 50 Tumaco
- 51 Tuguerres
- 52 Yamouquer
- 53 Lagvo

- R - REGIONAL CENTRAL 1ª  
Hospital Departamental - Postó.
- R - 2 REGIONAL CENTRAL 2ª  
Hospital San Pedro - Postó
- R - N REGIONAL NORTE  
Hospital Eduardo Santos - La Unión
- R - C - O REGIONAL CENTRO OCCIDENTAL  
Hospital San José - Tuguerres
- R - S REGIONAL SUR  
Hospital San Vicente - Ipiales
- R - O REGIONAL OCCIDENTAL  
Hospital San Andrés - Tumaco
- A - P AREA DE PENETRACION  
Servicio de Salud de Nariño - Postó

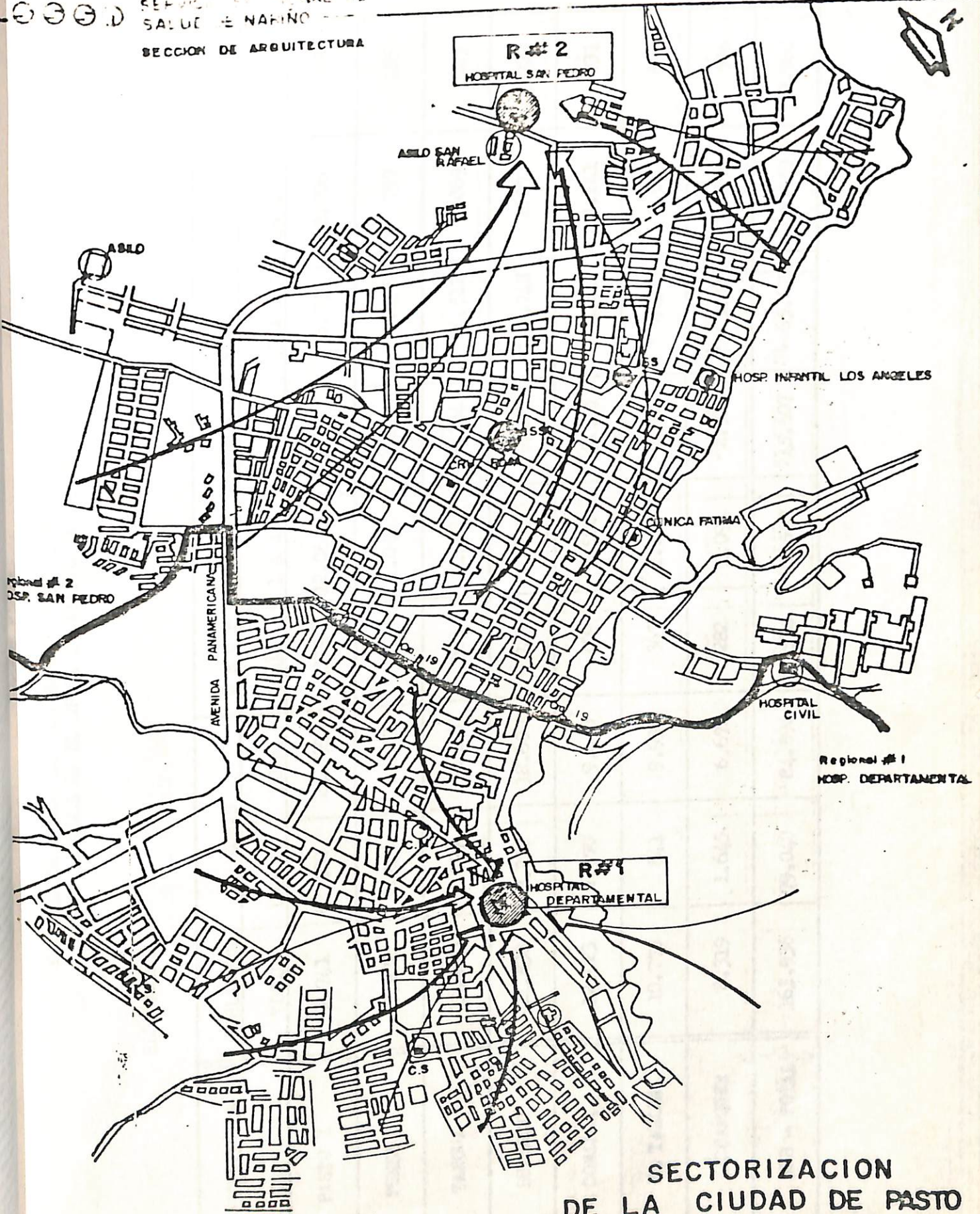
REGIONALIZACION DEL DEPARTAMENTO



- |    |                      |    |                        |
|----|----------------------|----|------------------------|
| 1  | Pasto                | 27 | La Florida             |
| 2  | Alban                | 28 | La Unión               |
| 3  | Aldeno               | 29 | Linares                |
| 4  | Ancuyo               | 30 | Los Andes (Sotomayor)  |
| 5  | Arboleado (Baruacos) | 31 | Moqui (Payan)          |
| 6  | Barbacoas            | 32 | Molama (Piedrancha)    |
| 7  | Buesaco              | 33 | Mosquero               |
| 8  | Colan (Géneva)       | 34 | Ospina                 |
| 9  | Consacá              | 35 | Policarpa              |
| 10 | Cortadero            | 36 | Potosí                 |
| 11 | Cordoba              | 37 | Puerres                |
| 12 | Cuaspuñ (Caribsona)  | 38 | Pupiales               |
| 13 | Cumbal               | 39 | Ricourte               |
| 14 | Cumbitara            | 40 | Samaniego              |
| 15 | El Charco            | 41 | Sandoná                |
| 16 | El Rosario           | 42 | Roberto Payán          |
| 17 | El Tablon            | 43 | San Lorenzo            |
| 18 | El Tambo             | 44 | San Pablo              |
| 19 | Funes                | 45 | Santa Barbara          |
| 20 | Guachucal            | 46 | Santa Cruz (Guachavés) |
| 21 | Guaitarilla          | 47 | Sapuyes                |
| 22 | Guamatán             | 48 | Taminango              |
| 23 | Iles                 | 49 | Tangua                 |
| 24 | Imues                | 50 | Tumaco                 |
| 25 | Ipiates              | 51 | Túquerres              |
| 26 | La Cruz              | 52 | Yacuanquer             |
|    |                      | 53 | Loyva                  |

- |         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| R - .   | REGIONAL CENTRAL 1ª                 |
|         | Hospital Departamental - Pasto.     |
| R - 2   | REGIONAL CENTRAL 2ª                 |
|         | Hospital San Pedro - Pasto          |
| R - N   | REGIONAL NORTE                      |
|         | Hospital Eduardo Santos - La Unión  |
| R - C.O | REGIONAL CENTRO OCCIDENTAL          |
|         | Hospital San José - Tuquerres       |
| R - S.  | REGIONAL SUR                        |
|         | Hospital San Vicente - Ipiates      |
| R - O   | REGIONAL OCCIDENTAL                 |
|         | Hospital San Andrés - Tumaco        |
| A - P   | AREA DE PENETRACION                 |
|         | Servicio de Salud de Nariño - Pasto |

SERVICIO NACIONAL DE  
SALUD Y NAFINO  
SECCION DE ARQUITECTURA



SECTORIZACION  
DE LA CIUDAD DE PASTO

CALCULO DE POBLACION POR ZONAS URBANA Y RURAL Y GRUPOS DE EDADES EN EL DPTO. DE NARIÑO AÑO 1.981

REGIONAL I

MUNICIPIOS	POBLACION TOTAL	ZONAS		GRUPOS DE EDADES					
		URBANA	RURAL	1 AÑO	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 Y +
PASTO I	91.741	67.402	24.339	3.119	12.064	25.523	36.751	8.706	5.578
FUNES	7.972	1.745	6.227	271	1.049	2.217	3.193	757	485
TANGUA	11.265	1.799	9.466	383	1.482	3.134	4.512	1.069	685
BUESACO	21.838	3.238	18.600	743	2.871	6.075	8.748	2.073	1.328
CONSACA	12.023	2.370	9.653	409	1.580	3.345	4.817	1.141	731
EL TABLON	10.778	841	9.937	367	1.417	2.999	4.317	1.023	655
YACUANQUER	8.319	1.645	6.674	282	1.094	2.314	3.333	790	506
SUB - TOTAL	163.936	79.040	84.896	5.574	21.557	54.607	74.656	15.559	9.968

CALCULO DE POBLACION POR ZONAS URBANA Y RURAL Y GRUPOS DE EDADES EN EL DFTO. DE NARIÑO AÑO 1.981

REGIONAL II

MUNICIPIOS	POBLACION TOTAL	ZONAS		GRUPOS DE EDADES					
		URBANA	RURAL	1 AÑO	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 y +
PASTO II	81.354	59.388	21.966	2.766	10.698	22.633	32.591	7.720	4.946
SANDONA	52.752	14.230	38.522	1.793	6.936	14.676	21.133	5.007	3.207
ANCUYA	10.127	1.929	8.188	344	1.332	2.817	4.057	961	616
LINARES	13.431	1.826	11.605	457	1.766	3.736	5.380	1.275	817
TAMBO	18.090	2.812	15.278	615	2.379	5.032	7.647	1.717	1.100
FLORIDA	10.919	1.314	9.605	372	1.475	3.038	4.374	1.036	664
<b>SUB - TOTAL</b>	<b>186.673</b>	<b>81.509</b>	<b>105.164</b>	<b>6.347</b>	<b>24.546</b>	<b>51.932</b>	<b>74.782</b>	<b>17.716</b>	<b>11.350</b>



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE PLANEACION



ANEXO No. 3

RESOLUCION NUMERO 395 DE 1.981

( Febrero 13/81 )

Por la cual se adopta el Presupuesto de Rentas y Gastos para la vigencia fiscal de 1.981.

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL "SAN PEDRO" DE PASTO  
en uso de sus atribuciones legales,

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Fijar el Presupuesto del DEL HOSPITAL "SAN PEDRO" DE PASTO en la suma de NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON 90/100 ( 94'848.839,90 M. L. ) para el período comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 1.981, en el siguiente detalle:

CAPITULO I - INGRESOS

CODIGO	DESCRIPCION	PRESUPUESTO A EJECUTAR EN 1.981
<u>PARTE A : FUNCIONAMIENTO</u>		
11000	<u>PRODUCTO DE SERVICIOS</u>	\$ 11'520.090,00
11100	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	\$ 1'529.910,00
11200	Servicios Auxiliares de Tratamiento	\$ 3'881.880,00
11201	Farmacia	\$ 657.350,00
11202	Otros	\$ 3'224.530,00



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE PLANEACION



JEFAURA  
DIVISION FINANCIERA

1 6 1

DESCRIPCION

CODIGO

13101	Situado Fiscal	\$ 16'003.796,61
13102	Del Presupuesto Nacional	\$
13103	Materno Infantil	\$ 216.952,00
13104	Tuberculosis	\$ 328.313,00
13105	Vigilancia y Control Epi- demiológico	\$ 129.878,00
13106	Vacunación Masiva	\$
13107	Control Enfermedades Ve- néreas	\$
13108	Plan Nacional Salud Rural	\$ 4'157.208,00
13109	Otros	\$ 26'972.812,48
13200	Departamental -Intendencial - Co- misarial - Distrital	\$ 14'522.031,00
13201	Impuesto a los Licores	\$ 6'074.435,00
13202	Impuesto Cerveza (8%)	\$ 1'416.684,00
13203	Beneficencia y/o Loterías	\$ 7'030.912,00
13204	Del Servicio Seccional de Salud	\$
13205	Del Departamento	\$
13206	Otros	\$
13300	De Origen Municipal	\$



PRESUPUESTO A EJECUTAR

DESCRIPCION

CODIGO

\$ 5'341.425,41

RECURSOS DEL BALANCE

14000	Saldo en Caja y Bancos	\$ 1'995.700,48
14100	Aportes Vigencia Anterior	\$ 291.517,84
14200	Cuentas por Cobrar Vigencia anterior	\$ 3'054.207,09
14300		

\$ 87'109.706,50

TOTAL INGRESOS PARA FUNCIONAMIENTO

PARTE B : I N V E R S I O N

APORTES DE LA VIGENCIA ACTUAL

15000		\$
15100	Fondo Nacional Hospitalario	\$
15200	Saneamiento Básico Rural	\$
15300	DRI - PAN - ZMU	\$
15400	Otros	\$

RECURSOS FINANCIEROS Y OTROS INGRESOS

16000		\$ 7'739.133,40
16100	Rentas Propias Recaptalización	\$ 2'321.700,00
16200	Otros	\$ 5'417.433,40

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE PLANEACION



PRESUPUESTO A EJECUTAR 1.981

DESCRIPCION

CODIGO

RECURSOS DEL BALANCE Y CREDITO \$

Saldo en Caja y Bancos \$  
 Aportes por Cobrar Vigencias anteriores \$  
 Recursos del Crédito

\$ 7'739.133.40

\$ 04'848.839.90

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE SALUD  
 OFICINA DE PLANEACION

TOTAL INGRESOS PARA INVERSION

TOTAL INGRESOS

CAPITULO II EGRESOS

PARTE A : FUNCIONAMIENTO

\$ 55'613.611.50

SERVICIOS PERSONALES

Sueldos Personal de Nómina \$ 38'973.395.50 ✓

Atención a las personas \$ 27'207.675.50

Atención al hablante \$ 2'001.250.00

Administración \$ 7.762.440.00

21000

21100

21101

21102

21103



PRESUPUESTO A EJECUTAR

DESCRIPCION

CODIGO

21200	Sueldo Personal Supernumerario	\$	373.198,00
21201	Atención a las personas	\$	291.094,00
21202	Atención al ambiente	\$	
21203	Administración	\$	82.104,00
21300	Otros Sueldos	\$	130.655,00
21301	Atención a las personas	\$	
21302	Atención al ambiente	\$	
21303	Administración	\$	130.655,00
21400	Prima de Navidad	\$	3'617.373,00
21401	Atención a las personas	\$	2'609.019,00
21402	Atención al ambiente	\$	191.921,00
21403	Administración	\$	816.433,00
21500	Prima de Vacaciones	\$	1'802.907,00
21501	Atención a las personas	\$	1'300.342,00
21502	Atención al ambiente	\$	95'653,00
21503	Administración	\$	406.912,00

- 11 -

REPUBLICA DE CHILE  
 MINISTERIO DE SALUD  
 OFICINA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD  
 JEFATURA  
 DIVISION FINANCIERA

Servicio Seccional Previsión de Salud  
 Dirección del Ministerio de Salud

DESCRIPCION

CODIGO

21600	Otras Prestaciones Sociales	\$ 9'829.451,00
21601	Atención a las personas	\$ 6'425.282,00
21602	Atención al ambiente	\$ 467.585,00
21603	Administración	\$ 2'936.584,00
21700	Horas Extras y Festivos	\$ 1'506.812,00
21701	Atención a las personas	\$ 1'033.730,00
21702	Atención al ambiente	\$
21703	Administración	\$ 473.082,00
21800	Otros Gastos en Servicios Personales	\$
21801	Atención a las personas	\$
21802	Atención al ambiente	\$
21803	Administración	\$
21900	Reserva para distribución posterior, con destino a incremento en Servicios Personales al Servicio Seccional previa aprobación del Ministerio de Salud	\$ 1'379.820,00

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE REGISTRO



JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

PRESUPUESTO A EJECUTAR 1.981

DESCRIPCION

CODIGO

\$ 19'006.048,00

SUMINISTROS

22000	Productos Farmacéuticos	\$ 5'312.315,00
22100	Atención a las personas	\$ 5'312.315,00
22101	Atención al ambiente	\$
22102	Material Médico Quirúrgico	\$ 4'420.705,00
22200	Atención a las personas	\$ 4'420.705,00
22201	Alimentos	\$ 4'677.130,00
22300	Atención a las personas	\$ 4'677.130,00
22301	Otros	\$ 4'595.898,00
22400	Atención a las personas	\$
22401	Atención al ambiente	\$
22402	Administración	\$ 4'595.898,00
22403		

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE EJECUCION



JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

DESCRIPCION

CODIGO

GASTOS GENERALES		\$ 1'511.327,00
23000	Viáticos y Gastos de Viaje	\$ 193.080,00
23100	Atención a las personas	\$ 81.260,00
23101	Atención al ambiente	\$ 54'570,00
23102	Administración	\$ 57'250,00
23103	Mantenimiento y Reparaciones	\$ 731.127,00
23200	Atención a las personas	\$
23201	Atención al ambiente	\$
23202	Administración	\$ 731.127,00
23203	Otros Gastos	\$ 587.120,00
23300	Atención a las personas	\$
23301	Atención al ambiente	\$
23302	Administración	\$ 587.120,00
23303		

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE PRESUPUESTO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA DE PRESUPUESTO

JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

\$ 2'332.695,00

TRANSFERENCIAS

\$ 2'332.695,00

- 24000
- 24100
- 24101
- 24102
- 24103
- 24200
- 24201
- 24202
- 24203
- 24300
- 24301
- 24400
- 24401

Pago de Previsión Social \_\_\_\_\_ \$

Atención a las personas \_\_\_\_\_ \$ 1'679.540,00

Atención al ambiente \_\_\_\_\_ \$

Administración \_\_\_\_\_ \$ 653.155,00

Pagos al Fondo Nacional del Ahorro \_\_\_\_\_ \$

Atención a las personas \_\_\_\_\_ \$

Atención al ambiente \_\_\_\_\_ \$

Administración \_\_\_\_\_ \$

Pagos a la Contraloría \_\_\_\_\_ \$

Administración \_\_\_\_\_ \$

Bienestar Social (discriminar) \_\_\_\_\_ \$

Administración \_\_\_\_\_ \$

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE SALUD  
 OFICINA DE PLANEACION



JEFATURA  
 DIVISION FINANCIERA



PRESUPUESTO A EJECUTAR 1.981

DESCRIPCION

CODIGO

24500 Pagos a otras entidades del Sector Público \$

24501 Atención a las personas \$

24502 Atención al ambiente \$

24503 Administración \$

24600 Transferencias a Hospitales \$

24700 Transferencias a Otras Instituciones \$

24800 Reserva para distribución posterior, con destino a incremento en Servicios Personales en Hospitales, previa aprobación del Ministerio de Salud \$

25000 SERVICIO DE LA DEUDA \$ 8'646.025.00

25100 Pago deuda vigencia anterior \$ 8'646.025.00

25200 Intereses y Comisiones \$

TOTAL DE EGRESOS PARA FUNCIONAMIENTO \$ 87'109.706.50

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL  
JEFATURA DE INSTITUCION  
DIVISION FINANCIERA

C O D I G O

D E S C R I P C I O N

PRESUPUESTO A EJECUTAR 1.981

PARTE B : I N V E R S I O N

GASTOS DE INVERSION \$ 6'804.668,50

26100 Adquisición, construcción, adecuación y ampliación de obras e inmuebles \$

26101 Atención a las personas \$

26102 Atención al ambiente \$

26103 Administración \$

26200 Adquisición de Equipos y Accesorios \$ 500.000,00

26201 Atención a las personas \$ 300.000,00

26202 Atención al ambiente \$

26203 Administración \$ 200.000,00

26300 Capacitación y Adiestramiento de Personal \$

26301 Atención a las personas \$

26302 Atención al ambiente \$

26303 Administración \$

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION

JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

El Director General debe autorizar los gastos asignados en el presente presupuesto, manteniendo el equilibrio entre ingresos y egresos, con el fin de que no se produzca déficit.

DESCRIPCION

CODIGO

REPUBLICA  
DE  
COLOMBIA  
OFI.

JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

Inversión Financiera \$ 6'304.668,50

TRANSFERENCIAS \$

Para Hospitales \$

Otras Instituciones \$

SERVICIO DE LA DEUDA \$ 934.464,90

Pago Deuda Vigencia anterior \$ 934.464,90

Amortizaciones, Intereses y-

Comisiones \$

\$ 7'739.133,40

TOTAL INVERSION

\$ 94'848.839,90

TOTAL DE EGRESOS

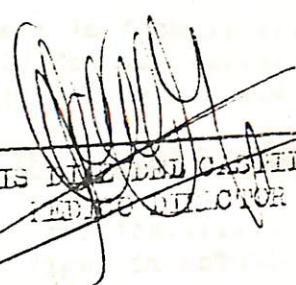
DISPOSICIONES LEGALES

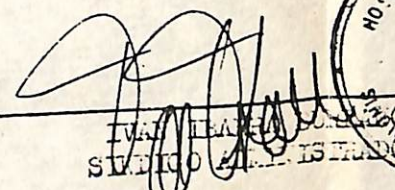

ARTICULO SEGUNDO.- El Directo de la Institución, en su carácter de ordenador de los gastos y el Jefe Administrativo, deben ajustarse a las partidas asignadas en el presente presupuesto, manteniendo el equilibrio entre ingresos y egresos, con el fin de que no se produzca déficit.

TERCERO.- Los Directivos de la Institución, se ceñirán a las disposiciones legales emanadas del Ministerio de Salud y de la Contraloría General de la República al ejecutar -  
ente presupuesto.

CUARTO.- La presente Resolución requiere para su validéz la aprobación del MINISTERIO DE SA-  
LUD.

Pasto (Esr.) a los Trece (13) días del mes de Febrero de 1.981

  
LUIS ENRIQUE CASTILLO Z.  
DIRECTOR

  
IVAN TRUJILLO  
SINDICO ADMINISTRADOR  


REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA

  
JEFATURA  
DIVISION FINANCIERA

APENDICE NUMERO 4

22.

UNIDAD REGIONAL CENTRAL No. 1,  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
PASTO

PERIODO; Vigencia 1979

ESTADO FINANCIERO

Ingresos hasta la fecha.....	\$ 85'807.946.33	
Pago hasta la fecha.....	75'541.965.52	
Saldo en Caja y Bancos.....		\$ 10'265.980.81

COMPROMISOS PENDIENTES DE RECAUDO.

Producto de Servicios.....	\$ 644.345.05	
Aporte de la Vigencia actual (Programas Especiales).....	49.346.50	
Cuentas por cobrar vigencias anteriores.....	<u>321.737.23</u>	\$ 1'015.428.78
TOTAL RECURSOS FINANCIEROS.....		<u>\$ 11'281.409.59</u>

\$ 12'338.445.84

COMPROMISOS PENDIENTES DE PAGO.

Exigible a largo plazo.....	\$ 7'737.403.16*
Exigible a corto plazo.....	\$ 4'601.042.68

\*Incluye el 50% de Cesantías Consolidadas no presupuestadas en 1979  
(\$ 1'524.200.05).

Fuente: DEPARTAMENTO DE FINANZAS  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL

EVALUACION CUANTITATIVA DEL PRESUPUESTO - VIGENCIA 1979

CAPIT.	I N G R E S O S	PRESUPUESTADO	TOTAL INGRESO	% CUMPLIMIENTO	SAIDO PRESUPUESTAL	
					A FAVOR	EN CONTRA
I	Producto de servicios.	11'275.807,96	12'743.834,15	113	1'468.026,19	
II	Aportes de la Vigenc.Ac.	28'347.008,00	28'347.008,00	100		
	Situado Fiscal.	1'553.019,00	1'553.019,00	100		
	Impuesto a los Licores.	35'152.356,00	35'152.356,00	100		49.346,50
	Del Presup.Nal Extraord.	1'346.064,00	1'296.717,50	96		
	Programas Especiales.	1'537.048,00	1'537.048,00	100		
	Impuesto a la Cerveza.	7'292.122,00	3'958.026,94	54		3'334.095,06
	Beneficencia y Loterías.					
IV	<u>RECURSOS DEL BALANCE.</u>					
	Saldo en Caja y Bancos.	407.670,99	407.670,99	100		
	Aportes Vigenc.anterior.	1'314.075,78	1'083.833,25	82		230.242,53
	Cuentas por cobrar vi- gencias anteriores.	464.272,25	372.777,55	80		91.494,70
	TOTAL PRESUP. INGRESOS	88'689.443,98	86'452.291,38	97		2'237.152,60

CAPIT.	E G R E S O S	PRESUPUESTADO	TOTAL GASTO	% CUMPLIMIENTO	SAIDO PRESUPUESTAL	
					A FAVOR	EN CONTRA
I	Servicios Personales.	52'433.013,32	50'524.816,20	96	1'908.197,12	157.122,15
II	Suministros.	15'197.506,68	15'354.628,83	101		497.806,05
III	Gastos Generales.	2'854.722,65	3'352.528,70	117		
IV	Transferencias.	12'314.163,00	11'234.197,25	91	1'079.965,75	1'524.200,05*
V	Servicio de la Deuda.	5'890.038,33	7'414.238,38	126		
	TOTAL PRESUPUESTO GASTOS	88'689.443,98	87'880.409,36	99	809.034,62	

**CUADRO No. 1**  
**ASEGURADOS COTIZANTES Y PENSIONADOS, EN SECCIONALES**  
**DEL ISS A 31 DE DICIEMBRE DE 1980**

Seccionales	Asegurados cotizantes (Incluye pensionados)	Porcentaje	Pensionados (1)	Porcentaje
TOTAL	1.803.891	100.0	43.001	100.0
CUNDINAMARCA	634.991	35.2	12.693	29.5
ANTIOQUIA	331.500	18.4	10.399	24.2
VALLE	283.265	15.7	5.044	11.7
RISARALDA	53.506	3.0	852	2.0
MAGDALENA	19.975	1.1	840	1.9
BOYACA	32.759	1.8	1.233	2.9
CALDAS	51.089	2.8	1.056	2.5
HUILA	17.960	1.0	234	0.5
NARIÑO	15.480	0.8	363	0.8
META	11.107	0.6	106	0.2
CESAR	14.564	0.8	38	0.1
GUAJIRA	2.417	0.1	11	0.1
BOLIVAR	37.313	2.1	1.393	3.2
TOLIMA	32.283	1.8	515	1.2
CHOCO	1.551	0.1	73	0.2
CAUCA	23.240	1.3	216	0.5
SANTANDER	57.965	3.2	1.675	3.9
NORTE DE SANTANDER	27.327	1.5	1.165	2.7
QUINDIO	24.728	1.4	430	1.0
CORDOBA	9.238	0.5	155	0.4
SUCRE	5.213	0.3	114	0.3
ATLANTICO	112.926	6.3	4.396	10.2
SAN ANDRES	3.494	0.12	—	—

(1) Por las Empresas (Asegurados Inactivos)

CUADRO No. 2

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y ASEGURADOS SEGUN SEXO  
POR SECCIONALES EN DICIEMBRE 31 DE 1980

Seccionales	No. de Establecimientos	Hombres	Mujeres	Total
TOTAL	144.895	1.205.926	597.965	1.803.891
CUNDINAMARCA	41.231	396.927	238.064	634.991
ANTIOQUIA	23.321	221.638	109.862	331.500
VALLE	19.250	199.875	83.390	283.265
RISARALDA	7.653	36.605	16.901	53.506
MAGDALENA	2.549	14.591	5.384	19.975
BOYACA	2.481	26.010	6.749	32.759
CALDAS	8.353	38.427	12.662	51.089
HUILA	2.669	12.617	5.343	17.960
NARIÑO	1.658	10.166	5.314	15.480
META	1.778	7.967	3.140	11.107
CESAR	1.484	9.374	5.190	14.564
GUAJIRA	479	1.541	876	2.417
BOLIVAR	2.553	26.027	11.286	37.313
TOLIMA	3.631	23.376	8.907	32.283
CHOCO	207	846	705	1.551
CAUCA	1.908	18.218	5.022	23.240
SANTANDER	5.373	36.587	21.378	57.965
NORTE DE SANTANDER	3.177	17.474	9.853	27.327
QUINDIO	6.322	18.382	6.346	24.728
CORDOBA	1.075	6.698	2.540	9.238
SUCRE	707	3.536	1.677	5.213
ATLANTICO	6.533	77.295	35.631	112.926
SAN ANDRES	503	1.749	1.745	3.494

CUADRO No. 3

ASEGURADOS COTIZANTES SEGUN RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA  
POR SECCIONALES A 31 DE DICIEMBRE DE 1980

Seccionales	RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA										Actividades Mal designadas
	Total	Agricultura Silvicultura Caza y Pesca	Industrias Extractivas	Industrias Manufactureras	Construcción	Electricidad Gas, Agua, Serv. Sanit.	Comercio	Transporte Bodegas Comunicac.	Servicios prestados al público		
TOTAL	1.803.891	129.406	10.631	628.632	71.445	26.314	429.731	104.939	350.385	52.408	
CUNDINAMARCA	634.991	26.176	3.345	229.769	23.650	3.287	159.786	35.818	139.727	13.433	
ANTIOQUIA	331.500	8.649	631	150.787	12.551	4.638	67.128	13.139	62.852	11.125	
VALLE	283.265	41.331	2.108	98.232	9.456	1.350	57.982	21.369	45.927	5.510	
RISARALDA	53.506	7.441	2	18.921	2.571	587	13.318	2.410	7.084	1.172	
MAGDALENA	19.975	5.045	108	2.289	768	628	4.971	1.361	3.880	925	
BOYACA	32.759	1.292	2.879	10.514	3.809	1.512	6.089	939	4.420	1.305	
CALDAS	51.089	8.826	261	14.070	4.800	1.768	10.223	2.114	7.573	1.454	
HUILA	17.960	1.937	212	2.742	589	397	6.220	997	3.899	967	
NARIÑO	15.480	429	55	2.664	479	763	6.162	1.074	3.491	363	
META	11.107	1.647	34	1.599	422	390	3.620	1.070	2.219	106	
CESAR	14.564	1.751	-	2.073	187	326	3.166	636	1.981	4.444	
GUAJIRA	2.417	96	-	169	125	144	1.032	53	787	11	
BOLIVAR	37.313	218	80	9.806	1.860	1.079	9.779	2.972	10.126	1.393	
TOLIMA	32.283	5.184	289	7.375	1.573	1.253	8.588	2.301	5.205	515	
CHOCO	1.551	4	-	243	135	66	363	28	639	73	
CAUCA	23.240	9.205	265	4.408	641	389	3.746	575	3.721	290	
SANTANDER	57.965	488	105	19.573	2.633	1.571	16.105	5.249	10.183	2.058	
NORTE STDER	27.327	502	112	4.497	1.216	1.195	9.969	1.578	7.022	1.236	
QUINDIO	24.728	7.077	1	3.187	1.126	296	6.048	1.427	4.203	1.363	
CORDOBA	9.238	816	43	1.552	483	835	3.512	421	1.421	155	
SUCRE	5.213	180	-	708	520	203	2.386	90	1.012	114	
ATLANTICO	112.926	1.097	92	43.281	1.716	3.496	28.226	9.083	21.539	4.396	
SAN ANDRES	3.494	15	9	173	135	141	1.312	235	1.474	-	

CUADRO No. 4

PRINCIPALES ACTIVIDADES MEDICO ASISTENCIALES ATENDIDAS  
POR EL ISS DURANTE 1980

Seccionales	Partos	Aborto	Nacidos	Mort.	Fórmulas	Exámen de Lab. Clínico	Exámenes Radiológicos	Vacunas aplicadas	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA			
									Médic.	Horas	Horas	
Cundinamarca*	28.184	4.974	28.202	274	2.104.566	1.277.038	50.086	75.028	540	962.925	338	274.772
Antioquia	21.154	2.681	21.090	262	1.232.688	458.660	31.115	220.012	560	356.763	195	153.902
Valle*	13.671	1.954	13.544	151	1.275.924	694.505	180.017	41.912	644	516.202	120	128.302
Risaralda	3.069	264	3.061	37	195.864	117.561	9.498	12.698	117	92.424	40	32.958
Santa Marta	1.167	83	1.169	12	112.430	70.050	7.424	951	53	32.504	7	5.578
Boyacá	2.667	289	2.627	61	156.141	124.068	15.188	6.386	95	84.829	21	19.141
Caldas	3.235	232	3.221	38	253.011	112.395	11.308	8.203	130	86.799	36	14.238
Huila	1.403	214	1.402	—	104.968	44.028	4.832	—	86	112.683	20	16.040
Nariño	1.234	115	1.223	19	98.174	32.391	2.247	358	62	28.128	14	9.310
Meta	774	205	771	2	102.538	76.728	5.802	2.884	46	43.781	13	9.266
Guajira*	54	—	54	—	7.416	3.656	210	—	7	3.966	3	1.524
Cesar	917	47	908	10	71.568	7.983	2.029	134	43	30.724	7	5.436
Bolívar	2.796	211	2.782	32	227.890	113.511	11.306	14.657	93	74.146	27	17.646
Tolima	2.024	317	1.999	18	265.596	93.710	6.896	3.384	91	62.964	28	16.740
Chocó	108	9	108	—	10.392	1.609	361	132	3	1.425	—	—
Cauca	1.165	176	1.151	9	166.682	76.576	4.574	12.184	65	73.958	13	12.750
Santander	4.186	436	4.172	44	347.952	123.690	12.146	12.974	188	128.931	34	27.850
Norte Santander	1.785	267	1.780	17	163.153	113.911	17.506	38.894	85	140.325	14	20.444
Quindío	1.520	165	1.522	15	127.528	65.594	6.211	9.353	71	54.547	17	14.007
Córdoba	518	80	519	3	50.987	4.977	489	238	48	25.385	13	6.012
Sucre	464	45	458	8	33.207	81.433	555	1.530	22	11.503	3	2.116
Atlántico	7.135	869	7.117	69	897.816	516.156	46.077	20.491	245	230.118	79	100.777
<b>TOTAL</b>	<b>99.230</b>	<b>13.633</b>	<b>98.980</b>	<b>1.081</b>	<b>8.006.491</b>	<b>4.290.230</b>	<b>425.877</b>	<b>482.403</b>	<b>3.294</b>	<b>3.155.030</b>	<b>1.042</b>	<b>888.809</b>

\* Datos estimados por falta de información

TOTAL ASEGURADOS, DERECHO HABITANTES Y BENEFICIARIOS EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD GENERAL Y MATERNIDAD

AÑO 1980

Seccionales	ASEGURADOS			DERECHO-HABITANTES (DEPENDIENTES DEL SEGURO)						TOTAL BENEFICIARIOS (Asegurados más derecho-Hab.)					
	Total	Clásico	Familiar	Total Derecho-Habiente	SISTEMA CLASICO			SISTEMA FAMILIAR Y CAMPESINO			Total General	Clásico	Familiar y campesino		
					Subtotal	Esposa o compañera	Hijos 1 año	Subtotal	Esposa o compañera	Hijos 18 años				Subtotal	Invalidos
<b>TOTAL</b>	1.803.391	1.630.596	173.295	882.719	579.453	480.036	99.417	303.266	64.292	199.247	29.416	10.311	2.686.610	2.210.049	476.561
Cundinamarca	634.991	632.237	2.754	212.622	207.802	175.049	32.753	4.820	1.022	3.167	467	164	847.613	840.039	7.574
Antioquia	331.500	329.485	2.015	122.007	118.431	97.391	21.090	3.526	747	2.317	342	120	453.507	447.966	5.541
Risaralda	53.506	53.506	—	18.869	18.869	15.808	3.061	—	—	—	—	—	72.375	72.375	—
Valle	283.265	280.916	2.349	108.719	104.608	87.218	17.390	4.111	871	2.701	399	140	391.984	385.524	6.460
Santa Marta	19.975	19.975	—	7.147	7.147	5.978	1.169	—	—	—	—	—	27.122	27.122	—
Boyacá	32.759	30.698	2.061	18.087	14.460	11.833	2.627	3.607	765	2.370	350	122	50.826	45.158	5.668
Caldas	51.089	49.669	1.420	22.088	19.603	16.382	3.221	2.485	527	1.633	211	84	73.177	69.272	3.905
Huila	17.580	14.201	3.759	12.252	5.674	4.272	1.402	6.578	1.394	4.322	638	224	30.212	19.875	10.337
Nariño	15.480	15.480	—	5.765	5.765	4.542	1.223	—	—	—	—	—	21.245	21.245	—
Meta	11.107	—	11.107	19.437	—	—	—	19.437	4.121	12.770	1.885	661	30.544	—	30.144
Cesar	14.564	14.564	—	4.584	4.584	3.676	908	—	—	—	—	—	19.148	19.148	—
Guajira	2.417	2.417	—	732	732	650	82	—	—	—	—	—	3.149	3.149	—
Bolívar	37.313	37.313	—	14.751	14.751	11.969	2.782	—	—	—	—	—	52.064	52.064	—
Tolima	32.283	26.444	5.839	20.601	10.383	8.384	1.999	10.218	2.166	6.703	348	—	52.884	36.827	16.057
Chocó	1.551	1.551	—	457	457	349	108	—	—	—	—	—	2.008	2.008	—
Cauca	23.240	23.240	—	9.563	9.563	8.412	1.151	—	—	—	—	—	32.803	32.803	—
Santander	57.965	55.398	2.567	23.309	18.817	14.645	4.172	4.492	952	2.951	436	153	81.274	74.215	7.059
Norte Santander	27.327	2.331	24.996	46.238	2.495	715	1.780	43.743	9.274	28.739	4.243	1.487	73.565	4.826	68.739
Quindío	24.728	24.728	—	9.244	9.244	7.722	1.522	—	—	—	—	—	33.972	33.972	—
Córdoba	9.238	7.736	1.502	5.902	3.274	2.755	519	2.628	557	1.727	255	89	15.140	11.010	4.130
Sucre	5.213	5.213	—	2.062	2.062	1.604	458	—	—	—	—	—	7.275	7.275	—
Atlántico	112.926	—	112.926	197.621	—	—	—	197.621	41.896	129.837	19.169	6.719	310.547	—	310.547
San Andrés	3.494	3.494	—	682	682	682	—	—	—	—	—	—	4.176	—	4.176

Los menores de 1 año de Cundinamarca, Guajira y Valle fueron calculados por falta de información.

siones y seguros a que tienen derecho los servidores públicos a ella y  
forzosamente afiliados, conforme al ANEXO No. 6 sistema de prestaciones sociales  
por la ley, y reconocer y pagar a sus beneficiarios las prestaciones  
causadas por el LA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL.

Es un establecimiento público. Se trata, pues, de un organismo de  
todo de personería jurídica, autonomía propia y patrimonio propio. Pa-  
ra efectos de coordinación y control se halla adscrita al Ministerio de  
Trabajo y Seguridad Social.

La Caja Nacional de Previsión Social de Mariño, su número de  
Las normas que rigen su vida jurídica como Entidad son las conteni-  
das en la Ley 6a. de 1945, en los Decretos 1600 de 1945, 1050 y 3130 de  
1968, 434 de 1971 y 1066 de 1979. Este último Decreto es el decreto -  
constituyen sus actuales estatutos. Auto último Decreto es el decreto -  
los pensionados que es un número de 1.300.

La Caja tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá, pero extiende  
su radio de acción social a todas las regiones del país, con sus Seccio-  
nales y Agencias, entre las cuales está la Seccional de Mariño con sede  
en Pasto.  
La Seccional de Mariño como todas las Seccionales tiene por objeto  
atender el reconocimiento y pago a los empleados y trabajadores naciona-  
les que sean afiliados forzosos y a sus pensionados por jubilación ve-  
jes, inválidos o retiro por vejez, de las pensiones sociales ordenadas  
por la legislación nacional. Para tal cometido, cumple las funciones  
de atender el reconocimiento y pago de auxilios, indemnizaciones, pen -

siones y seguros a que tienen derecho los servidores públicos a ella o forzosamente afiliados, conforme al régimen de prestaciones señalados por la Ley, y reconocer y pagar a sus beneficiarios las prestaciones causadas por el fallecimiento del afiliado o pensionado.

que se encuentran laborando.

Así mismo, presta atención médica integral a sus afiliados, contrata con otros organismos la prestación de servicios médicos asistenciales, como hospitalarios, odontológicos, de laboratorio, Rayos X, etc.

La Caja Nacional de Previsión Seccional de Mariño, su número de afiliados forzosos desde 1975 es variable si se tiene en cuenta el total de población amparada en sus categorías de afiliados, pensionados y beneficiarios. Desde 1975, 1976, 1977 y 1978, se registraron de 4.000, 5.100, 5.900 - 7.000, para el año de 1979, en 8.700, en el año de 1980 de 12.443 y en el año de 1981 de 13.600 afiliados, incluidos los pensionados que es un número de 1.300.

Los afiliados forzosos y pensionados de la Caja Nacional, según el Decreto 434 de 1971 y el Decreto 1302 de 1981, que dispuso que las Entidades afiliadas a la Caja Nacional de Previsión deban cancelar a la misma el pago de cada nómina la totalidad de cuentas patronales y laborales, en sus normas consagró la obligación para los afiliados, de aportar las cuotas de afiliación, en una tercera parte de la primera asignación mensual que reciban o de todo aumento de ésta, que se continuará con todos los factores de salario que establece el artículo 42 del Decreto 1042 de 1978.

1980 - funcionamiento	121'864.000
1981 - funcionamiento	125'104.000

La cuota periódica, aporte que consiste en el 5% que debe pagar el afiliado del valor de su asignación en todos los factores de salario de que ordena el Decreto 1042 de 1976. La cuota patronal, equivalente al 5% del valor pagado al personal de planta, que hace la Entidad afiliada y que se encuentran laborando.

La Caja Nacional de Previsión, Seccional de Maricao, el pago a sus afiliados, los beneficiarios de la asignación en sus factores salariales que debe pagar la Entidad a cuyos servicios se encuentran los trabajadores beneficiarios a Cesantías.

Un 10% de la asignación del afiliado por concepto de examen de admisión para efectos de prestaciones Médico-asistenciales.

Los recursos por todo concepto que hace la Caja son girados a la Secretaría General de la Caja Nacional con domicilio en Bogotá y allí recaudan a cada Seccional regularmente el presupuesto correspondiente a que la Ley le fijó, cuenta con los siguientes recursos:

- Aportes de los afiliados, afiliación periódica.
- Aportes de las Entidades, cuota patronal periódica.
- De los pensionados el 5% de su pensión.
- De ingresos para cesantías, 1/2 parte de la nómina de pagos que hace la Entidad nominadora.
- Aporte del Presupuesto Nacional.

1978 - funcionamiento	\$ 61'375.000
1979 - funcionamiento	89'450.000
1980 - funcionamiento	111'884.000
1981 - funcionamiento	125'104.000

El aporte del presupuesto nacional, que lo ordena el Decreto 1600 de 1945 y Decreto 434 de 1971, es la asignación que se hace para la Caja a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para gastos de funcionamiento y que se destina en su totalidad al pago de pensiones.

son atendidos en hospitales y clínicas a contrato de la ciudad, y cuando La Caja Nacional de Previsión, Seccional de Mariño, el pago a sus empleados los hace mediante giros de la Caja con domicilio en Bogotá, mediante acuerdos de gastos que son aprobados por la Junta de la Caja, y mediante relación de autorización gira a la Seccional para servicios personales, gastos generales, transferencias, etc.

Los pagos se hacen con recursos girados por la Caja Central en Bogotá. Los recaudos por todo concepto que hace la Caja son girados a la Tesorería General de la Caja Nacional con domicilio en Bogotá y allí reportan a cada Seccional mensualmente el presupuesto correspondiente a gastos.

La Seccional de Mariño no tiene déficit y sus obligaciones no se encuentran en mora para con los beneficiarios, deudas que consisten en pagos de cesantías y otras prestaciones, pero no son exigibles porque se encuentran dentro del término que la ley dispone para su pago. En lo que hace al pago de servicios prestados por Hospitales, Clínicas y demás centros de salud, la entidad que ha contratado esos servicios son cancelados conforme a las tarifas que para el efecto rigen en la Caja, y en lo que hace a la droga se paga por la Caja en su totalidad dentro de los requisitos legales.

El número de personal administrativo de la Seccional de Mariño es de 23 y trabaja ocho (8) horas diarias.

La parte científica cuenta con 7 médicos de planta y médicos especialistas en número de 57 y 2 odontólogos y en los Municipios existe servicio médico, odontológico y de droga para todos los afiliados. Los tratamientos por enfermedades crónicas y de atención de especialistas son atendidos en hospitales y clínicas a contrato de la ciudad, y cuando

el caso amerita tratamiento más severo es remitido a las clínicas del Ministerio de Salud Pública, correspondiente a las clínicas propias de la Caja como en Bogotá, Medellín, Cali etc.

La vigencia de 1980, para los programas de salud del Departamento de Nariño. La resolución ministerial será divulgada en las próximas horas.

En las ciudades o poblaciones la Seccional contrata los servicios para los afiliados con hospitales y con médicos donde existan y también con las droguerías para el suministro de drogas.

El presupuesto del Municipio de Salud de Nariño, de acuerdo con los datos suministrados por el INSENERG, tiene un costo de 548 millones 222 mil 892 pesos. De la cifra antes mencionada 439 millones corresponden al pago al fallecimiento de un pensionado por la Caja, está a quienes haya

hecho los gastos de sepelio una cuantía equivalente a una mensualidad de la pensión sin que sea inferior a cinco (5) veces al salario mínimo legal mensual más alto, ni superior a diez (10) veces este mismo salario (Ley 4a. de 1976 y Decreto 435 de 1971).

### Informe entregado por la Caja Nacional de Previsión Seccional Nariño.

Para gastos de funcionamiento e inversión de los hospitales del Departamento de Nariño, el presupuesto de la vigencia 1980, se destinaron las siguientes sumas:

Hospital Departamental	104.444.181
Hospital Infantil	22.525.963
Hospital San Pedro	95.471.733

Hospital Clarita Santos ANEXO N° 7	12.750.884
Hospital Eduardo Santos (La Unión)	20.021.856
Hospital APROBADO PRESUPUESTO DEL SERVICIO DE SALUD	4.287.130
Hospital Buen Samaritano (La Cruz)	7.392.260
Hospital San Vicente (Inzáles)	19.330.931

El Servicio Seccional de Salud, informó que la Sección de Planeación del Ministerio de Salud Pública aprobó el presupuesto, correspondiente a la vigencia de 1980, para los programas de salud del Departamento de Nariño. La resolución ministerial será divulgada en las próximas horas.

Hospital Sgo Corazón (El Charco)

El presupuesto del Servicio de Salud de Nariño, de acuerdo con los datos conocidos por el DERECHO, tiene un costo de 540 millones 942 mil 892 pesos. De la cifra antes mencionada 439 millones corresponde al monto total de gastos y 101 millones 895 mil a inversiones.

Con la aprobación del presupuesto se espera igualmente el giro de las partidas correspondientes, a fin de solucionar los graves problemas económicos que soportan los centros hospitalarios del Departamento.

### HOSPITALES

Para gastos de funcionamiento e inversión de los hospitales del Departamento de Nariño, el presupuesto de la vigencia 1980, se destinaron las siguientes sumas:

Hospital Departamental	\$ 104.444.181
Hospital Infantil	22.325.983
Hospital San Pedro	95.471.733

Hospital Clarita Santos (Sandoná)	12.750.444
Hospital Eduardo Santos (La Unión)	20.613.856
Hospital San Carlos (san Pablo)	8.885.323
Hospital Buen Samaritano (La Cruz)	7.393.360
Hospital San Vicente (IpiALES)	39.010.931
Hospital San José (Túquerres)	26.089.585
Hospital Lorencita Villegas (Samaniego)	11.735.218
Hospital San Andrés (Tumaco)	39.781.020
Hospital San Antonio (Barbacoas)	12.654.912
Hospital Sgdo Corazón (El Charco)	6.555.569
Hospital Civil de Pasto	2.196.539
Escuela de Aux. de Enfermería	2.795.829

FUENTE: EL DERECHO, Sábado 21 de Junio de 1980. Pág. 4.

Describa las dolencias o cite la enfermedad y el grupo familiar de su grupo familiar.

ATENCION RECIBIDA

TERCER PISO -  
 Profesional  
 medicina

TIPO DE INCAPACIDAD

edades

0 a 1  
 1 a 4  
 5 a 7  
 10 a 14  
 15 a 18  
 19 a 24  
 25 a 29  
 30 a 34  
 35 a 39  
 40 a 44  
 45 a 49  
 50 a 54  
 55 a 59  
 60 y más

C U A D R O D E R E G I S T R O D E  
 E N F E R M E D A D E S  
 ( ENCUESTA SOCIOECONOMICA )

Describe las dolencias o cite la enfermedad que se ha presentado para cada uno de los miembros de su grupo familiar? (morbilidad)

edades	TIPO DE MORBILIDAD	ATENCIÓN RECIBIDA					NO RE- spon- sion.
		NO PRO- fesional	auto- medicado	NO CON- sultas.	NO RE- aliza- ción	INCA- paci- dad tot pci.	
0 a 1							
1 a 4							
5 a 9							
10 a 14							
15 a 18							
19 a 24							
25 a 29							
30 a 34							
35 a 39							
40 a 44							
45 a 49							
50-54							
55 a 59							
60 y más							

ENCUESTA SOCIOECONOMICA

Estado civil del jefe de hogar: soltero(a) \_\_\_\_\_ casado(a) \_\_\_\_\_ viudo(a) \_\_\_\_\_  
Separado(a) \_\_\_\_\_ Union libre \_\_\_\_\_

Cuántos grupos familiares y demás personas habitan esta casa? \_\_\_\_\_

No. de personas que componen su grupo familiar? \_\_\_\_\_

Edades sexo masculino \_\_\_\_\_

edades sexo femenino \_\_\_\_\_

Qué grado de instrucción tiene cada miembro de la flia del sexo masculino? \_\_\_\_\_

Qué grado de instrucción tiene cada miembro de la flia del sexo femenino? \_\_\_\_\_

Qué actividad económica desempeña Ud. de acuerdo al trabajo \_\_\_\_\_

Qué actividad económica desempeñan los otros miembros de la familia? según edades: \_\_\_\_\_

Cual es el ingreso mensual del jefe de hogar \$ \_\_\_\_\_

Cual es el ingreso mensual del grupo familiar \$ \_\_\_\_\_

Durante el último mes como estima que se gastaron los ingresos familiares? \_\_\_\_\_

Alimentación \$ \_\_\_\_\_ Arrendamiento vivienda? \_\_\_\_\_ Salud \$ \_\_\_\_\_

Transporte \$ \_\_\_\_\_ Ahorros \$ \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Qué clase de vivienda ocupa Ud. y/o su flia.?.

casa \_\_\_\_\_ Casa-lote \_\_\_\_\_ apartamento \_\_\_\_\_ pieza \_\_\_\_\_

otro tipo de vivienda cual \_\_\_\_\_

La vivienda es propia? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_

otra forma de tenencia cual \_\_\_\_\_

Cuántos dormitorios ocupa su grupo familiar \_\_\_\_\_

cual es el área aproximada de cada dormitorio \_\_\_\_\_ mts.2.

tiene patio? \_\_\_\_\_ qué utilidad le dá a este \_\_\_\_\_

Tiene servicios de agua? \_\_\_\_\_ Acueducto \_\_\_\_\_ Alcantarillado \_\_\_\_\_

sanitario \_\_\_\_\_ letrina \_\_\_\_\_ poso séptico \_\_\_\_\_

tiene red de energía eléctrica? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Qué tipo de combustible utiliza para la cocción de alimentos?

electricidad \_\_\_\_\_ gas \_\_\_\_\_

Carbón vegetal \_\_\_\_\_ carbon mineral \_\_\_\_\_

otro cual \_\_\_\_\_

La enfermedad que con mayor frecuencia se le ha presentado a Ud. se denomina? \_\_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_

qué clase enfermedades se le ha presentado a los otros miembros de su familia citando la edad \_\_\_\_\_

Tiene Ud. afiliación a alguna entidad que le brinde salud? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
qué entidad \_\_\_\_\_

los demás miembros de la flia o grupo familiar tienen protección en ma-  
teria de salud si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
qué entidad \_\_\_\_\_

Ha utilizado los servicios de salud pública? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
le han parecido buenos \_\_\_\_\_ malos \_\_\_\_\_ r gulares \_\_\_\_\_

-barrio o lugar \_\_\_\_\_

ciudad y fecha \_\_\_\_\_

nombre del encuestador \_\_\_\_\_



DECRETO NUMERO 628 DE 1979  
(oct. 19)

Por el cual se crean, se integran y asignan funciones a los Comités Asesores del Gobernador.

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO

en uso de sus atribuciones legales,  
y en especial las que le confiere el Decreto 2275 de 1978, y

CONSIDERANDO.

Que corresponde a los Gobernadores, en su calidad de Agentes del Gobierno Nacional, dirigir, coordinar y supervisar en su jurisdicción los Servicios Nacionales, ya sea prestados directamente por la nación, Ministerios y Departamentos Administrativos, por los Establecimientos Nacionales y por las Empresas Comerciales e Industriales del Estado.

Que por Decreto 2275 de 1978 se delegó en los Gobernadores varias funciones atribuidas anteriormente a otras agencias estatales nacionales.

Que para que le asesoren a los Gobernadores en el cumplimiento de las funciones delegadas, se les facultó a estos funcionarios para crear los Comités que se consideren convenientemente.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO.- Créanse en el Departamento de Nariño los siguientes comités Asesores del Gobernador:

- A.- Comité de Infraestructura, Energía, Comunicaciones y Transporte.
- B.- Comité del Desarrollo Agropecuario, Conservación del Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- C.- Comité de Educación, Cultura y Recreación.
- D.- Comité de Salud y Bienestar Social.
- E.- Comité de Desarrollo Urbano, Industrial y Comercial.

ARTICULO SEGUNDO.- El Comité de Infraestructura, Energía, Comunicaciones y Transporte, estará integrado por los siguientes funcionarios:

- A.- el Gobernador del Departamento y el Secretario de Obras quien lo preside.

- ✓ B.- El Secretario de Gobierno.
- ✓ C.- El Director de Planeación Departamental.
- ✓ D.- El Director del Idemar.
- ✓ E.- El Jefe del Distrito de Obras Públicas No. 14.
- ✓ F.- El Gerente de Cedemar.
- ✓ G.- El Director Seccional del Intra.
- ✓ H.- El Gerente de la Empresa de Telefonos de Nariño.
- ✓ I.- El Gerente Seccional de Telecom.
- ✓ J.- El Gerente de la Corporación Financiera de Transporte.
- ✓ K.- El Director de Transportes y Tránsito de Nariño.
- ✓ L.- El Gerente de Empopato.
- ✓ M.- El Gerente de Emponariño.
- ✓ N.- El Director de Inop.

ARTICULO TERCERO.- El Comité de Infraestructura, Energía, Comunicaciones y Transporte, estará encargado del Estudio y Coordinación de los programas relacionados con la infraestructura necesaria para el Desarrollo de la Energía y Medios de Comunicación y Transporte en el Departamento.

ARTICULO CUARTO.- El Comité de Desarrollo Agropecuario, Conservación del Medio Ambiente y Recursos Naturales estará integrado por los siguientes funcionarios:

- A.- El Gobernador del Departamento o el Secretario de Agricultura quién lo presidirá.
- B.- El Director de Planeación Departamental.
- C.- Los Gerentes Seccionales de las siguientes Entidades Ica, Himat, Incora, Inderena, Idema, Corporación Forestal de Nariño y Caja Agraria.

ARTICULO QUINTO.- El Comité de Desarrollo Agropecuario, Conservación del Medio Ambiente y Recursos Naturales, tendrá a su cargo el estudio de los Planes y Programas relacionados con el Incremento de la Producción Agropecuaria, el Mercadeo, Almacenamiento y Financiación de la misma, Coordinación e Implementación del Sector Agrícola; así como también Regulación, Uso, Aprovechamiento y en general el manejo de los Recursos Naturales en todo el Departamento.

ARTICULO SEXTO.- El Comité de Educación, Cultura y Recreación estará integrado por los siguientes funcionarios :

- A.- El Gobernador del Departamento o el Secretario de Educación quien lo presidirá.
- B.- El Director de Planeación Departamental.
- C.- El Director del Fer.
- D.- El Gerente Seccional del Icoetex.
- E.- El Rector de la Universidad de Nariño.
- F.- La Directora Seccional del Sena.
- G.- La directora de la Casa de la Cultura.
- H.- El Director de la Esap.
- I.- El Director Seccional de Colideportes.

ARTICULO SEPTIMO.-

El Comité de Educación, Cultura y Recreación tendrá a su cargo la coordinación y promoción de los planes y programas de desarrollo en materia de Educación, Ciencia, Cultura, Recreación y Deportes.

ARTICULO OCTAVO.-

El Comité de Salud y Bienestar Social estará integrado por los siguientes funcionarios : ✓

- A.- El Gobernador del Departamento o el Director del Servicio Seccional de Salud Pública quien lo presidirá.
- B.- El Director de Planeación Departamental.
- C.- El Director Seccional del ISS.
- D.- El Gerente Seccional de la Caja de Previsión Nacional.
- E.- El Gerente de Prevenir.
- F.- El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

ARTICULO NOVENO.-

El Comité de Salud y Bienestar Social tendrá a su cargo el estudio y Coordinación de los planes y programas de desarrollo social y bienestar de la comunidad.

ARTICULO DECIMO.-

El Comité de Desarrollo Urbano, Industrial y Comercial estará integrado por los siguientes funcionarios :

- A.- El Gobernador del Departamento o el Secretario de

Hacienda.

- B.- El Gerente de Idemar.
- C.- El Alcalde de Pasto.
- D.- Director de Planeación Departamental.
- E.- El Gerente del Banco de la República.
- F.- El Gerente Seccional de Corpopastar.
- G.- El Gerente de Empopasto.
- H.- El Gerente de Emponarino.
- I.- El Director de la Zona Minera de Narino.
- J.- El Gerente Seccional del Incredial.

ARTICULO DECIMOPRIMERO.- El Comité de Desarrollo Urbano, Industrial y Comercial tendrá a su cargo el Estudio y Coordinación de los Planes y Programas relacionados con Vivienda y Servicios Públicos Básicos que tienden al Desarrollo Urbano, Programas de Planificación Municipal, Urbanizaciones, Zonas Industriales Rurales, Parques Industriales y Turísticos; así como también el estudio y coordinación de los planes y programas de Promoción, Comercialización y Financiamiento de la Industria y el Desarrollo Tecnológico de la misma.

ARTICULO DECIMOSEGUNDO.- La Secretaría de los Comités en mención, será ejercida por el Director de Planeación Departamental.

ARTICULO DECIMOTERCERO.- Los Comités se reunirán ordinariamente una vez por mes y extraordinariamente cuando los convoque el Presidente a solicitud de la mayoría de sus miembros, y se dará su propio reglamento.

ARTICULO DECIMOCUARTO.- Por la asistencia a las reuniones de los Comités de que trata el presente Decreto, los funcionarios no percibirán remuneración alguna.

ARTICULO DECIMOQUINTO.- Previa autorización del Gobernador, los Jefes Seccionales podrán delegar su asistencia a los Comités.

ARTICULO DECIMOSEXTO.- A las reuniones de los Comités podrán asistir invitados quienes tendrán voz pero no voto, lo mismo que los Representantes de Entidades de carácter Privado o Grupal quienes asistirán con derecho a voz pero no a voto.

ARTICULO DECIMOSEPTIMO.- Los Comités creados por el presente Decreto podrán ser ampliados, reformados o modificados cuando se estime conveniente la presencia de cualquier otro Instituto o Entidad.

ARTICULO DECIMO-OCTAVO.- El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.-

Dado en Pasto a los 19 días del mes de Octubre de mil novecientos setenta y nueve. (1979).

*L. E. Cordoba*  
LUIS EDUARDO CORDOBA BARRAHONA  
Gobernador de Nariño



*Dario Martinez*  
DARIO MARTINEZ BEANCOURT  
Secretario de Gobierno.

*Jose Manuel Hoyos E.*  
JOSE MANUEL HOYOS E.  
Secretario de Hacienda.

*Colon Perez Bernal*  
COLON PEREZ BERNAL  
Secretario de Educación.

DEPARTAMENTO DE COMERCIO  
Oficina de Pasto

*Silvio Rosero Perez*  
SILVIO ROSERO PEREZ  
Secretario de Obras Públicas



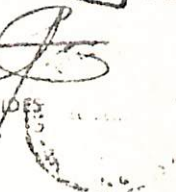
*Maxto Chamorro P.*  
MAXTO CHAMORRO P.  
Secretario de Agricultura



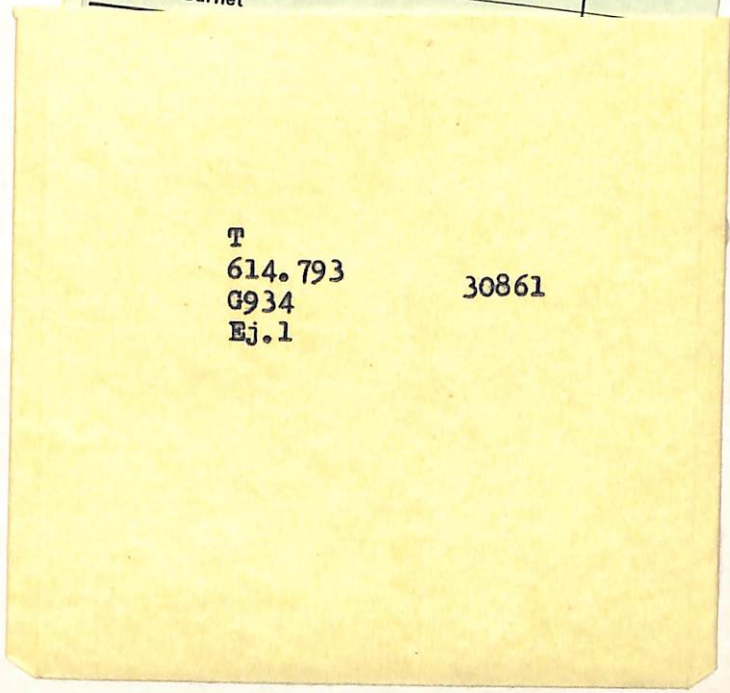
DEPARTAMENTO DE TURISMO  
Oficina de Pasto

*Ureano Ceron Leyton*  
UREANO CERON LEYTON  
Secretario de Planeación Departal

*Anibal Huellet Benavides*  
ANIBAL HUELLET BENAVIDES  
Secretario General



T		30861
614.793		Guerrero Salazar, Edga
G934		Estudio socio-económico
Ej.1		de la salud en el municip
de pasto		
NOMBRE	Edwin Cortal	
No. del Carnet		
	VENCE	



T  
614.793  
G934  
Ej.1

30861