

ESTUDIO SOBRE EL SERVICIO DE SALUD EN  
NARIÑO, SU PRESUPUESTO Y LA INCIDENCIA  
EN EL MUNICIPIO DE PASTO

Tesis de grado

Luis Fernando Riascos Belalcázar  
Ricardo A. Coral Martínez

Proyecto de Tesis  
TÍTULO: ESTUDIO SOBRE EL SERVICIO DE SALUD EN NARIÑO, SU PRESUPUESTO Y LA INCIDENCIA EN EL MUNICIPIO DE PASTO  
Lugar y fecha de elaboración de la Universidad de  
Pasto, 1982

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE ECONOMIA

Pasto, 1982

ESTUDIO SOBRE EL SERVICIO DE SALUD EN  
NARIÑO, SU PRESUPUESTO Y LA INCIDENCIA  
EN EL MUNICIPIO DE PASTO

JULIAN BEDOYA ARBOLEDA, Autor

MILAN EDUARDO DIAZ DE LA PENA, Director

JULIO LIBARDO PONCE, Asesor

La Seccional de Salud Nariño y Hospital de Pasto

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
BIBLIOTECA Y CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICAS  
Todas las personas que deseen utilizar este documento deben registrarse previamente en la biblioteca de la Universidad de Nariño.  
Presidente de Tesis: JULIAN BEDOYA ARBOLEDA  
Economista titulado de la Universidad de Antioquia  
Comp. ....  
Fabrica .....

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE ECONOMIA  
Pasto, 1982

FN  
T  
6-14-793  
R 481  
Ej. 2

A mis padres AGRADECIMIENTOS A:

A mi esposa e hijos

JULIAN BEDOYA ARBOLEDA, Economista.

MILLER EDUARDO RIASCOS B., A.E.

JULIO LIBARDO PONCE, Contador. sectores Salud y Educación

La Seccional de Salud Nariño y Hospitales de Pasto.

Todas las personas que de una u otra forma nos colaboraron desinteresadamente en el desarrollo del presente estudio.

DEDICATORIA

Luis Fernando Riascos Belalcázar

A la memoria de:  
A mis padres

A mi esposa e hijos

A mis hermanos y familiares  
mi padre, MYRIAN MARTINEZ DE CORAL (\*)

A mis compañeros y amigos  
mi abuelo, SALOMON MARTINEZ MATEO (\*)

A la investigación científica de los sectores Salud y Educación

DEDICO:

DEDICO: A. Coral Martínez

Luis Fernando Riascos Belalcázar

A la memoria de:

Mi madre, MYRIAM MARTINEZ DE CORAL (+)

Mi abuelo, SALOMON MARTINEZ NATES (+)

"Las ideas y conclusiones aportadas en la  
tesis de grado son de responsabilidad  
exclusiva de sus autores"

Artículo 1o. del Acuerdo Número 324 de 1966

**DEDICO:**

(Octubre 12), emanado del Honorable Consejo

Ricardo A. Coral Martínez

Directivo de la Universidad de Maricao.

"Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado son de responsabilidad exclusiva de sus autores"

Rector EDGAR BASTIDAS URBESTY

Universidad de Narino Doctor en Filosofía y Letras

Artículo 10. del Acuerdo Número 324 de 1966

(Octubre 11), emanado del Honorable Consejo

Directivo de la Universidad de Narino.

Decano JULIAN BERDOYA ARBOLEDA

Facultad de Economía Economista

Secretario Académico EDGAR RODRIGUEZ TORRES

Facultad de Economía Economista

(INDICE)

0.	INTRODUCCION .....	
	CAPITULO 1 .....	5
1.	ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD .....	5
1.1	GENERALIDADES .....	5
1.2	ORGANIZACION BASICA .....	10
1.2.1	Rector del Nacional .....	EDGAR BASTIDAS URRESTY
1.2.2	Universidad de Nariño .....	Doctor en Filosofia y Letras.
1.2.3	Nivel local Regionalizado .....	
1.3	Secretario General .....	SILVIO SANCHEZ FAJARDO
	Universidad de Nariño .....	Lic. Filosofia y Letras.
1.3.1	Regionales .....	
1.3.2	Decano de elemento administrativo y cientifico .....	JULIAN BEDOYA ARBOLEDA
1.4	Facultad de Economia .....	Economista
	CIENTIFICOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO	
	Secretario Academico .....	EDGAR RODRIGUEZ TORRES
1.4.1	Facultad de Economia .....	Economista
1.4.2	Regional Central II .....	25
1.4.3	Regional Norte .....	30
1.4.4	Regional Sur .....	35
1.4.5	Regional Centro Occidente .....	38
1.4.6	Regional de Occidente .....	43
1.4.7	Area de Penetracion .....	48

**INDICE**

	Págs.
0.	1
1.	8
1.1	8
1.2	11
1.2.1	12
1.2.2	12
1.2.3	13
1.3	16
1.3.1	17
1.3.2	19
1.4	22
1.4.1	22
1.4.2	26
1.4.3	30
1.4.4	35
1.4.5	39
1.4.6	43
1.4.7	48

	Págs.
CAPITULO 2 .....	54
2. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA Y SOCIO- ECONOMICA DE LA SALUD .....	54
2.1 CARACTERISTICAS .....	54
2.1.1 La prestación directa de servicios .....	54
2.1.2 La docencia e investigación .....	55
2.1.3 Para la Administración y Servicios generales .....	55
2.2 ESTRUCTURA DE NIVELES .....	56
2.3 UNIDAD REGIONAL DE SALUD .....	64
2.4 ORGANIZACION SOCIO-ECONOMICA .....	69
CAPITULO 3 .....	78
3. COMPARACION DE LA ASIGNACION DE RECURSOS ECONOMICOS AL SECTOR SALUD, CON OTROS SECTORES DE LA ECONOMIA NACIONAL DENTRO DEL PRESUPUESTO NACIONAL .....	78
3.1 ANALISIS DE LA PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD CON EL PRESUPUESTO NACIONAL Y CON OTROS SECTORES .....	78
3.2 ANALISIS COMPARATIVO DEL SECTOR SALUD ....	87
3.2.1 Situado Fiscal .....	92
3.2.2 Situado Fiscal Recaudado .....	95
CAPITULO 4 .....	99
4. COMPONENTES DEL RECURSO ECONOMICO .....	99
4.1 DISTRIBUCION DE APORTES A LA SECCIONAL NARIÑO .....	99
4.2 COMPARACION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	177

	Págs.	
6.9	CON OTRAS SECCIONALES COLOMBIANAS .....	117
	(Tercera Forma) .....	117
6.10	CAPITULO 5 .....	125
5.11	PRESUPUESTO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO .....	125
5.12	ESTUDIO DE LA VARIACION DEL PRESUPUESTO EN PASTO .....	125
5.23	EVALUACION PRESUPUESTAL DE LOS HOSPITA- LES DE PASTO .....	129
6.14	(Población Total) .....	129
6.15	CAPITULO 6 .....	135
6.16	PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	135
6.17	ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO .....	135
6.18	DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS .....	135
6.2	COMPOSICION DE LOS COSTOS SEGUN CONCEP- TO DEL GASTO .....	141
6.3	PRODUCCION DE LOS HOSPITALES, DEPARTA- MENTAL, INFANTIL Y SAN PEDRO - 1980 .....	155
6.4	PROYECCIONES FUTURAS CON BASE EN EL COMPORTAMIENTO HISTORICO .....	164
6.5	RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LOS RECURSOS .....	166
6.6	PRECIO QUE PAGAN LOS USUARIOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS .....	168
6.7	IDENTIFICACION DE LA MUESTRA .....	170
	(Primera Forma) .....	170
6.7.1	Tamaño de la Muestra .....	170
6.8	IDENTIFICACION DE LA MUESTRA (Segunda Forma) .....	177

	Págs.	
6.9	IDENTIFICACION DE LA MUESTRA	
	(Tercera Forma) .....	184
6.10	ANALISIS GENERAL DE LA MUESTRA .....	185
6.11	REGULACION DEL SISTEMA TARIFARIO EN	
	COLOMBIA .....	205
6.12	CONCEPTO DEL SERVICIO	
	(Población Total) .....	221
6.13	ESTIMACION POR INTERVALOS .....	222
6.14	CONCEPTO DE RECETAS	
	(Población Total) .....	227
6.15	ESTIMACION POR INTERVALOS .....	228
6.16	PAGO POR DROGAS	
	(Población Total) .....	233
6.17	ESTIMACION POR INTERVALOS .....	234
6.18	EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION CON RESPECTO	
	AL TIEMPO .....	240
6.19	ESTIMACION POR INTERVALOS .....	241
6.20	PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO	
	(Población Total) .....	246
6.21	ESTIMACION POR INTERVALOS .....	248
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	250
	TERMINOLOGIA .....	264
	NORMAS LEGALES Y FISCALES ESTABLECIDAS	
	EN EL PRESUPUESTO NACIONAL .....	276
	BIBLIOGRAFIA .....	280

10  
13 A

EJECUCION PRESUPUESTAL DE LA SALUD -  
SECCIONAL NARIÑO  
INDICE DE CUADROS DE ILUSTRACION  
DE SALUD COLOMBIANAS

Nº		Págs.
1	ESTRUCTURA DE NIVELES .....	58
2	DISEÑO ESTRUCTURAL DE LOS NIVELES EN LA ORGANIZACION .....	60
3	DISEÑO DE NIVELES Y UNIDADES OPERATIVAS..	61
4	ESTRUCTURA POBLACIONAL .....	71
5	DISTRIBUCION POBLACIONAL DE NARIÑO .....	73
6	RECURSO HUMANO EN SALUD PUBLICA .....	74
7	VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO NACIO- NAL .....	80
8	VARIACION ABSOLUTA Y RELATIVA DEL PRE- SUPUESTO NACIONAL Y DEL SECTOR SALUD.....	81
9	INCREMENTOS: PRESUPUESTO NACIONAL - PRESUPUESTO SECTOR SALUD .....	82
10	PRESUPUESTO NACIONAL COMPARATIVO .....	88
11	FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD .....	93
12	SITUADO FISCAL PRESUPUESTADO (EN MILES DE PESOS) .....	96
13	SITUADO FISCAL RECAUDADO POR SALUD (EN MILES DE PESOS) .....	97
14	DISTRIBUCION DE APORTES A LA SECCIONAL NARIÑO .....	101
15	IMPUESTOS A LA VENTA DE LICORES .....	104
16	IMPUESTO A LA VENTA DE CERVEZA .....	107
17	IMPUESTO A LA LOTERIA DE BENEFICENCIA ....	108

PORCENTUAL DE LOS CARTOS GENERALES 1954.

N°		Págs.
18	EJECUCION PRESUPUESTAL DE LA RENTA- SECCIONAL NARIÑO . . . . .	114
18 A	PRESUPUESTO DE GASTOS -- SECCIONALES . . . . .	154
30	DE SALUD COLOMBIANAS . . . . .	118
18 B	PROYECCIONES POBLACIONALES CON BASE . . . . .	162
33	CENSO 1973 . . . . .	123
19	EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS -- . . . . .	163
33	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES . . . . .	126
20	EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS -- HOSPITAL DEPARTAMENTAL . . . . .	127
21	EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS -- 1980 . . . . .	172
35	HOSPITAL SAN PEDRO DE LA NUESTRA SEÑORA . . . . .	128
23	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES -- COM . . . . .	173
36	POSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO DEL GASTO Y SU VALOR . . . . .	174
37	1980 . . . . .	143
24	HOSPITAL DEPARTAMENTAL -- COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN EL . . . . .	179
39	GASTO Y SU VALOR . . . . .	144
25	HOSPITAL SAN PEDRO -- COMPOSICION POR . . . . .	180
40	CENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO DEL GASTO Y SU VALOR . . . . .	145
26	HOSPITALES REGIONAL I -- II, PROMEDIO PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEP . . . . .	186
42	TO DEL GASTO Y SU VALOR . . . . .	147
27	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES -- COMPO . . . . .	189
43	SICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENE RALES . . . . .	152
28	HOSPITAL DEPARTAMENTAL -- COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES . . . . .	153

N°		Págs.
29	HOSPITAL SAN PEDRO - COMPOSICION	
65	PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES.	
	1980. ....	154
30	DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE CAMAS ....	161
31	EGRESOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA .....	162
32	INDICADORES - COSTOS UNITARIOS DE	
	HOSPITALIZACION .....	163
33	PROYECCION DE COSTO CAMA - DIA O PRO	
	MEDIO ANUAL DE LOS HOSPITALES DE	
	PASTO. 1981 - 1985 .....	165
34	POBLACION DE NARIÑO ESTIMADA PARA 1980 ...	172
35	CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA	
	CADA REGIONAL .....	173
36	CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON	
	FACTOR DE CORRECCION .....	174
37	NUMERO DE VIVIENDAS EN NARIÑO .....	178
38	CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA	
	CADA REGIONAL .....	179
39	CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON	
	FACTOR DE CORRECCION .....	180
40	TABLAS MILITARY STANDARD LOS "A"	
	PLAN DE INSPECCION NORMAL .....	183
41	RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION	
	URBANA SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD .....	186
42	RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION	
	RURAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD .....	189
43	RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION	210
54	TOTAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD .....	191
44	PERSONAS A CARGO EN LA POBLACION	
	URBANA, PARA EL DEPARTAMENTO DE NARI	212

N°		Págs.
43	No. 1980 .....	194
45	PERSONAS A CARGO EN LA POBLACION RURAL, PARA EL DEPARTAMENTO DE	
46	NARIÑO. 1980 .....	196
46	PERSONAS A CARGO EN LA POBLACION TOTAL, PARA EL DEPARTAMENTO DE	
47	NARIÑO. 1980 .....	198
47	DISTRIBUCION DE INGRESOS PARA LA POBLACION URBANA, EN EL DEPARTA	
48	MENTO DE NARIÑO. 1980 .....	199
48	DISTRIBUCION DE INGRESOS, PARA LA POBLACION RURAL, EN EL DEPARTA	
49	MENTO DE NARIÑO. 1980 .....	201
49	DISTRIBUCION DE INGRESOS PARA LA	
50	POBLACION TOTAL, DEPARTAMENTO DE	
51	NARIÑO. 1980 .....	202
50	INGRESOS DE LA POBLACION TOTAL EN	
51	EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	204
51	DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR, DEL GASTO EN SALUD PUBLICA Y LA DISPONIBILI	
52	DAD DE ACUDIR A UN SERVICIO HOSPITALARIO -	
53	INGRESOS MENSUALES .....	206
52	ACCESO AL SERVICIO DE SALUD POR GASTOS	
53	EFECTUADOS - % DE LOS HOGARES .....	208
53	SECTOR DEL TRABAJO EN QUE LABORAN LOS USUARIOS, ZONA URBANA, DEPARTAMENTO	
54	DE NARIÑO. 1980 .....	210
54	SECTOR DEL TRABAJO EN QUE LABORAN LOS USUARIOS, ZONA RURAL, DEPARTAMENTO	
	DE NARIÑO. 1980 .....	212

N°		Págs.
55	SECTOR DE TRABAJO EN QUE LABORA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	213
56	UTILIZACION DEL SERVICIO, ZONA URBANA, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	215
57	UTILIZACION DEL SERVICIO, ZONA RURAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	216
58	UTILIZACION DEL SERVICIO PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	218
59	CONCEPTO DEL SERVICIO DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	220
60	FORMULACION DE RECETAS PARA LA ZONA URBANA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	224
61	FORMULACION DE RECETAS PARA LA ZONA RURAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	225
62	FORMULACION DE RECETAS PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	226
63	PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS, EN LA ZONA RURAL DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	230
64	PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS, EN LA ZONA URBANA DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	231

Nº		Págs.
65	PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO .....	232
66	DISTANCIA HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD .....	235
67	EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN LA ZONA URBANA .....	237
68	EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN LA ZONA RURAL .....	238
69	EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA PARA LA POBLACION NARIÑENSE .....	239
70	PRECIO PARA EL USUARIO POR LOS SERVICIOS DE SALUD - ZONA URBANA .....	242
71	PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO DE SALUD, ZONA RURAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	244
72	PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO DE SALUD, PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 1980 .....	245
10	CAPTACION DEL RECURSO PARA NARIÑO - IMPUESTO A LA CERVEZA .....	107
11	CAPTACION DEL RECURSO PARA SALUD (N.) IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA .....	108
12	VARIACION DE LAS TENDENCIAS ABSOLUTAS DE LOS INGRESOS - SECCIONAL SALUD DE NARIÑO .....	115
13	VARIACION PRESUPUESTAL DE SECCIONES DE .....	117

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Nº		Págs.
1	SISTEMA NACIONAL DE SALUD - RELACIONES DE DEPENDENCIA .....	14
2	DEPARTAMENTO DE NARIÑO, RECURSOS INSTITUCIONALES .....	50
3	SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO - ESTRUCTURA ORGANICA .....	62
4	UNIDAD REGIONAL DE SALUD - ESTRUCTURA ORGANICA .....	65
6	VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL .....	83
7	VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO SECTOR SALUD .....	85
8	PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD EN EL PRESUPUESTO NACIONAL .....	86
9	CAPTACION DEL RECURSO EN NARIÑO - IMPUESTO DE LICORES .....	105
10	CAPTACION DEL RECURSO PARA NARIÑO - IMPUESTO A LA CERVEZA .....	106
11	CAPTACION DEL RECURSO PARA SALUD (N.) IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA .....	109
12	VARIACION DE LAS TENDENCIAS ABSOLUTAS DE LOS INGRESOS - SECCIONAL SALUD DE NARIÑO .....	115
13	VARIACION PRESUPUESTAL DE SECCIONALES...	119

Nº		Págs.
14	VARIACION TENDENCIAL DE LOS INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL - SEDE REGIONAL I .....	130
15	VARIACION TENDENCIAL DE LOS INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES .....	131
16	VARIACION TENDENCIAL DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL SAN PEDRO - SEDE REGIONAL II .....	132
17	CONTRASTE DE HIPOTESIS - CONCEPTO SERVICIO .....	222
18	CONTRASTE DE HIPOTESIS - FORMULACION RECETAS .....	228
19	CONTRASTE DE HIPOTESIS - PAGO DROGAS ....	233
20	CONTRASTE DE HIPOTESIS - EFECTIVIDAD DE ATENCION .....	240
21	CONTRASTE DE HIPOTESIS - PRECIO USUARIO .....	247
22	DISEÑO DE ENCUESTA SOBRE LA PRESTA CION DEL SERVICIO DE SALUD EN NARIÑO .....	249
	PREVISION SOCIAL - ZONA URBANA .....	251
	PREVISION SOCIAL - ZONA RURAL .....	252
	PREVISION SOCIAL - POBLACION TOTAL .....	253
	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - POBLACION URBANA .....	254
	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - POBLACION RURAL .....	255
	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - TOTAL POBLACION .....	256

## INDICE DE ANEXOS

### ANEXO N° 1

Cálculo N°		Págs.
1	PARA LAS PROYECCIONES H. DEPARTAMENTAL..	287
2	PARA LAS PROYECCIONES H. INFANTIL .....	289
3	PARA LAS PROYECCIONES H. SAN PEDRO.....	292

### ANEXO N° 2

#### Tabulación de Encuestas

N°		
1	INFORMACION PERSONAL - ZONA URBANA.....	295
2	INFORMACION PERSONAL - ZONA RURAL.....	296
3	INFORMACION PERSONAL - POBLACION TOTAL...	297
4	RENTA OBTENIDA - ZONA URBANA .....	298
5	RENTA OBTENIDA - ZONA RURAL .....	299
6	RENTA OBTENIDA - POBLACION TOTAL .....	300
7	PREVISION SOCIAL - ZONA URBANA .....	301
8	PREVISION SOCIAL - ZONA RURAL .....	302
9	PREVISION SOCIAL - POBLACION TOTAL .....	303
10	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - POBLACION URBANA .....	304
11	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - POBLACION RURAL .....	305
12	UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - TOTAL POBLACION .....	306

sa los servicios de salud, ya sea toda la prestación o  
lectiva de sus servicios, regulada de prescripción y  
cualificación, a su vez una provisión de salud

### 0. INTRODUCCION

Hablar de la salud del hombre, es tocar la fibra más  
ligación y financiación económica. Por eso, el aspecto  
sensible del ser humano. Por ello, uno de los grupos  
estudio que se da a conocer a la opinión pública, tiene  
que mayor influjo ejerce sobre los miembros de la comu-  
el fin primordial de algunas algunas relaciones sobre  
nidad, es el constituido por los trabajadores de la sa-  
ciertos problemas que se presentan a nivel comunitario.  
lud, sobre todo si se tiene en cuenta que ésta dejó de  
de programación y de servicios que se dan en la salud de  
ser un concepto de índole individual, para convertirse  
temática, examinamos también algunas características.  
en una noción eminentemente social.  
sobre intentos que se han desarrollado para dar una im-

ne prestación.

Cuando los hombres no eran demasiado numerosos,  
la ciencia médica y demás disciplinas afines, centraban  
di trabajo concreto específico, al margen de actividades  
su interés en los individuos, tomados en forma aislada;  
su primer término, trata de comprender al ser humano  
pero desde cuando se produjo la llamada Revolución De-  
de desarrollo que se observa en el sector de la impor-  
mográfica, la salud dejó de enfocarse al individuo, para  
tancia para la evolución de la especie, hecho que obliga  
referirse a vastos núcleos de población. Fue así como  
el Estado, para instrumentar sus políticas, con los di-  
del enfoque exclusivamente curativo, se pasó a la medi-  
velos de autoridad, de ejecución de investigación y de re-  
cina preventiva, la cual predominaba en la mayoría de  
relación en todos los campos y programas con los que  
los países donde la salud del pueblo ha llegado a ocupar  
quier índole se desarrollen, basándose en la comu-  
sido de primer plano en la atención de los gobiernos,  
nidad bienestar y satisfacción de las necesidades sus-  
consecuencia inmediata, de planificar en forma cuidado-

livos, lo mismo que la ubicación de los diferentes establecimientos de salud, ya que toda la prestación colectiva de sus servicios, requiere de prevención y racionalización, a su vez una planificación eficiente no puede darse sino cuando se basa en programas de investigación y financiación adecuada. Por eso el presente estudio que se da a conocer a la opinión pública, tiene el fin primordial de aportar algunas reflexiones sobre ciertos problemas que se presentan a nivel presupuestal, de programación y de servicio que se dan en la salud colombiana, examinando también algunas características sobre intentos que se han desarrollado para dar una buena prestación.

El trabajo concreta sucesivos niveles de análisis: en primer término, trata de exponer algunas tendencias de desarrollo que se observa en el sector salud, importantes para la evolución de la administración que emplea el Estado, para instrumentar sus políticas, así los Niveles de autoridad, de ejecución de organización y de realización en todos los campos y programas que por cualquier índole se desarrollen, buscando brindar a la comunidad bienestar y satisfacción en sus necesidades cura-

tivas, lo mismo que la ubicación de los diferentes establecimientos que en el mismo orden de niveles, componen el conjunto prestacional con que cuentan las Seccionales,

analizando en su contenido, su radio de acción, la oferta de servicios y la efectividad de los mismos en una jurisdicción establecida.

Sin embargo, no requerimos tan solo una medición cuantitativa de los resultados, sino la cualificación de los beneficios que se desean. Por lo tanto es la propia comunidad la que debe participar en este proceso y contribuir para que el sistema se vaya ajustando al nivel de efectividad real.

En tal virtud para nuestro estudio se hizo objetivo elevar una Encuesta dirigida a la población de la Seccional de Naríño, preferentemente para las Regionales del Municipio de Pasto, con el fin de establecer la opinión de la prestación de servicio en la salud, teniendo en cuenta los aspectos socio-económico, cultural, físico-humano, como también la ubicación de las instalaciones del mismo. Las respuestas obtenidas en su gran parte ratifican lo existente en otras fuentes de in-

formación ya en Salud Pública, Dane, Planeación Departamental y Archivo en General. Por eso, tratamos de enfocar la necesidad de poner en práctica políticas y proyectos.

En segundo término, encontramos un análisis comparativo, de las diferentes asignaciones y recursos presupuestales que le han sido asignados al sector de la salud, y con los cuales ha venido operando, tanto en los gastos de funcionamiento, programas e inversión. Al estudiar sus variaciones, relativas y absolutas, fácil es encontrar los déficit presupuestales, que presentan situaciones críticas concluyendo que se traduce en la restricción de una oferta y el aumento de una demanda de servicios, llevándonos a concretar aun más que se hace necesario una revisión al sistema vigente, para que permita al gobierno en forma inmediata y a largo plazo, tener recursos adecuados que si no abundantes, por lo menos no sean tan escasos.

Esta clase de hechos, que afectan a la salud colombiana, no se pueden dejar pasar desapercibidos, pues a los déficit presupuestales se suma la falta de captación de recursos sobre las entidades que están obligadas a tributar. Consideramos dentro de esta exposición que,

no es la única y escasa medida de fortalecimiento de recursos en el sector de la salud. Por eso, tratamos de enfocar la necesidad de poner en práctica políticas y proyecciones diferentes en el sector de la salud particularmente, de tal manera que le permita vivir sanamente a la población, a partir de normas establecidas y mediante una correcta utilización de recursos económicos, según las exigencias y la complejidad del servicio.

A nivel ministerial, seccional y regional, el estado Pretendemos hacer entonces de este conocimiento analítico, un elemento activo que logre estimular a los inquietos investigadores a plantear y resolver nuevos interrogantes dentro de la problemática: planificación de salud, que irradie la posibilidad de obtener cambios positivos, de contar con explicaciones científicas, sobre la realidad existente, aporte que solo puede proporcionar la investigación sistemática, mediante un estudio confrontado con la realidad, como ha sido nuestra intención, y que no proyecta quedarse en la teoría, sino que promueva a contribuir y a despertar inquietudes en esta materia.

1/ MINSALUD COLOMBIA, Primera Reunión Nacional sobre el desarrollo de la investigación en Salud. Cartagena 1977, pág. 74.

2/ Ley 46 de Diciembre de 1971. A partir de 1973 en la ley de presupuesto se apropiará el 13% de los Ingresos Ordinarios de la Nación, para ser distribuidos en los Departamentos.

Al mismo tiempo los aportes financieros del Estado En las vicencias posteriores a 1975 se procurará incrementar y la Comunidad son los que determinan la movilización de

los importantes recursos humanos y físicos del Sistema Nacional de Salud, constituyendo el pilar de la infraestructura, apoyo para la realización de acciones sobre el medio ambiente, eficiente administración y "prioritariamente mejorar la utilización de los Puestos, Centros de Salud, aumentar la cobertura de servicios y dar satisfacción a la comunidad". 1/ La profilaxis y diagnóstico de las enfermedades debe haberse temprano para ser curable y 2/ A nivel ministerial, seccional y regional, el situado fiscal "constituye una de las fuentes más sobresalientes de financiación, pero anualmente va decreciendo, no alcanzando a cubrir las mínimas necesidades hospitalarias, por lo tanto vale la pena analizar y evaluar las desproporciones presupuestales e incrementales para otros sectores del Estado, que no necesariamente tienen más prioridad que la salud". 2/ Quiere hacer, sino realizar lo que es necesario hacer.

---

1/ MINSALUD COLOMBIA, Primera Reunión Nacional sobre Programas de Investigación en Planificación de Salud. Cartagena 1977, pág. 74.

2/ Ley 46 de Diciembre de 1971. A partir de 1973 en la ley de presupuesto se apropiará el 13% de los Ingresos Ordinarios de la Nación, para ser distribuidos en los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Distritos. En las vigencias posteriores a 1975 se procurará incrementar en el 2% anual.

En cuanto a las otras fuentes de ingresos, su participación debe ser ajustada a la realidad, porque en el futuro los servicios prestados serán mayores, debido al crecimiento poblacional que vivirá literalmente en un mar de virus y producción química. Esta situación general no será ajena a Pasto, pues los costos hospitalarios serán cada vez mayores, ya que la profilaxis y diagnóstico de las enfermedades debe hacerse temprano para ser curable y salvar la vida humana, es decir, combatir a tiempo es lo más importante, con tratamientos preclínicos y no con métodos sofisticados y caros, cuando la enfermedad ya muestra un "eco de guerra".

De allí que el Gobierno debe poner todo su interés en el cuidado de la salud del ciudadano colombiano, no obrar: haciendo lo que quiere hacer, sino realizar lo que es menester hacer. La despreocupación del gobierno central, pero el avance lento y seguro que ha venido desarrollando durante todos estos tiempos, lleva a considerarlo hoy por

hay como un territorio en desarrollo. El estudio de estos temas, los diferentes problemas que se presentan y las soluciones que se están dando en el país.

## CAPITULO I

1. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD

1.1 GENERALIDADES

El Departamento de Nariño situado en el Sur Occidente de la República de Colombia, se halla limítrofe con la República del Ecuador. "Presenta una extensión de 31.045 Kms.<sup>2</sup>, posee toda la variedad de climas donde viven aproximadamente 1'022.869 habitantes". <sup>3/</sup>

Nuestro Departamento ha sufrido durante varias décadas el olvido y la despreocupación del gobierno central, pero el avance lento y seguro que ha venido desarrollando durante todos estos tiempos, lleva a considerarlo hoy por hoy como un departamento en desarrollo. Este estudio de acción, es verdaderamente fundamental para el desarrollo de nuestro Departamento.

<sup>3/</sup> RODRIGUEZ, GUERRERO, Ignacio. Geografía Económica de Nariño. Editorial Surcolombiana - Pasto - Tomo II.

hoy como un territorio en despeje afrontando claro está, los diferentes problemas que tendrá que resolver para atender así las necesidades de su población.

Por otra parte, los fundamentos para diseñar un tipo de En el campo relacionado con la salud, tema de nuestro estudio, hemos considerado dar a conocer en forma y clara los aspectos generales de su organización administrativa, política y económica de la distribución y el manejo de la salud. / y los de la teoría que explica el comportamiento de los sistemas. En consecuencia las características Ahora bien, nuestro criterio fundamental fuera de su descripción física, su enumeración y ubicación de los diferentes establecimientos de salud existentes en Nariño y en el Municipio de Pasto, es tratar de observar su radio de acción, su verdadera funcionalidad, tomando así una visión clara de la situación de salubridad que nos rodea. Intentos de la política de servicios adoptada por el gobierno, con los posibles usuarios y beneficiarios de las acciones. Porque para tener una correcta funcionalidad, es preciso optar una serie de criterios cuya aplicación permita proporcionar al sistema flexibilidad y efectividad necesarias, para colocarlo en condiciones de responder oportunamente a las exigencias del desarrollo y de los di-

ferentes programas derivados de la política nacional de salud y de los planes correspondientes.

Por otra parte, los fundamentos para diseñar un tipo de perfil organizativo que permita el juego armónico de los medios utilizados para la obtención de los fines y propósitos, contenidos en las políticas de salud, se derivan primordialmente de algunos criterios elegidos entre los que imperan y los de la teoría que explica el comportamiento de los sistemas. En consecuencia las características de perfil administrativo y funcional del sistema nacional de salud, constará de una identificación, individualización y definición de sus elementos, igualmente, describirá y planteará las relaciones entre tales elementos para conseguir una óptima funcionalidad del sistema. Además sectorizará, adecuadamente y en concordancia los planteamientos de la política de servicios adoptada por el gobierno, con los posibles usuarios y beneficiarios de las acciones de salud ofrecidas por el sistema. Finalmente, estructurará la administración como la más recomendable para servir con eficiencia las necesidades de funcionalidad de los elementos. Entendemos por consiguiente, que estos elementos del sistema nacional de salud son prácti-

camente instituciones o entidades que tienen como función primordial realizar para la comunidad, acciones técnicas específicas en materia de salud, como son promoción, pre ve nción, re cuperación y re habilitación.

1.2 ORGANIZACION BASICA, el Ministerio de Salud Pública, cuyas funciones principales como cabeza

Así como existe en los demás sectores componentes de la Economía Nacional del país un sistema organizativo, de la misma forma existe dentro del sistema nacional de salud, una organización básica para su dirección, que tiene como responsabilidad la dinámica adecuada para el cum plimiento de sus fines. La responsabilidad de implantar re gular los estatutos, ejecuciones, evaluaciones y a la vez la vigilan cia. Esta organización es de tipo técnico-político y admi nistrativo en tres niveles:

1.2.1 - Nacional.

- Seccional.

- Local Regionalizado. constituye la organización básica de dirección a nivel departamental y territorial. Es

Creemos conveniente hacer un pequeño comentario re lativo a cada uno de estos niveles con el fin de dar a co

nocer su manejo general y su incidencia en el sector de salud perteneciente a nuestro departamento y municipio. de dirección seccional, estas seccionales desarrollan di-

#### 1.2.1 Nivel Nacional.

rio aquellas actividades complementarias y de sustentación, correspondientes a los programas. Está prácticamente comprendido por el Ministerio de Salud Pública, cuyas funciones principales como cabeza organizativa del sistema de salud, son múltiples, pues ejerce la dirección por medio de un conjunto de acciones que aseguran la efectividad de directiva en todos y cada uno de los elementos integrantes. Encontramos entonces, que ejerce un control directo y delegado de los presupuestos a todo nivel, tiene la responsabilidad de implantar estatutos, ejecuciones, evaluaciones y a la vez la vigilancia y control de todas sus agencias y sectores que por intermedio de él se ha ordenado su creación.

#### 1.2.2 Nivel Seccional.

ta la organización básica de la dirección técnica para cada región; está constituida por una. Este nivel seccional, constituye la organización básica de dirección a nivel departamental y territorial. Está formado a la vez por los servicios seccionales de salud, de los cuales dependen las regionales de su jurisdic

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## RELACIONES DE DEPENDENCIA

ción y por intermedio de éstas los organismos locales aplicativos. Además de sus funciones como organización de dirección seccional, estas seccionales desarrollan directamente en su territorio aquellas actividades complementarias y de sustentación, correspondientes a los programas específicos de algunos de los institutos adscritos o vinculados al Ministerio. Por consiguiente, también se incluye aquí los programas que hayan sido delegados por el Ministerio. Esto no lleva a pensar que la responsabilidad que se delega y ejerce sobre cada uno de ellos, no es simplemente una función más dentro del sistema, sino que es uno de los pilares fundamentales por el cual se conoce y se trata de solucionar las necesidades de la salud de toda la comunidad.

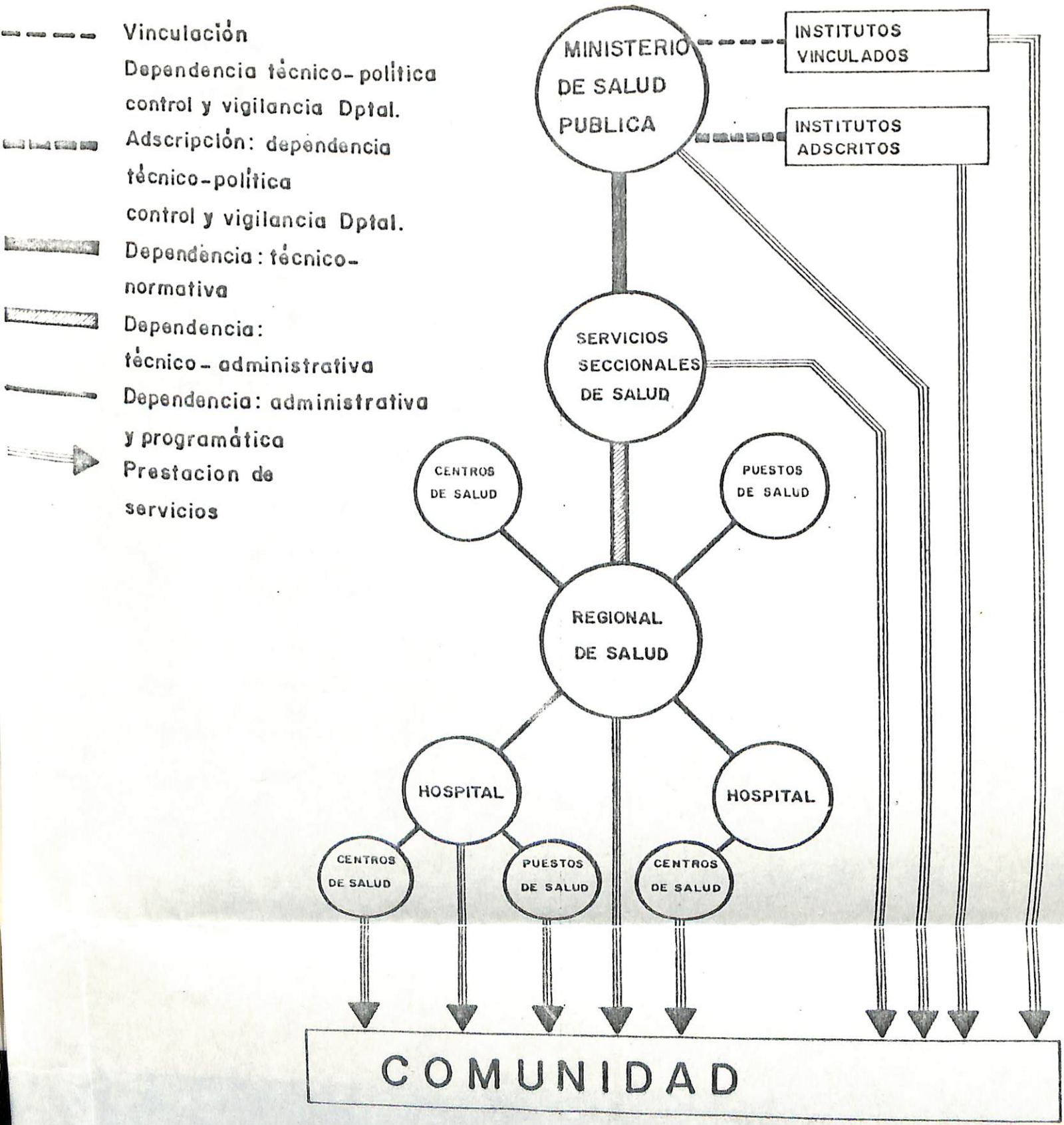
### 1.2.3 Nivel local Regionalizado.

Este nivel representa la organización básica de la dirección técnica para cada región; está constituido por una estructura propia incorporada en cada una de las oficinas regionales del país; las cuales además de servir sus propios fines como cabeza de región, tiene bajo su dependencia todos los organismos aplicativos, locales que fun-

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## RELACIONES DE DEPENDENCIA

14



FUENTE: REDISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MINSALUD - Bogotá 1973  
ILUSTRACION Nº 1: VINCULACION, ADSCRIPCION, DEPENDENCIA TECNICO POLITICA, PRESUPUESTAL, ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.

cionen en su área. acción de los fines y propósitos contenidos en las políticas de salud, que se derivan primordialmente. Todos estos niveles deben atenderse individualmente en su área de aplicación, de tal forma que se complementen entre sí para contribuir a la mayor eficacia del sistema. Areas que deben cristalizar su funcionalidad, en las características siguientes:

- Dependencia entre niveles.
- Interdependencia entre elementos y niveles.

- Regionalización de servicios.

- Prestación de servicios según niveles de atención.

- Ubicación y alcance de las diferentes funciones.

- Relación intersectorial.

- Financiamiento y sus fuentes.

- Participación de la comunidad.

4/ una área de penetración distribuida de la siguiente manera:

Los fundamentos que se obtengan en esta área organizada, permiten dar un juego armónico de los medios utili-

#### SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO

---

4/ MINISTERIO DE SALUD. Manual Normativo para la Programación de Actividades del Sistema de Salud. Bogotá, 23 de Julio de 1977. Pág. 70.

zados para la obtención de los fines y propósitos contenidos en las políticas de salud, que se derivan primordialmente de algunos criterios en la teoría que explica el comportamiento de los sistemas.

1.1.3. Regional Norte.

Vemos en la ilustración N° 1, la manera organizativa y directiva del sistema nacional de salud, sus relaciones de dependencia, asegurando en los diferentes niveles el cumplimiento armónico de las políticas y el desarrollo de los planes y programas adoptados.

Concedores como ya de que la labor principal de las Ahora bien, nuestra seccional como integrante del sistema nacional de salud, muestra interdependencia y vinculación en todos y cada uno de los establecimientos de la salud que prestan servicio a la comunidad nariense y que cuenta con seis (6) regionales y una área de penetración distribuidas de la siguiente manera:

1.1.3 COMPONENTES DEL SERVICIO

SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO. IANES. 1978. Pág. 3.

1.3.1 Regionales 5/ el Departamento y Municipio, ante el tipo de organización especialmente caracterizada por la zona:

- a. Regional Central I.
- b. Regional Central II.
- c. Regional Norte.
- d. Regional Sur.

e. Regional Centro Occidental.

f. Regional Occidental.

g. Área de Penetración.

Conocedores somos ya de que la labor principal de las seccionales de salud, son las de coordinar, organizar y ejecutar programas, previa recepción informativa de sus regionales, entonces, las proyecciones de salud que a nivel de seccional se establecen, no son más que el fruto de previos conocimientos de unas necesidades cada vez más agudas que son el reflejo de las gentes necesitadas de atención. Miremos un poco más detenidamente el radio de cobertura, la eficacia y funcionalidad de la calidad mejorada a la actual.

---

5/ SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO. Informe Estadístico, 1978. Pasto. Pág. 3.

las regionales en nuestro Departamento y Municipio, ante el tipo de organización especialmente caracterizada por la zonificación y descentralización con un alto grado de delegación de funciones, facilidades de los recursos para la formación y actualización del recurso humano necesario para el sistema, a cual se determinan las actividades de salud que se realizan en cada población.

En estos términos, la regionalización es el mecanismo administrativo indicado que mejora la calidad de la atención de salud en bondad de oportunidad, de efectividad, de cobertura a través de la racionalización en el uso de los recursos, estableciendo niveles de atención, una organización descentralizada de soporte y un componente educativo en función de las necesidades de los servicios. Es por eso que la regionalización constituye la base fundamental de la organización de salud en nuestro medio; es la más indicada en llevar a cabo un análisis del servicio en atención a la salud en forma periódica, para comparar y proyectar mediante sus programas, un servicio y una calidad mejorada a la actual.

Las actividades que aquí se desarrollan, se deben condicionar a las necesidades de salud de la población, en

cuanto a la demanda efectiva de servicios y a la disponibilidad local de los recursos. A toda población se le asigna establecimientos de salud más o menos complejos de acuerdo con los factores anteriores. Esta asignación de servicios es lo que constituye los niveles de atención médica, mediante la cual se determinan las actividades de salud que se realizan en cada población.

d. Un sistema unificado de suministros, mantenimiento y lleva esto a pensar, que cada servicio seccional de salud deberá establecer una concomitancia con los tipos de regionalización, actuando como complemento y apoyo a la prestación de los servicios, además de la hecha a través de la

### 1.3.2 El elemento administrativo y sus características.

áreas que lo requieran, aun para aquellas en las que los servicios seccionales de salud no tengan personal capacitado.

a. Integración de Instituciones, referente a:

- Presupuesto.

- Información.

- Planes y Programas.

- Manejo de Personal.

6/ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Manual de Normas Generales. Bogotá. Talleres Minsalud, 1976. Pág. 15.

b. Una zonificación por áreas homogéneas y fáciles de administrar y cubrir, que garantiza un servicio de alta calidad.

c. Una verdadera descentralización administrativa, con su correspondiente delegación de funciones y de autoridad. En el sector de la salud, se preocuparán por mantener una educación continuada donde se permita al recurso humano

d. Un sistema unificado de suministros, mantenimiento y control, acorde con los avances científicos y tecnológicos y profundizar en aquellas áreas que sean de mayor interés. Igualmente se establecen otras formas de evaluación de los servicios además de la hecha a través de la supervisión y, mecanismos que dan asesorías en todas las áreas que lo requieran, aun para aquellas en las que los servicios seccionales de salud no tengan personal capacitado.

Podemos ver, entonces, que el sistema de salud debe contemplar como el sector de la salud está en coordinación directa con el sector educativo, que es otro de los pilares fundamentales para alcanzar el desarrollo del país, es indispensable que estos sectores desarrollen y garanticen la formación del tipo de personal requerido suficientemente para trabajar en los diferentes niveles. Esto determi

na la necesidad de mantener un nivel permanente de competencia de recursos humanos que garantice un servicio de alta calidad.

#### 1.4. DISTRIBUCIÓN Y UBICACIÓN DE LOS

Por lo tanto, las instituciones encargadas de dar asistencia de la salud, se preocuparán por mantener una educación continuada donde se permita al recurso humano adecuarse a las situaciones específicas de trabajo, actualizarse de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos y profundizar en aquellas áreas que sean de mayor interés para la prestación de los servicios. Además el sector salud estará cobijado por un verdadero respaldo institucional dentro de las asignaciones presupuestales, y podrá brindar a la comunidad satisfacción a su demanda. Regional Central 1.

Podemos ver, entonces, que el sistema de salud debe contemplar más de cerca una serie de circunstancias o condiciones, bajo las cuales debe operar la delegación de funciones, delimitación de tareas, regionalización de servicios, considerando el marco de referencia de pacientes, con un diseño enmarcado, con un mecanismo de control, para impedir por una parte la automedicación y por otra

el ejercicio privado de las funciones delegadas en cuanto a atención médica se refiere.

- El Tablón.

- 1.4. DISTRIBUCION Y UBICACION DE LOS

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL

DEPARTAMENTO DE NARIÑO.

Como anteriormente se manifestó, la Seccional del Departamento se encuentra dividida en seis (6) regionales y una área de penetración, comprendiendo el total de sus municipios con un número de establecimientos de diferente nivel. Por lo tanto, describimos cada una de estas regionales a la vez que las ubicamos en la ilustración N° 2.

#### 1.4.1 Regional Central 1.

Sedes: Hospital Departamental (Pasto).

a. Cobertura (Municipios): Aldana.

Centro de Salud El Calvario.

- Pasto. Centro de Salud La Rosa.

- Funes. Centro de Salud Santa Bárbara.

- Tangua.

- Buesaco.

- Consacá.

- El Tablón.

- Yacuanquer.

En Buesaco:

b. Establecimientos existentes.

Centro de Salud de Buesaco.

- Hospitales:

- Puestos de Salud.

En Pasto:

En Tangua:

Hospital Departamental.

Hospital Infantil.

- Centros de Salud.

En Pasto: Salud de Pasto

Centro de Salud Lorenzo de Aldana.

Centro de Salud El Calvario.

Centro de Salud La Rosa.

Centro de Salud Santa Bárbara.

El C. S. Santa Bárbara, cuenta con capacidad hasta de 40 camas de hospitalización de uso general.

En Consacá:

Puesto de Salud del Fedano.

Centro Hospital Consacá (C.H.).\*

En Catambuco (Corregimiento):

En Buesaco:

Puesto de Salud de Catambuco.

Centro de Salud de Buesaco.

En Yacuanquer:

- Puestos de Salud.

Puesto de Salud de Yacuanquer.

En Tangua:

En el Rosal del Monte:

Puesto de Salud de Tangua.

Puesto de Salud del Rosal del Monte.

En Funes:

En el Tablón:

Puesto de Salud de Funes.

Puesto de Salud del Tablón.

En el Encano (Corregimiento):

Como observamos esta Regional Central cuenta con

establecimientos para la salud así:

---

\* C.H. Se llama Centro Hospital, porque tiene capacidad hasta de 10 camas de hospitalización no muy grave.

Puesto de Centro Hospital: 1  
 Puesto de Salud del Encano. 1  
 Total de Centro de Salud: 5  
 Total de Puestos de Salud: 7  
 En Catambuco (Corregimiento):

La cobertura alcanzada por el Servicio de Salud en Puesto de Salud de Catambuco. esta regional es del 20.7% 2/, equivalente a 33.043 habitantes de las 159.626 personas 2/ que viven en este territorio.  
 En Yacuanquer:

Puesto de Salud de Yacuanquer.  
 La regional I es la mejor capacitada técnica y científicamente, más su atención no abarca suficientemente la demanda poblacional.  
 En el Rosal del Monte:

Puesto de Salud del Rosal del Monte.

#### 1.4.2 Regional Central II

En el Tablón:

Sede: Hospital San Pedro (Pasto)

Puesto de Salud del Tablón.

a. Cobertura (Municipios)

Como observamos esta Regional Central I cuenta con establecimientos para la salud asf: ad de Nariño. Anuario Estadístico. Año 1979- Sección de Información. Junio 1980. Pasto.

Total de Hospitales: 2  
Anuario Estadístico 1979 - 1980. Bogotá.

Total de Centro Hospital:	1
Total de Centro de Salud:	5
Total de Puestos de Salud:	7

- Linares.

La cobertura alcanzada por el Servicio de Salud en esta regional es del 20.7% 7/, equivalente a 33.043 habitantes, de las 159.626 personas 8/ que viven en este territorio. Establecimientos existentes.

La regional I es la mejor capacitada técnica y científicamente, más su atención no abarca suficientemente la demanda poblacional.

#### 1.4.2 Regional Central II

Sede: Hospital San Pedro (Pasto)

a. Cobertura (Municipios)

---

7/ Servicio Seccional de Salud de Nariño. Anuario Estadístico. Año 1979- Sección de Información. Junio 1980 Pasto.

8/ DANE. Anuario Estadístico 1979 -1980. Bogotá.

Centro de Salud de Linares.

- Pasto.

- Sandoná.

En el Tambo:

- Ancuya.

- Linares.

Centro de Salud del Tawao C. R.

- El Tambo.

- La Florida.

- Puestos de Salud:

b. Establecimientos existentes.

En Pasto:

- Hospitales:

Puesto de Salud de San Vicente.

En Pasto:

En La Florida:

Hospital San Pedro.

Puesto de Salud de la Florida.

- Centros de Salud.

En Ancuya:

En Pasto:

Puesto de Salud de Ancuya.

Ninguno.

En Mariño:

En Linares:

Puesto de Salud de Mariño.

Centro de Salud de Linares.)

En el Tambo: salud de Chachagüí.

Centro de Salud del Tambo C.H.

→ Puestos de Salud: Tabliza.

En Pasto:

Puesto de Salud de San Vicente.

En La Florida:

Puesto de Salud de la Florida.

En Ancuya: sco:

Puesto de Salud de Ancuya. sciseob.

En Nariño: gional Central. H. de Nariño. 2003.

Puesto de Salud de Nariño. 2003.

En Chachagüf (Corregimiento) 1  
 Total Centro Salud: 1  
 Puesto de Salud de Chachagüf. 0

En Tabiles: de salud cubre el 9.7% de la población igual a 17.631 personas. Aunque su extensión territorial es pequeña con relación a las demás no satisface convenientemente de manera espacial a la Zona rural. En esta Regionalmente viven 181.765 habitantes. 10/

1.4.3 Puesto de Salud del Peñol.

El Ingenio: Hospital Eduardo Santos. (La Unión)

Puesto de Salud del Ingenio.

San Francisco:

- San Lorenzo.

Puesto de Salud de San Francisco.

Totales Regional Central II Salud de Nación. Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Págs. 11 y 12.

Total Hospitales: Anuario Estadístico, 1979-1980. Bogotá.

Total Centro Hospital:	1
Total Centro Salud:	1
Total Puesto Salud:	9

- Tambo.

En atención de salud cubre el 9.7% de la población igual a 17.631 personas. 9/ Aunque su extensión territorial es pequeña con relación a las demás no satisface convenientemente de manera espacial a la Zona rural. En esta Regional aproximadamente viven 181.765 habitantes. 10/

- Hospitales:

#### 1.4.3 Regional Norte

En La Unión:

Sede: Hospital Eduardo Santos. (La Unión)

Hospital Eduardo Santos.

a. Cobertura (Municipios)

En La Cruz:

- La Unión.

- San Lorenzo.

- San Pablo.

En San Pablo:

9/ Servicio Seccional de Salud de Nariño. Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Pasto. El Buen Samaritano.

10/ DANE. Anuario Estadístico, 1979-1980. Bogotá.

- Berruecos. Salud.
- Colón-Génova.
- La Cruz.
- Taminango.
- San José de Albán.
- Belén.

En Berruecos:

b. Establecimientos existentes.

Centro de Salud de Berruecos.

- Hospitales:

En Taminango.

En La Unión:

Centro de Salud de Taminango.

Hospital Eduardo Santos.

- Puestos de salud.

En La Cruz.

En Gredós:

Hospital San Carlos.

Puesto de Salud de Gredós.

En San Pablo:

En San Bernabé:

Hospital El Buen Samaritano.

Puesto de Salud de San Bernabé.

- Centros de Salud. regimiento:

En San José: ud del Carmen.

Centro de Salud de San José (C.H.)

En Berruecos: ud de San Lorenzo.

Centro de Salud de Berruecos.

En Taminango: ud de San Gerardo.

Centro de Salud de Taminango.

- Puestos de Salud. Santa Rosa.

En Granada: ud Corregimiento:

Puesto de Salud de Granada.

En San Bernardo: ud regimiento:

Puesto de Salud de San Bernardo.

En El Carmen: Corregimiento:

Puesto de Salud del Carmen.

En San Lorenzo:

Puesto de Salud de San Lorenzo.

En San Gerardo:

Puesto de Salud de San Gerardo.

En Santa Rosa:

Puesto de Salud de Santa Rosa.

En Tajumbina: Corregimiento:

Puesto de Salud de Tajumbina.

En Cartago: Corregimiento:

Puesto de Salud de Cartago.

#### 1.2.4 En Belén: Sur

Puesto de Salud de Belén: te. (1ptales)

Totales Regional Norte: (1000)

Total Hospitales:	3
Total Centro Hospital:	1
Total Centro de Salud:	2
Total Puesto de Salud:	9

e. Cumbal.

La demanda de atención por la población de su jurisdicción, es suplida por el servicio de Salud en un 16.8% aproximadamente 28.703 habitantes. 11/ Esta regional no es muy extensa. La realización de planes y programas referentes a las personas y medio ambiente, queda muy reducida debido a la falta de recursos humanos, físicos y económicos. Aquí se asienta una población de 123.045 habitantes. 12/

---

11/ Servicio Seccional de Salud de Nariño. Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Pasto.

12/ DANE, Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

1.4.4 Regional Sur

Sede: Hospital San Vicente. (Ipiales)

a. Cobertura (Municipios)

- Ipiales.
- Pupiales.
- Contadero. Salud de Córdoba.
- Guachucal.
- Cumbal.
- Gualmatán.
- Córdoba. Salud de Pupiales (C.R.)
- Aldana.
- Potosí.
- Puerres.
- Illes. de Salud de Carlosama.
- Guaspud.
- Carlosama. Salud.

b. Establecimientos existentes.

- Hospitales Salud del Contadero.

En Ipiales:

Hospital San Vicente.

Centros de Salud.

En Córdoba: Salud de Aidana.

Centro de Salud de Córdoba.

En Pupiales: Salud de Buenras.

Centro de Salud de Pupiales (C.H.)

En Carlosama: Salud de Cusimacán.

Centro de Salud de Carlosama.

→ Puestos de Salud. Cumbal.

En el Contadero:

Puesto de Salud del Contadero.

En Potosí:cal:

Puesto de Salud de Potosí.

En Aldana:es:

Puesto de Salud de Aldana.

En Puerres:ca:

Puesto de Salud de Puerres.

En Gualmatán:

Puesto de Salud de Gualmatán.

En Cumbal:

Puesto de Salud de Cumbal.

En Panamá: gional Ser:

Puesto de Salud de Panamá.

En Guachucal: Hospitales:	1
Total Centro salud:	13
Puesto de Salud de Guachucal.	12

En Mallamués: alcanzada por el Servicio de Salud es de 16.8% <sup>13/</sup> correspondiente a 20.425 habitantes, de los 1 Puesto de Salud de Mallamués. en esta regional. Es una Zona bastante poblada por lo tanto requiere una mayor atención. En la Victoria: bierno seccional como nacional.

#### 1.4.5 Puesto de Salud de la Victoria.

En Las Lajas: al San José. (Táquerres)

Puesto de Salud de Las Lajas.

En Iles: rec.

Sanatomayor.

Puesto de Salud de Iles.

13/ Servicio Seccional de Salud de Marino. Anuario Regional Sur: Sección de Información. Junio 1970. Pasto.

14/ DANE, Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

Total Hospitales: 1

Total Centro Hospitales:	1
Total Centro Salud:	13
Total Puesto Salud:	12

- Ospina.

La cobertura alcanzada por el Servicio de Salud es de 16.8% <sup>13/</sup> correspondiente a 20.425 habitantes, de los 170.855 <sup>14/</sup> personas que viven en esta regional. Es una Zona bastante poblada por lo tanto requiere una mayor atención tanto del gobierno seccional como nacional.

b. Establecimientos existentes.

#### 1.4.5 Regional Centro Occidente

- Hospitales.

Sede: Hospital San José. (Túquerres)

En Túquerres:

a. Cobertura (Municipios)

Hospital San José.

- Túquerres.

- Sotomayor.

---

Hospital Lorenzita Villegas de Santos.  
<sup>13/</sup> Servicio Seccional de Salud de Nariño. Anuario Estadístico, año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Pasto.

- Centros de Salud.

<sup>14/</sup> DANE, Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

- Santa Cruz.
- Guaitarilla.
- Samaniego. Salud de Ricaurte (C.H.)
- Ospina.
- Sapuyes. Salud
- Imués.
- Ricaurte. Salud de Guaitarilla.
- Piedrancha.

En Ospina:

b. Establecimientos existentes.

Centro de Salud de Ospina.

- Hospitales.

- Puestos de Salud.

En Túquerres:

En Imués:

Hospital San José.

Puesto de Salud de Imués.

En Samaniego:

En Sapuyes:

Hospital Lorencita Villegas de Santos.

Puesto de Salud de Sapuyes.

- Centros de Salud.

En el Depto:

En Ricaurte: Salud del Espino.

Centro de Salud de Ricaurte (C.H.)

En Guaitarilla: de Santander.

Centro de Salud de Guaitarilla.

En Ospina: Salud de Santa Cruz.

Centro de Salud de Ospina.

-Puestos de Salud. Provincia.

En Imués:

Puesto de Salud de Imués.

En Sapuyes:

Puesto de Salud de Sapuyes.

En el Espino:

Puesto de Salud del Espino, or.

En Santander: **al Centro Occidente:**

Puesto de Salud de Santander. 2

Total Centro Hospital. 1

En Santa Cruz: **alud:** 3

Total Puesto Salvo: 9

Puesto de Salud de Santa Cruz.

La cobertura alcanzada por el Servicio de Salud es del 17% En Provincias: **ecir**, 22.852 habitantes. La extensión de población es de 133.636 habitantes. La región rural se encuentra **Puesto de Salud de Provincias** de vías de penetración, además que su territorio es bastante extenso y de **En Bolívar:**

#### 1.4.6 Puesto de Salud de Bolívar.

En Piedrancha: **San Andrés. (Tolosa)**

Puesto de Salud de Piedrancha.

15/ Servicio Seccional de Salud de Nariño. **Año-**  
 cilo Estadístico, año 1978. Sección de Información. **Tania**  
 1980. **Pasto.**

En Sotomayor:

Puesto de Salud de Sotomayor.

Totales Regional Centro Occidente:

- Barbacona.

Total Hospitales:	2
Total Centro Hospital:	1
Total Centro Salud:	3
Total Puesto Salud:	9

- Bocas de Satinga.

La cobertura alcanzada por el Servicio de Salud es del 17.1% 15/ es decir, 22.852 habitantes. La extensión de población es de 133.636 habitantes. La región rural se encuentra descuidada por la escasez de vías de penetración, además que su territorio es bastante extenso y de relieve inhóspito.

#### 1.4.6 Regional de Occidente

Sede: Hospital San Andrés. (Tumaco)

---

En Barbacona:  
15/ Servicio Seccional de Salud de Nariffo. Anuario Estadístico, año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Pasto.  
 Hospital San Antago.

a. Cobertura (Municipios)

- Tumaco.
- Barbacoas.
- El Charco.
- Payán.
- Maguí.
- Mosquera.
- Bocas de Satinga.
- Salahonda.
- Iscuandé.

b. Establecimientos existentes.

- Hospitales.

En Tumaco:

Hospital San Andrés.

En Barbacoas:

Hospital San Antonio.

En El Charco: d de Bocas de Satinga.

Hospital Uribe Uribe.

- Centros de Salud: San Juan.

Ninguno, grande.

- Puestos de Salud: Boezgrande.

En Pradomar:

Puesto de Salud de Pradomar.

En Salahonda:

Puesto de Salud de Salahonda.

En Candelilla: .

Puesto de Salud de Candelilla. .

En Bocas de Satinga:

Puesto de Salud de Bocas de Satinga.

En San Juan:

Puesto de Salud de San Juan.

En Bocagrande:

Puesto de Salud de Bocagrande.

En Iscuandé:

Puesto de Salud de Iscuandé.

En Chilví:

Puesto de Salud de Chilví.

En la Guayacana:

Puesto de Salud de la Guayacana.

En Maguf:

**Puesto de Salud de Maguá.**

**En Llorente:** ional de Occidente.

**Puesto de Salud de Llorente.** 3

**Total Centro Salud:** 3

**En Robles:** 16

**Puesto de Salud de Robles.** es del 13% 16/ de la población que corresponden aproximadamente a 31021 habitantes. **En Telembí:** 17/ que viven en esta regional. Es la zona menos densamente poblada. Su extensión territorial no por **Puesto de Salud de Telembí.** a la morbilidad varizales ya por lo malsano de sus climas como por la escasez de vías de comunicación.

**1.4.7 Puesto de Salud de Teherán.**

**Manejo:** Servicio Seccional de Salud. (Marilón)

**En Nerete:**

**Puesto de Salud de Nerete.** Salud de Marilón. Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información, junio 1980-  
Pasto.

**En Iberia:** Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

Puesto de Salud de Iberia).

Totales Regional de Occidente.

- El Rosario.

Total Hospitales: 3

Total Centro Salud: 0

Total Puesto Salud: extracción está bajo 16/ control, vi-

gilancia y asistencia del Servicio de Salud de Nariño o de su Sec. La cobertura de servicios es del 15% 16/ de la población que corresponden aproximadamente a 31921 habitantes, de los 212.812 17/ que viven en esta regional. Es la zona menos densamente poblada. Su extensión territorial no permite una verdadera atención a la morbilidad variadísima ya por lo malsano de sus climas como por la escasez casi absoluta de vías de comunicación.

#### 1.4.7 Area de Penetración

y de este recorrido físico y administrativo, la atención a

Manejo: Servicio Seccional de Salud. (Nariño)

16/ Servicio Seccional de Salud de Nariño, Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información, junio 1980-Pasto.

17/ DANE, Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

a. Cobertura (Municipios)

- Cumbitara.
- El Rosario.
- Policarpa.

b. Esta área de penetración está bajo el control, vigilancia y asistencia del Servicio de Salud de Nariño o de su Seccional y su cobertura es de 2.6% 18/ de la población, equivalentes a los 1070 habitantes. Las personas que habitan esta región ascienden a 41.126. 19/

Veamos enseguida la ubicación geográfica de los Recursos institucionales y las regionales del Departamento, en la Ilustración N° 2.

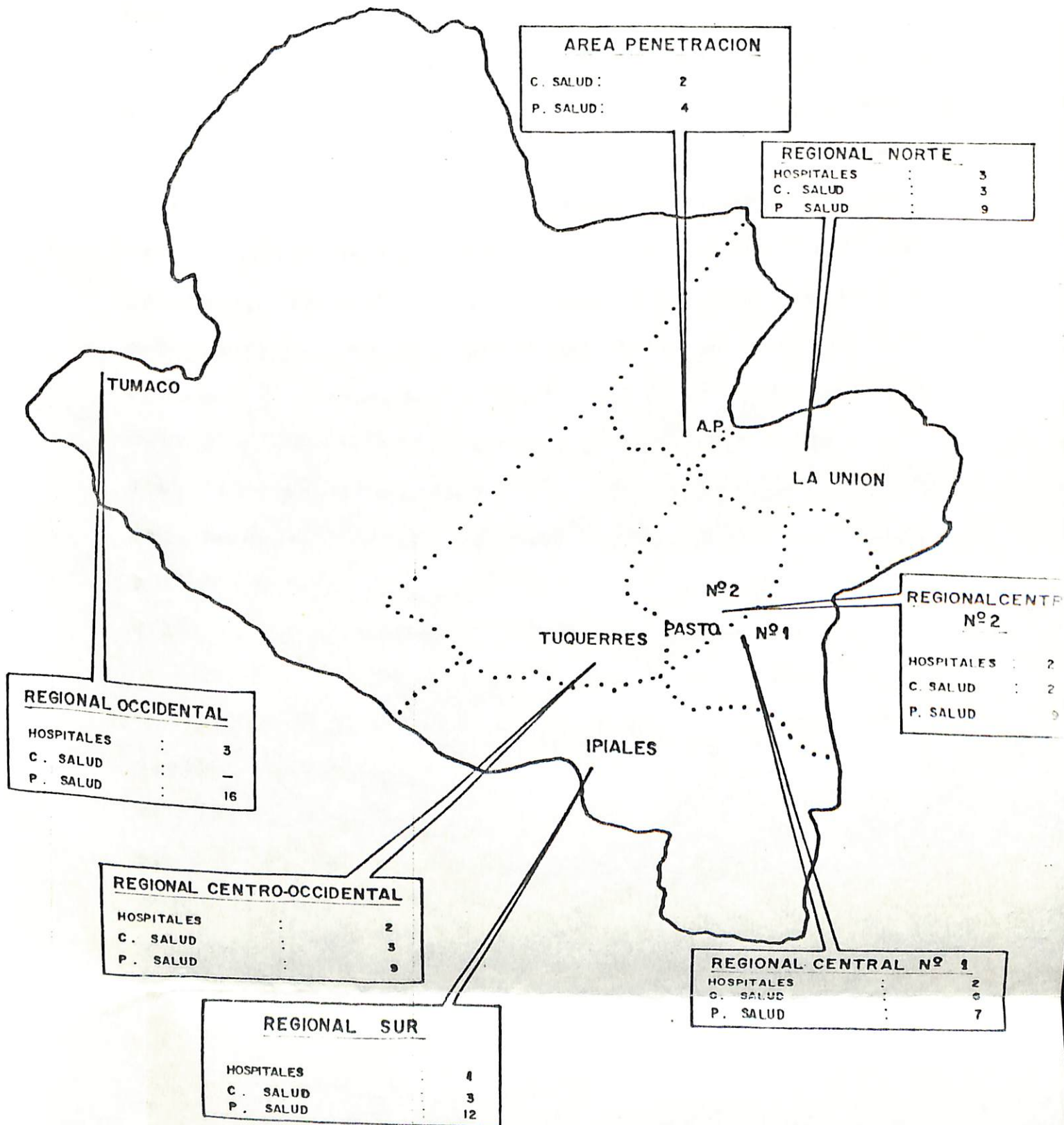
Como podemos observar a través de esta descripción y de este recorrido físico y administrativo, la atención a

---

18/ Servicio Seccional de Salud de Nariño, Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información, junio 1980 Pasto.

19/ DANE, Anuario Estadístico 1979-1980. Bogotá.

DEPARTAMENTO DE NARIÑO  
 RECURSOS INSTITUCIONALES



FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO 1.979 DEL S.S. NARIÑO.  
 ILUSTRACION N° 2 : DISTRIBUCION DE LAS REGIONALES  
 Y AREA DE PENETRACION.

la salud, tiene una cobertura promedio de 14.07%, 20/ correspondiente a 143.918 que no es proporcional a las necesidades de las gentes; fácil es observar que se presenta bastante disparidad con relación a la existencia de verdaderos centros de salud, y los que hasta el momento se encuentran. La gran cantidad de Puestos de Salud no van a cubrir una verdadera atención a la asistencia médica social, pues sus recursos son muy restringidas, y las enfermedades ocurren sin tener en cuenta ninguna de estas consideraciones. Podemos considerar que aún se encuentran vacíos fundamentales para conseguir un bienestar, como un resultado del proceso de desarrollo en el cual las acciones de tipo económico, social, tecnológico, político se orienten hacia el mejoramiento del nivel de vida, el estado social y la felicidad de una salud.

Ahora bien, detengámonos en la Zona Costera Occidental y veamos que abarca un gran porcentaje físico en el Departamento de Nariño. En donde razones como: La escasez de vías de comunicación, de obras de infraestructura

20/ Servicio Seccional de Salud de Nariño, Anuario Estadístico año 1979. Sección de Información. Junio 1980. Pasto.

tura, de desarrollo de las poblaciones, acrecientan fatales circunstancias para la asistencia de salud a las gentes que sufren esta cadena de males, y que agudizan cada vez más el desarrollo socio-económico de la población.

Algunos teóricos dicen que el desarrollo socio-económico lleva a unos mejores niveles de salud, mientras que los médicos opinan que sin un buen cuidado médico, el desarrollo nacional no es factible; sin embargo, hasta este momento ambas posiciones son sustentables desde el punto de vista del desarrollo; la coyuntura, la planificación son verdaderos elementos constitutivos de una eficiente organización en el campo de salud, y en cualquier sector componente de la economía nacional.

Mientras no exista una verdadera coordinación y funcionalidad de los medios componentes para la atención de la salud, mientras no exista una participación de la comunidad un estudio analítico planificado no se podrá alcanzar la cristalización de los programas existentes ni mucho menos la proyección de nuevos proyectos. El nivel de Salud es un componente importante del bienestar. Sin embargo, no es el resultado de las acciones hechas

inicialmente, sino que incluye otras acciones importantes de los demás sectores económicos.

Además la salud o la mala salud son también un resultado de la interrelación del hombre con su ambiente y en este caso estas interrelaciones suponen un juego dinámico de la genética del hombre, y de su potencial de adaptación con los mecanismos ambientales.

El recurso humano es el centro dinamizador de todos los mecanismos de salud, el cual a través de su organización y organización desarrollada es capaz de determinar los verdaderos establecimientos funcionales para la atención a la salud y se verá abocado a presionar por la asignación de un presupuesto más alto para atender la demanda de su nueva población. No sería favorable que esto llegue sin que se haya desarrollado previamente un estudio analítico y planificado, en consecución de obtener lo necesario para afrontar esta nueva etapa.

#### 2.1.1 La prestación directa de servicios

Comprende todos los recursos profesionales, técnicos y auxiliares que tienen a su cargo las actividades

## CAPITULO 2

aplicativas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

### 2. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA Y SOCIO-ECONOMICA

#### DE LA SALUD

#### 2.1.2 La docencia e investigación

##### 2.1 CARACTERISTICAS

Comprende todos los recursos profesionales técnicos y auxiliares que, tienen a su cargo las actividades

El recurso humano es el centro dinámico de todos los mecanismos de salud, el cual mediante propia administración y organización desarrollan un conjunto de actividades encaminadas a determinar la calidad y cantidad humanas necesarias.

#### 2.1.3 Para la Administración y servicios generales

Para que el sistema pueda garantizar la prestación de servicios eficientes, igualitarios y oportunos, de buena calificación científica, de acuerdo a los recursos disponibles, a los niveles de atención médica, al perfil funcional de las agencias e instituciones. En tal razón los recursos humanos se pueden catalogar en tres grandes grupos de necesidades.

#### 2.1.1 La prestación directa de servicios

Comprende todos los recursos profesionales, técnicos y auxiliares que tienen a su cargo las actividades aplicativas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

2.1.2 La docencia e investigación en lo concerniente a protección, prevención, tratamiento, control, saneamiento y Comprende todos los recursos profesionales técnicos y auxiliares que, tienen a su cargo las actividades tales como: la investigación básica, operativa, aplicada y con preferencia la preparación del futuro técnico o auxiliar de la salud.

## 2.2 ESTRUCTURA DE NIVELES

### 2.1.3 Para la Administración y servicios generales

La organización se estructura en base a áreas y niveles; las que representan la división del trabajo total en partes homogéneas y consiguientemente por especialidad, pues esta división da origen a la necesidad de coordinación para garantizar la unidad de la actividad. De las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de las actividades de fomento, protección, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación, así como los servicios generales correspondientes.

Lo anterior demuestra que debe existir en primer

lugar un criterio de medida para estudio, solución y realización en problemas de todos los elementos establecidos para corresponder a su diseño y a sus limitaciones de un sistema ordenado, cuya articulación racional de categorización e integración tienen como fin dar adecuada cobertura de atención médica a la población en lo concerniente a protección, prevención, tratamiento, control, saneamiento y de allí en segundo término de medida se verifique la evaluación y recomendación del objetivo universal de combatir la morbilidad y evitar la mortalidad, según lo proyectado a atender.

## 2.2 ESTRUCTURA DE NIVELES

La organización se estructura en base a áreas y niveles; las que representan la división del trabajo total en partes homogéneas y consiguientemente por especialidad, pues esta división da origen a la necesidad de coordinación para garantizar la unidad de la actividad. De aquí surgen los niveles los cuales resuelven la jerarquía de autoridad, para efectos de gobierno racional de integración.

La organización de funciones varía en áreas que se

agrupan para prestar mejor su servicio en salud bajo las denominaciones siguientes:

### ESTRUCTURA DE NIVELES

#### De atención a las personas

Nivel De atención al medio	Contenido de Autoridad
----------------------------	------------------------

~~Del servicio interno como la infraestructura, que sustenta a las del servicio externo.~~

El Servicio Nacional de Salud presenta acciones sobre los individuos y sobre algunos factores del ambiente que modifican la situación ecológica y tienen así un efecto en la salud de la población, pero además supone el mantenimiento o perfeccionamiento del sistema mismo, para lo cual debe realizar acciones destinadas a ampliar y mejorar su infraestructura, principio válido para racionalizar el ejercicio de autoridad logrando una identificación básica, de la cual damos referencia a continuación, en el Cuadro de ilustración N° 1.

Estas especificaciones de los contenidos de los diferentes niveles y organizacionales se sintetizan en una tipificación de actuación y responsabilidad: Dirección, sistematización, programación, ejecución; mediante dos meca-

CUADRO DE ILUSTRACION N° 1  
ESTRUCTURA DE NIVELES

Nivel	Sistema Nacional de Salud	Contenido de Autoridad
1	Ministerio de Salud	Dirección
2	Servicios Seccionales de Salud	Sistematización
3	Unidades Regionales de Salud	Programación
4	Unidades Operativas Locales	Ejecución

Fuente: MINSALUD, Manual de Funciones y Sistemas, Bogotá Junio, 1975.

En primer lugar cuenta con una dirección aconsejada-

nismos uno de planeación y decisión y otro de control e información, tal como se muestra en el Cuadro de Ilustración N° 2.

Como estructura general sirve la primera coordinada determinante en la actuación de los diferentes niveles que se componen nuestro Sistema Nacional de Salud. De esta forma vendría a derivarse las demás coordinadas que proporcionan las áreas de especialidad en la actuación del sistema, por naturaleza científica y técnica en cuanto a los requerimientos para la prestación de los servicios de salud. Es así como el campo de acción de estos niveles ramifica su aplicación en las unidades operativas, quienes según su jurisdicción y jerarquía respectiva llegan a la población, tal como lo indica el Cuadro de Ilustración N° 3.

Observemos en la seccional de Nariffo, como se hace la aplicación de la matriz general del sistema nacional de salud en cuanto a sus niveles, grados de mando y organización se refiere.

En primer lugar cuenta con una dirección encomenda-

CUADRO DE ILUSTRACION N° 2

DISEÑO ESTRUCTURAL DE LOS NIVELES EN LA ORGANIZACION

Nivel	Tipificación de Actuación	Mecanismos de Planeación	Mecanismos de Control
1	Dirección	Orientación integrada por formulación de políticas, teorías, objetivos y mecanismos generales.	Interpretación de la realidad global y reorientación.
2	Sistematización	Transformación promotora por diseño de planes y sistema para área de servicio.	Diagnóstico y pronósticos de problemáticas organizacionales, operativas y rediseño.
3	Programación	Organización adaptadora por distribución de actividad en funciones.	Análisis de causas de variación en sus programas, en sus resultados y ajustes.
4	Ejecución	Operación activadora de secuencias de acción, ejecución de funciones asignadas.	Detección de variaciones en la operación y la realidad afectada y reporte.
	Responsabilidad	Decisión	Información


 JUNTA SECCIONAL DE SALUD

**CUADRO DE ILUSTRACION N° 3**  
**DISEÑO DE NIVELES Y UNIDADES OPERATIVAS**

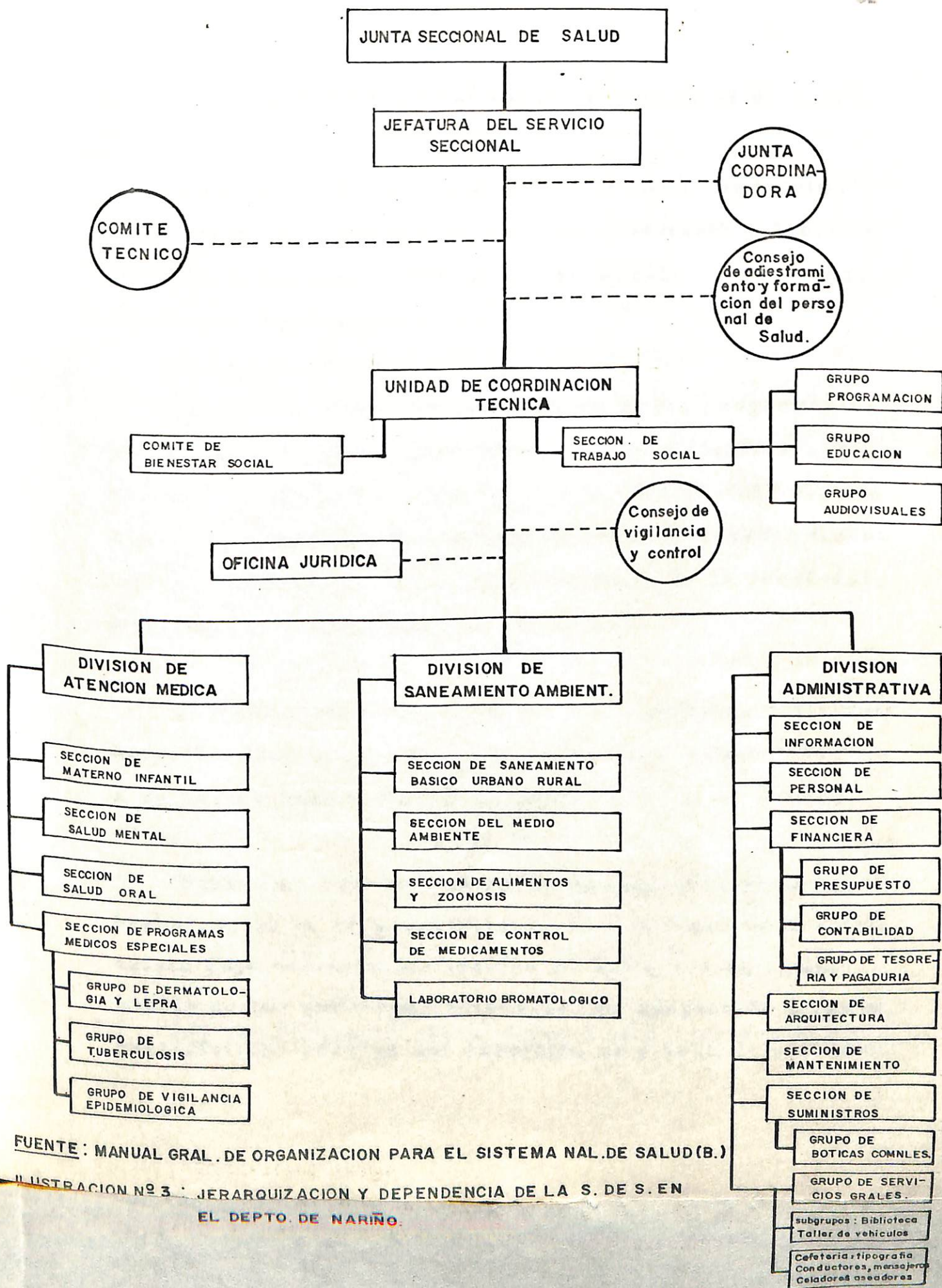
Nivel	Unidades Operativas	
1	Dirección Sistematización Programación Ejecución	Junta Seccional de Salud Jefatura del Servicio y Dirección Hospital
2	Sistematización Programación Ejecución	Coordinación Técnica Servicios y Centros de Salud
3	Programación Ejecución	Divisiones, Departamentos y Puestos de Salud
4	Ejecución	Secciones, grupos, y Unidades de Cobertura

Fuente: Seccional de Salud de Nariño. Manual de funciones y sistemas organizativos. Bogotá, Agosto 1976.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

DE NARIÑO

Estructura Orgánica



FUENTE: MANUAL GRAL. DE ORGANIZACION PARA EL SISTEMA NAL. DE SALUD (B.)

ILUSTRACION Nº 3: JERARQUIZACION Y DEPENDENCIA DE LA S. DE S. EN EL DEPTO. DE NARIÑO.

da a la Junta y Jefatura del servicio seccional de salud.

diante un diagnóstico sistematizado de las situaciones de

salud. Luego aparece la coordinación técnica como unidad

responsable del sistema en lo correspondiente a bienes-

tar y trabajo socio-jurídico (programación y educación,

vigilancia y control).

Todo esta sistematización de programas para el diag-

nóstico. La coordinación técnica para su mejor programación

y ejecución se ramifica en tres grandes divisiones según

modelos establecidos para: servicio asistencial, diagnós-

tico e investigación de infraestructura, finalmente finan-

ciación, presupuestación, mantenimiento de la seccional,

distribución y utilización de recursos.

Los programas de las diferentes unidades regionales

Las divisiones responden en los siguientes criterios:

Atención médica; saneamiento ambiental; administración.

A su vez se subdividen en secciones y éstas en grupos.

dencia (estructura orgánica) de la Seccional Maricao. (Véase

se Cuadro de la Estructura de la Seccional Maricao)

Dentro de cada uno de estos componentes de mando y

organización la responsabilidad, la cobertura de servicio,

existe bajo una sola unificación de criterios en cumpli-

miento de las políticas nacionales con adaptación a las ca-

racterísticas propias del servicio, al diseño de sistemas

y de los respectivos planes seccionales que se busca mediante un diagnóstico sistematizado de las situaciones de salud a nivel seccional, recepcionando información parcial de las unidades regionales por área de servicio con la asistencia técnica correspondiente.

Toda esta sistematización de programas para el diagnóstico de la situación, es lo que se refiere a: la atención directa, a la infraestructura y la ejecución de los programas propios de cada seccional se realiza mediante un trabajo integrado y supervisado con las diferentes secciones y grupos que laboran en los modelos técnicos de combinación de recursos y la prestación de servicios asesorando los programas de las diferentes unidades regionales, centros y puestos de salud.

Lo anterior se sintetiza en jerarquización y dependencia (estructura orgánica) de la Seccional Nariño. (Véase Cuadro de Ilustración N° 3)

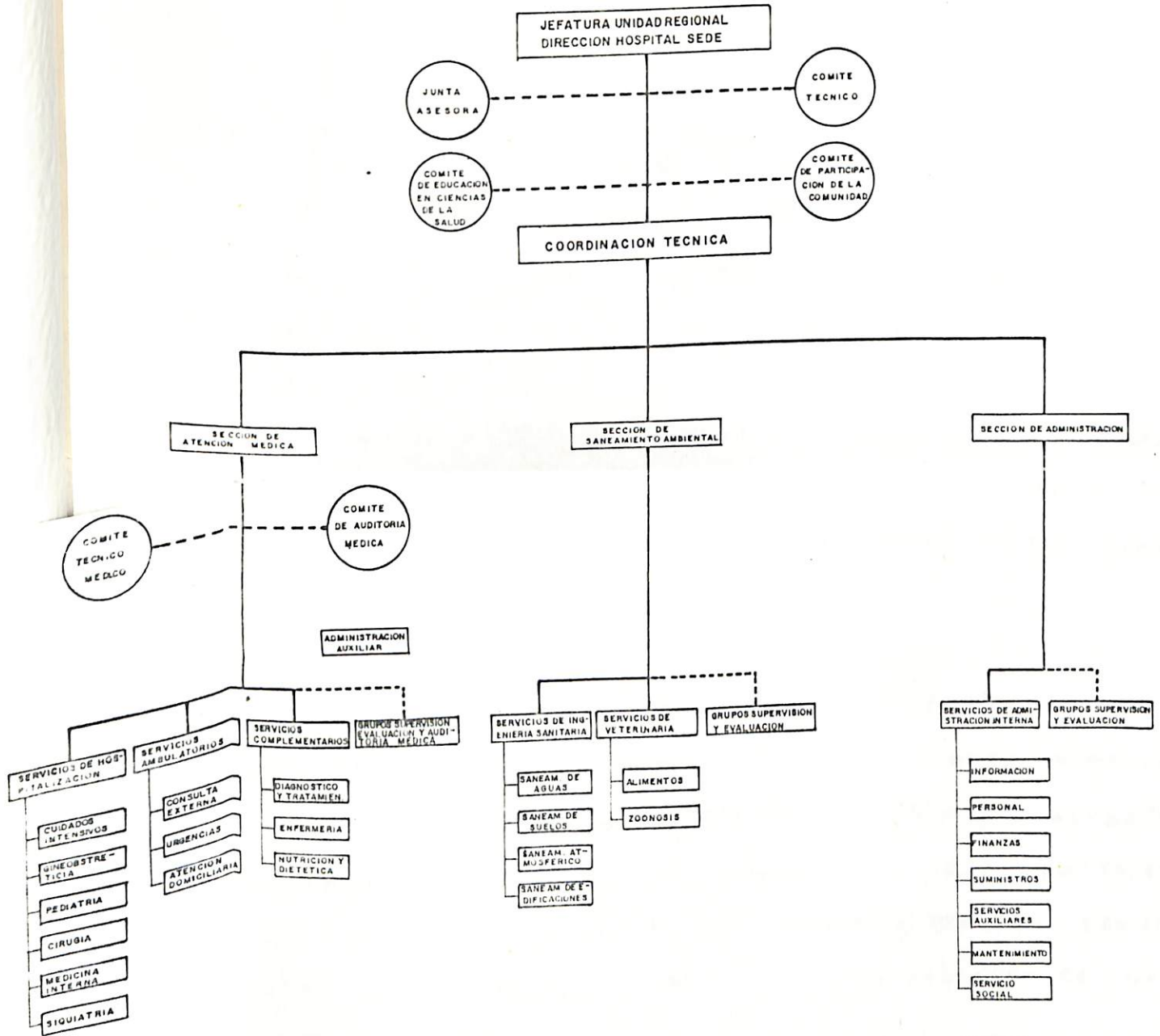
### 2.3 UNIDAD REGIONAL DE SALUD

Si estudiamos lo constitutivo a la estructura orgánica

# UNIDAD REGIONAL DE SALUD

## ESTRUCTURA ORGANICA

(DECRETOS N° 056 y 350 DE 1975)



FUENTE: MANUAL GENERAL DE ORGANIZACION PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.- BOGOTA.  
 ILUSTRACION N° 4: JERARQUIZACION Y DEPENDENCIA DE LA UNIDAD REGIONAL EN LAS SECCIONES MEDICA- SANEAMIENTO Y ADMINISTRACION.



de la unidad Regional, encontramos también un radio de acción bastante sofisticado, ya que prácticamente representa la unidad básica coordinadora de todos los establecimientos de salud existentes en el medio.

El organigrama concibe el delineamiento y obligaciones que cada parte integrante lleva en desarrollo de sus tareas. Existe una unidad: jerárquica, de tipo lineal y técnica-asesora. Su cargo es la responsabilidad de dirigir un cuerpo médico especializando que debe utilizar los recursos. Su componente administrativo forma una parte primordial para la funcionalidad del sistema, pues su personal capacitado profesionalmente, conformado por abogados, contadores, economistas, arquitectos, desempeñan funciones de responsabilidad: En la administración, programación, información y proyección en la solución de necesidades de salud. Ahora bien esta unidad regional de salud tiene una básica preocupación por el Saneamiento Ambiental, pues siendo el medio ecológico que afecta a las personas no puede descuidárselo alegremente o darle secundaria importancia, pues la atención a los animales que están en perma-

nente contacto con el hombre, la ecología de los alimentos, el control de medicamentos vienen a constituir parte importante de ese complemento en la atención básica a la comunidad.

Continuando con la unidad regional, el más importante componente viene a constituir la Sección de Atención Médica, dirigida por lo general por médicos salubristas quienes tienen a su cargo la responsabilidad de dirigir un cuerpo médico especializado que deben utilizar los recursos apropiados para las tareas encomendadas dentro de los polfticos de salud que en su mayoría tienen orientación Nacional. Por lo tanto es recomendable se aproveche al máximo a los profesionales especialistas de la medicina, al mismo tiempo se creen incentivos como estímulo propios a médicos y para-médicos, ya que estadísticas marcan una gran escasez de profesionales, en estudios de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, llevados en Colombia en los años 68-71 demostraron el déficit profesional de salud; para 10.000 habitantes se tenía un promedio de 3.4 médicos; 1.23 odontólogos; 0.69 enfermeras, 1.27 auxiliares de enfermería y una concentración desequilibrada de profesionales en las grandes zonas ur-

banas existiendo el 74.2% en las ciudades capitales con una sub-utilización de recurso un buen tiempo disponible para dedicarse a otras labores diferentes a la atención médica. 21/ la institución que realice proyectos en grupos comunitarios.

Por lo tanto se hace indispensable una redistribución de profesionales, en los lugares periféricos en la zona urbana y en las poblaciones rurales, teniendo en cuenta prioridades tales como: accesibilidad de la población, las épocas del año, las concentraciones escolares y la distancia de las residencias familiares.

En ocasiones el componente administrativo ha sido uno de los principales obstáculos, pues ha truncado muchas veces el cumplimiento de planes y operaciones efectuadas. Las dificultades de orden político-administrativo surgen a menudo por falta de: claridad, de estudio, de previo análisis llegando a interrumpir las investigaciones.

---

21/ MINSALUD COLOMBIA, Primera Reunión Nacional sobre Programas de Investigación en Planificación de Salud. Cartagena 1977.

Esta experiencia, aunque traumática debe dejar gran enseñanza en lo que se refiere a las relaciones formales que deben establecerse entre el sector gobierno y el investigador o la institución que realiza proyectos en grupos comunitarios.

Creemos por consiguiente los proyectos poblacionales deben buscar resultados favorables con mayor orientación hacia la medicina curativa, a la atención profesional, a la atención de los pacientes en los diferentes niveles de servicio, y a la programación de recursos en base a la demanda. Valorar su amplio radio de cobertura es tarea directa y presupuestal que orientará con eficiencia y dinamismo el cumplimiento de las políticas de salud y la atención que la comunidad se merece.

## 2.4 ORGANIZACION SOCIO-ECONOMICA

Al observar estadísticas en salud se nota algunos logros significativos pero, también aún subsisten situaciones extremadamente preocupantes cuya corrección exige una acción decidida del estado y de toda la comunidad.

Aunque se aprecia una disminución de mortalidad y morbilidad y un incremento sustantivo de la expectativa de vida al nacer, el mejoramiento no ha sido uniforme especialmente en la zona rural en los programas para menores de 5 años y materno-infantil. Por otra parte, las evaluaciones de los servicios seccionales de salud muestran que aún persisten bajas coberturas en atención a las personas y al medio, preferentemente en las poblaciones rurales y las marginadas urbanas.

Se estima que la población para el Departamento de Nariño para el año de 1980 esté en 1'022.869 habitantes, la población urbana representada en un 32,4% y el 67,6% para la zona rural, con una estructura poblacional representada por las siguientes grupos de edades: (Vease Cuadro de Ilustración N° 4.)

De acuerdo a la distribución regional (Distribución y ubicación de los establecimientos de Salud en el Departamento de Nariño Página y siguientes) la masa poblacional Nariñense, se halla habitando los sectores territoriales, determinados por las regionales y área de penetración, que integran la seccional, según lo dispuesto

CUADRO DE ILUSTRACION N° 4

ESTRUCTURA POBLACIONAL  
(NARIÑO)

Grupo de Edades	Población	Porcentajes
Menores de 1 año	34.776	3.40
De 1 a 4 años	134.507	13.15
De 5 a 14 años	284.562	27.82
De 15 a 44 años	409.642	40.06
De 45 a 59 años	97.191	9.49
De 60 a más años	62.191	6.08

Fuente: Anuario Estadístico - Seccional Nariño.

por el sistema nacional de salud, tal como se indica en el Cuadro de Ilustración N° 5.

El promedio de habitantes en el Departamento de Nariño por vivienda es de 6 para un total de 170.478 viviendas.

Ahora bien para atender esta población se cuenta con recursos tal como aparece en el Cuadro de Ilustración N° 6.

De esta manera el incremento de la población exige cada vez una mayor oferta del mercado de servicios; de allí prácticamente se plantea la inquietud de buscar medidas de financiamiento racionales que ayuden a fortalecer los presupuestos asignados. Además es importante que se dé legal cumplimiento siquiera con lo presupuestado para cada período. Porque veamos los aspectos económicos de la Salud al cierre de la vigencia fiscal de 1980, la Ejecución Presupuestal de Rentas, Ingresos, Gastos de Funcionamiento e Inversión determinó el siguiente balance:

CUADRO DE ILUSTRACION N° 5  
DISTRIBUCION POBLACIONAL DE NARIÑO

Regional	Municipio	Población estimada a 1980		Total (H)
		Urbana (H)	Rural (H)	
I	Pasto	76.145	83.481	159.626
II	Pasto	79.367	102.398	181.765
Norte	La Unión	23.622	99.419	123.041
Sur	Ipiales	58.723	112.132	170.855
Centro Occidente	Túquerres	35.221	98.415	133.636
Occidente	Tumaco	55.278	157.534	212.812
Area de Penetración	Cumbitara	3.807	37.319	41.126
TOTAL		532.163	690.706	1.022.869

Fuente: Anuario Estadístico- Seccional Nariño - Pasto - 1979.

Detalle CUADRO DE ILUSTRACION N° 6  
RECURSO HUMANO EN SALUD PUBLICA  
(NARIÑO)

Ejecutado  
399.568.420

Personal	Servicios	Número
Médicos	Ambulatorias	73
Médicos	Hospitalización 89,6%	55
Médicos	Administración 92,2%	32
Odontólogos	Idem 3 servicios 76,7%	35
Licenciadas y enfer- meras Gr.	Idem 3 servicios 89,66%	71
Ayudantes y Auxiliares de Enfermería	Idem 3 servicios	645
Promotoras	Atención primaria al 70%	153
Veterinarios	Atención al Medio	2
Promotores	Atención al Medio	84
Técnicas y Auxiliares		160

Fuente: Anuario Estadístico - Seccional Nariño-1979.

<u>Detalle</u>	<u>Programado</u>	<u>Ejecutado</u>
Total ingresos	445.611.081	399.568.480
Gastos de Funcionamiento	371.485.726	342.654.648
Gastos de Inversión	74.125.355	56.913.832

Esto da un grado de cumplimiento así:

Ingresos	89,6%
Funcionamiento	92,2%
Inversión	76,7%
Total Gastos	89,66%

Fuente: Balance consolidado Seccional Salud-Nariño. Con el fin de obtener la opinión de la actual situación de salud a nivel seccional y preferentemente regional. Del total del gasto ocasionado el 70% se empleó en atención a las personas. La atención a las personas debe estar encaminada a dar una mayor efectividad, con la dotación de instrumentos, recursos básicos para controlar el avance de la automedicación y fortalecer los elementos existentes que sustentan duramente la demanda de la población en gene-

Seccional de Orizaba, como por las entidades encargadas de velar por la salud de sus afiliados así las Cajas de Previsión, Seguros Sociales y otras, denotando que este servicio

Sucede entonces que la intervención del Estado es de escasa eficiencia respecto del sector salud ya que refleja la escasez de recursos económicos que inevitablemente, impone límites al ritmo al cual pueden ser resueltos múltiples problemas del país en vía de desarrollo. Otra dolencia más del sector Salud es la determinada por las políticas inapropiadas tales como la no distribución racional de los recursos, despreocupación de ampliación de cobertura en los grupos y zonas más vulnerables a la morbilidad y mortalidad.

Con el fin de obtener la opinión de la actual situación de salud a nivel seccional y preferentemente regional, se llevó a cabo una encuesta general a la comunidad. Cuyas respuestas son sus propias declaraciones que, presentan multiplicidad de casos ya por sus clases socio-económicas a que pertenecen, ya por la diversidad de profesión u oficio, ya por la variedad de patrón de empleo, ya por la heterogeneidad de grado de cultura, ya por la ideología política y previsión social. Pero en su mayoría se quejan de una mala atención de la salud, tanto por la

la calidad del medio ambiente, la disponibilidad de recursos humanos e institucionales, con el fin de ampliar la cobertura de servicios, porque de otra manera disto maléfico de ser efectiva su participación.

Seccional de Nariño, como por las entidades encargadas de velar por la salud de sus afiliados así las Cajas de Previsión, Seguros Sociales y otras, denotando que este servicio carece de eficiente atención médica, hospitalaria y de urgencia; además es público reconocimiento su desacuerdo por el costo social que se ven obligados a pagar, sea cual fuese su posición económica.

#### NACIONAL

Esto muestra claramente la situación de prestación del servicio de salud Seccional y Regional. De allí como resultado evaluativos sugieren lineamientos apropiados de política y organización socio-económica de la salud, especialmente en las condiciones sanitarias de la población, la calidad del medio ambiente, la disponibilidad de recursos humanos e institucionales, con el fin de ampliar la cobertura de servicios, porque de otra manera dista muchísimo de ser efectiva su participación.

Las cifras absolutas representan un aumento en 79 billones de pesos, así como en 9, 23 y 21 billones en los tres últimos años. Su tendencia es cada vez más ascendente con relación al año inmediatamente anterior.

Comparamos las variaciones ocurridas al Sector

### CAPITULO 3

## 3. COMPARACION DE LA ASIGNACION DE RECURSOS ECONOMICOS AL SECTOR SALUD, CON OTROS SECTORES DE LA ECONOMIA NACIONAL DENTRO DEL PRESUPUESTO NACIONAL

### 3.1 ANALISIS DE LA PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD CON EL PRESUPUESTO NACIONAL Y CON OTROS SECTORES

Las asignaciones del Presupuesto Nacional se han incrementado en el lapso de los años (1974-1979) en un 257% con variaciones de 11, 57, 17, 38 y 25% respectivamente. Las anteriores proyecciones llevadas a cifras absolutas representan un aumento en 77 billones de pesos, así como 9, 23 y 21 billones en los tres últimos años. Su tendencia es cada vez más ascendente con relación al año inmediatamente anterior.

Comparemos las variaciones ocurridas al Sector

Salud, según el cuadro de Ilustración No. 7, que tiene un aumento del orden del 177% en el recorrido total del 74 al 79, pero es claro observar que sus incrementos anuales, no han llevado un crecimiento ordenado y ascendente, sino que han presentado un decremento, como sucedió en el año de 1975 (-2,55%), y como incremento de importancia en el año de 1976 (94.23%) y de éste año en adelante incrementos poco significativos. En datos absolutos el aumento del Presupuesto del Sector Salud de 1974-1979 fue de 4.763 millones, que viene a seguir corroborando la desigualdad en la asignación presupuestal al Sector Salud

Observamos que entre el aumento del Presupuesto Nacional y el Presupuesto del Sector Salud, claramente no existe una tendencia creciente, pues su incremento no llega a cubrir la gran ramificación de obligaciones y atenciones que tiene para con la población; su tendencia es descendente y va marginando cada vez más la importancia del sector salud manifiesta en la decreciente participación porcentual en el Presupuesto Nacional. En efecto tenemos que a partir de 1978, la participación del Sector Salud en el Presupuesto Nacional ha venido disminuyendo así: 9.52%, 7.43%, 6.87% en los tres últimos años,

**VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL**  
Valores absolutos y relativos e Índice de Incremento Anual.

DETALLE	AÑO 1974		AÑO 1975		AÑO 1976		AÑO 1977		AÑO 1978		AÑO 1979		% de Incremento del 74 al 79
	Vr. Presupuesto	%	Vr. Presup.	%	Vr. Presup.	%	Presupuesto	%	Presupuesto	%	Presupuesto	%	
RAMA LEGISLATIVA	194.816,127	0.64	256.394,099	0.70	372.140,544	0.70	423.276,000	0.67	480.799,000	0.57	580.373,000	0.54	18.75
Congreso Nacional													
CONTROL FISCAL													
Controloría General de la República	206.797,839	0.68	295.995,800	0.87	449.602,000	0.84	635,357,000	1.01	1,049,477,000	1.21	1,580,498,000	1.43	47.87
RAMA EJECUTIVA													
Departos. Administrativas	34,423,264	0.11	39,709,125	0.11	51,796,000	0.12	61,214,000	0.13	76,890,000	0.09	95,000,000	0.11	11.48
Planeación	78,246,788	0.26	187,561,621	0.55	309,771,000	0.67	458,181,000	1.05	600,490,000	0.92	754,145,400	1.44	44.15
Estadística	109,723,933	0.36	114,702,938	0.34	160,235,987	0.30	190,220,000	0.31	218,009,000	0.25	275,883,000	0.26	26.06
Servicio Civil	59,707,680	0.20	62,551,765	0.18	96,276,515	0.18	93,143,000	0.18	53,911,000	0.12	126,652,000	0.12	21.23
Seguridad Nacional	117,690,511	0.39	141,374,655	0.42	201,189,915	0.36	310,283,000	0.49	63,381,000	0.53	450,646,000	0.50	18.72
Aeronáutica Civil	132,995,205	0.44	78,264,890	0.23	121,462,485	0.23	167,539,000	0.27	37,761,000	0.66	742,339,000	0.69	30.80
Industrias y Comis.													
MINISTERIOS													
Gobierno	446,409,477	1.47	449,339,956	1.33	927,871,429	1.74	928,652,000	1.48	1,035,127,000	1.20	1,148,662,000	1.06	10.97
Relaciones Exteriores	297,472,444	0.94	403,817,286	1.19	493,465,319	0.92	568,070,000	0.90	603,194,000	0.60	846,539,000	0.78	22.12
Justicia	342,105,178	1.13	448,793,675	1.33	714,643,969	1.34	758,568,000	1.21	1,228,168,000	1.41	1,143,789,000	1.06	(6.87)
Hacienda y Crédito P. (Ordinario)	3,159,210,872	10.42	3,834,978,157	11.33	6,476,944,135	12.13	8,070,403,000	12.66	11,394,404,000	13.15	14,331,232,000	13.24	25.88
Hacienda y Crédito P. (Deuda Pública Nla.)	4,962,135,211	16.37	5,415,277,267	16.00	7,779,649,225	14.47	8,991,330,000	14.33	12,056,330,000	13.92	13,456,891,000	12.43	11.62
Defensa Nacional	2,393,195,368	7.90	3,034,679,846	8.96	4,887,278,000	8.90	5,119,881,000	8.16	6,582,472,000	7.60	9,723,116,000	8.98	47.71
Política Nacional	1,705,894,002	5.63	2,180,616,856	6.44	3,343,284,000	6.26	3,446,486,000	5.49	4,416,256,000	5.21	6,761,295,000	6.25	53.10
Agricultura	1,205,766,791	3.98	886,769,210	2.65	1,529,121,109	2.88	1,752,006,000	2.79	14,581,000	2.46	2,552,850,000	2.17	10.55
Trabajo y S. Social	774,846,888	2.56	861,090,192	2.54	1,639,764,958	3.07	2,103,527,000	3.35	3,037,854,000	3.51	3,573,819,000	3.30	17.64
Desarrollo Económico	2,601,079,777	8.85	2,614,318,537	7.72	5,077,878,200	9.51	5,342,006,000	8.52	6,434,929,000	7.43	7,444,193,000	6.87	15.69
Minas y Petróleos	1,308,666,240	4.32	1,271,649,638	3.76	1,966,630,688	3.68	2,522,379,000	4.02	4,083,616,000	4.72	4,611,772,000	4.26	12.93
Educación Nacional	97,070,698	0.32	969,763,965	2.86	899,031,104	1.64	1,199,107,000	1.91	8,501,000	3.36	14,865,871,000	1.73	(35.96)
Comunicaciones	5,665,765,972	18.70	6,101,105,105	20.09	10,454,967,060	19.56	12,308,760,000	19.71	18,310,293,162,000	19.75	21,273,246,000	19.75	31.67
Obras Públicas	169,952,310	0.55	203,041,504	0.60	226,908,000	0.42	231,368,000	0.37	327,776,000	0.38	405,621,000	0.38	53.75
RAMA JURISDICC.	3,231,272,353	10.66	2,234,831,029	6.60	3,003,843,000	6.19	4,442,486,000	7.08	34,467,126,072,000	8.23	9,437,342,000	8.71	32.42
Ministerio P. Jlico	799,665,643	2.63	909,399,757	2.69	1,612,475,162	3.02	1,851,833,000	2.95	14,842,343,996,000	2.71	3,228,114,000	2.98	37.72
	149,793,066	0.43	149,944,891	0.44	292,382,000	0.54	398,256,000	0.54	406,114,000	0.47	585,271,000	0.54	44.11
	33,303,190,251	100	33,864,088,714	100	53,386,677,000	100	62,748,192,000	100	69,880,619,000	100	109,256,514,400	100	

Fuente: Informes autorizados de la Ley de Presupuestos de los años 1974 a 1979.

**CUADRO DE ILUSTRACION No 6**

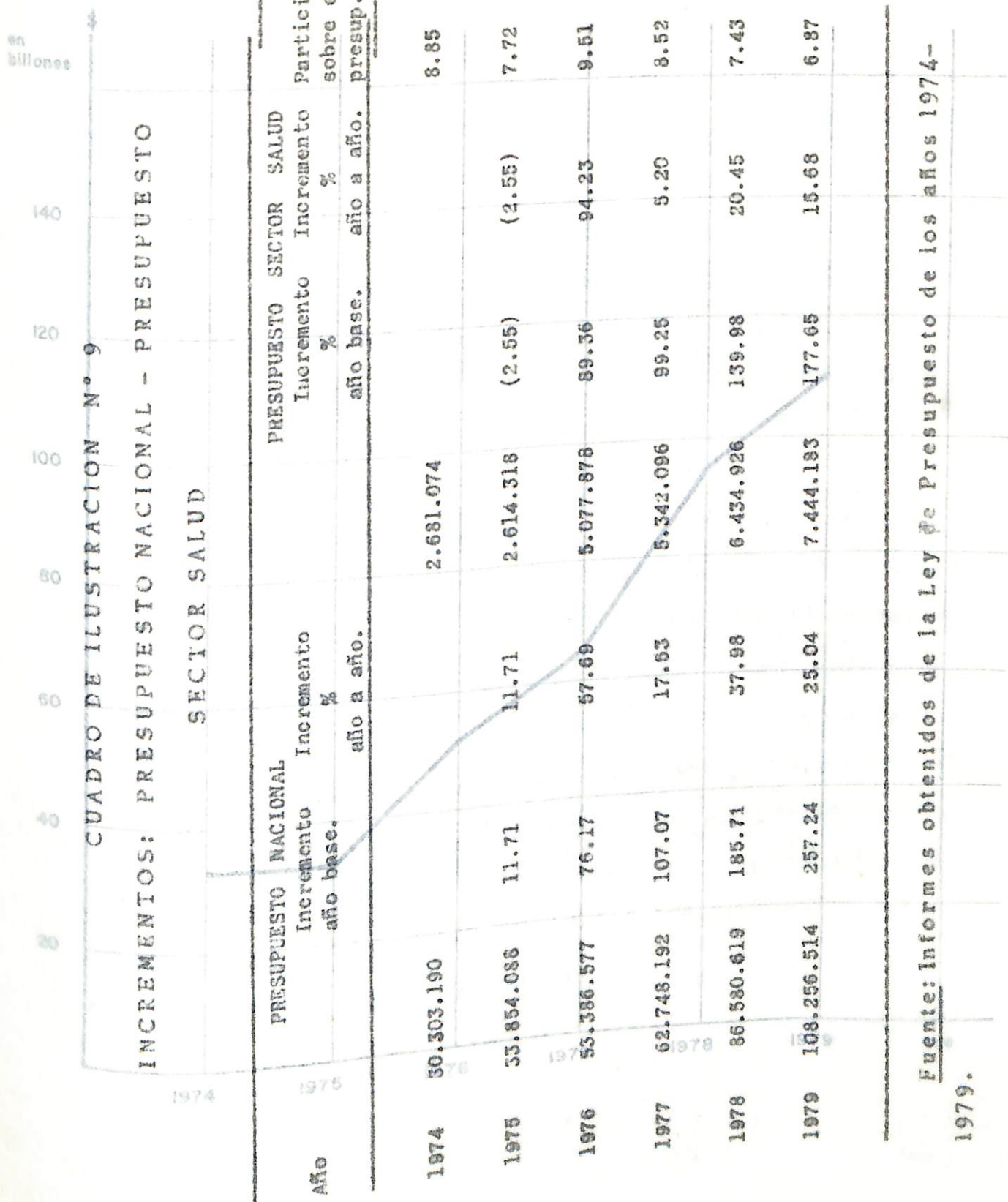
\* Porcentaje incrementos.  
top

Bogotá, mayo 11 de 1979

CUADRO DE ILUSTRACION N° 8  
**VARIACION ABSOLUTA Y RELATIVA DEL PRESUPUESTO NACIONAL  
 Y DEL SECTOR SALUD**  
 SECTOR SALUD

Año	Presupuesto Nacional.	Incremento absoluto, año a año.	Incremento con respecto al año 1974.	Presupuesto sector salud.	Incremento año a año.	Incremento respecto al año 1974.
1974	30.303.190			2.681.079		
1975	33.854.088	3.550.898	3.550.898	2.614.318	(66.761)	(66.761)
1976	53.386.677	19.532.489	23.083.387	5.077.878	2.463.560	2.396.799
1977	62.748.192	9.361.615	32.445.002	5.342.096	964.218	2.661.017
1978	86.580.629	23.832.427	56.277.429	6.434.926	1.092.830	3.753.847
1979	108.256.514	21.675.895	77.953.324	7.444.183	1.099.257	4.763.104

Fuente: Informes obtenidos de la Ley de Presupuesto de los años 1974-1979.  
 Fuente: Informes obtenidos de la Ley de Presupuesto de los años 1974-1979.



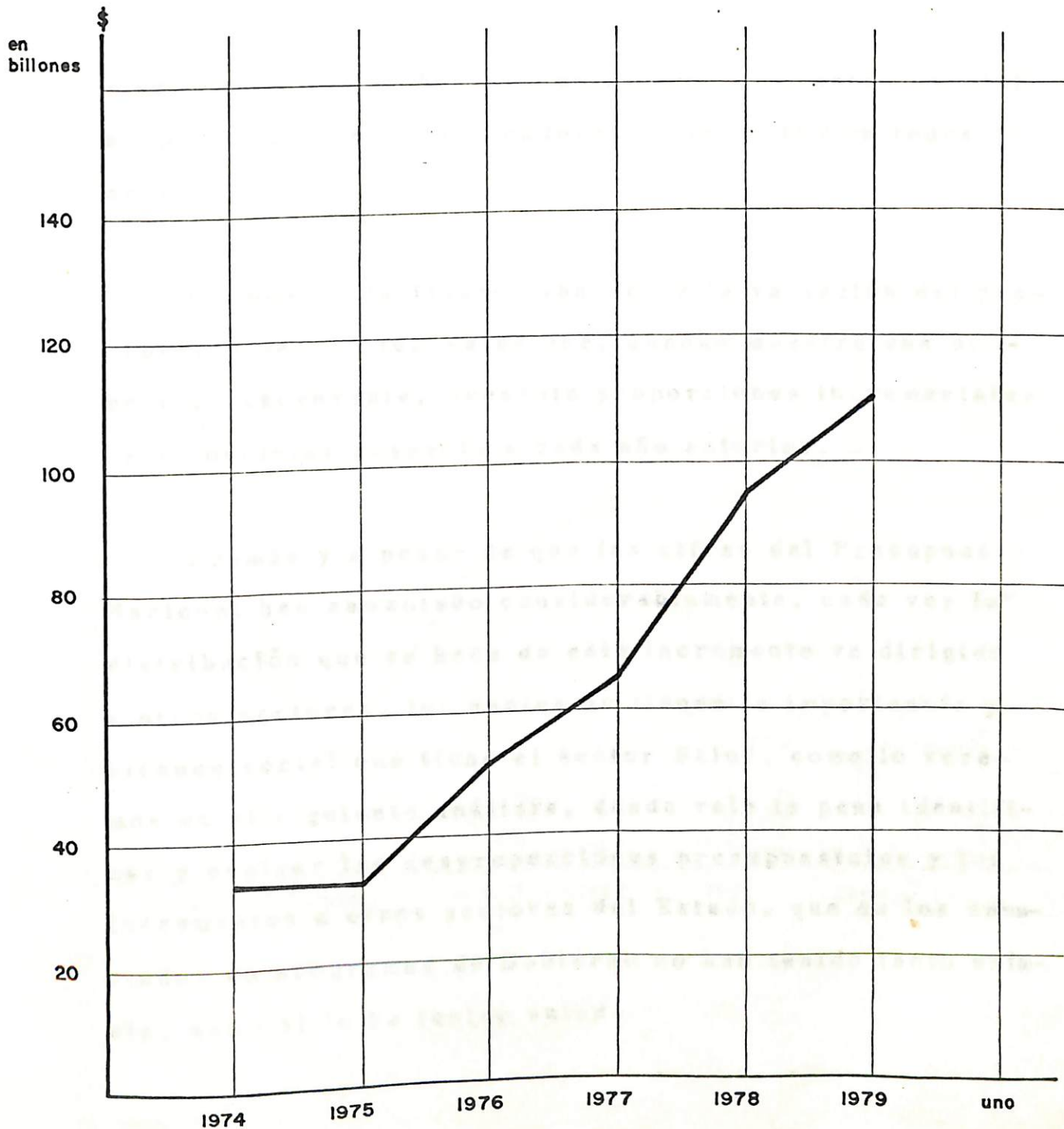
Fuente: Informes obtenidos de la Ley de Presupuesto de los años 1974-

1979.

# VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO

## NACIONAL

83



FUENTE: ESTA INVESTIGACION.

ILUSTRACION Nº 6 : OBSERVAR TENDENCIA DE VARIACION ANUAL  
DEL PRESUPUESTO DEL PAIS.

y esto hace que dichos porcentajes no se ajustan en mínima proporción a los indicadores de inflación en todos los ordenes.

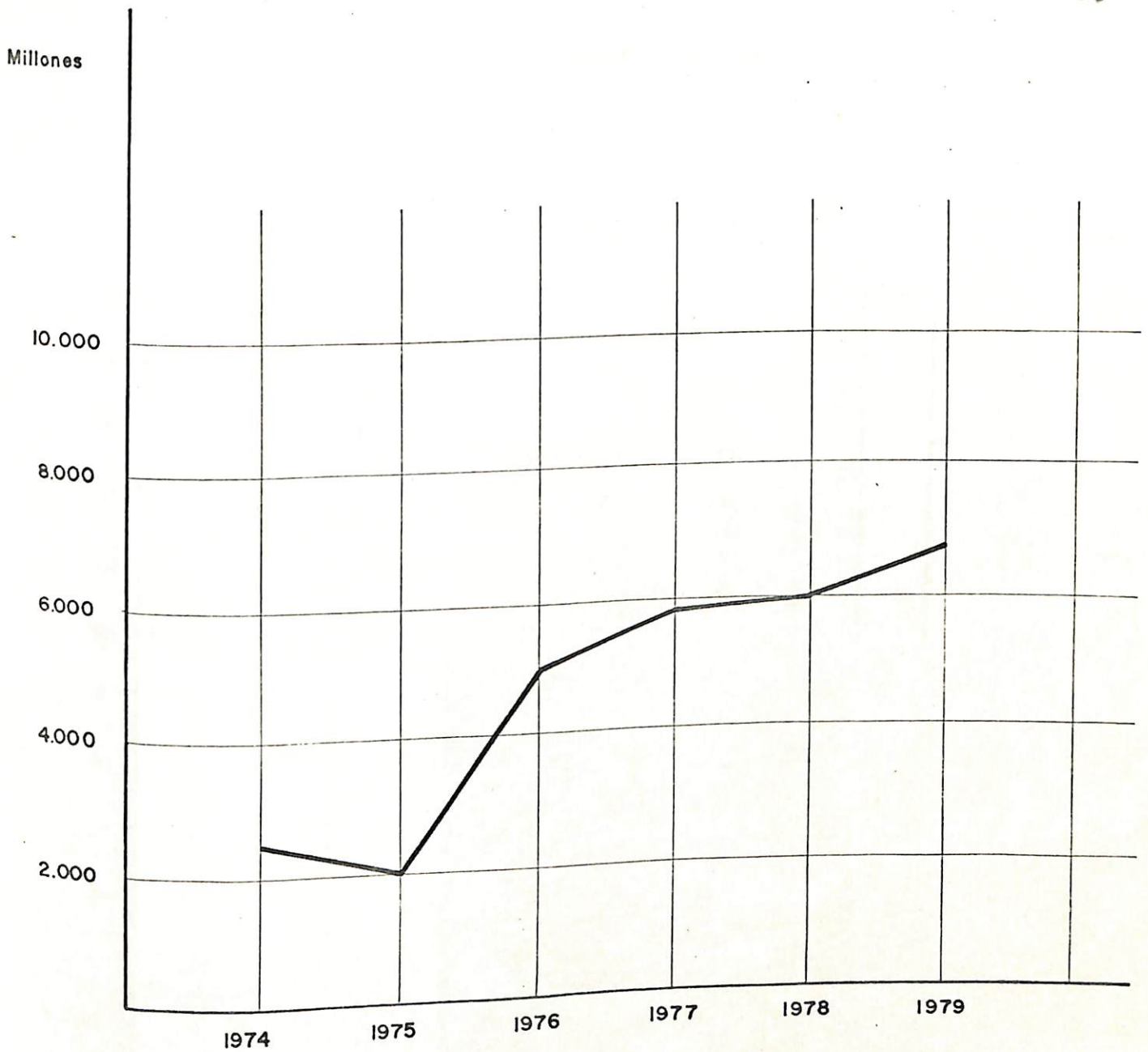
Veamos en la Ilustración No. 7 la variación del presupuesto del Sector Salud que, aunque muestra una proporción ascendente, presenta proporciones incrementales casi contantes respecto a cada año anterior.

Además y a pesar de que las cifras del Presupuesto Nacional han aumentado considerablemente, cada vez la distribución que se hace de este incremento va dirigido a otros sectores, los cuales no tienen la importancia y alcance social que tiene el sector Salud, como lo veremos en el siguiente análisis, donde vale la pena identificar y evaluar las desproporciones presupuestales y los incrementos a otros sectores del Estado, que en los enunciados de programas de Gobierno no han tenido tanto énfasis, como si lo ha tenido salud.

# VARIACION ANUAL DEL PRESUPUESTO

## SECTOR SALUD

85



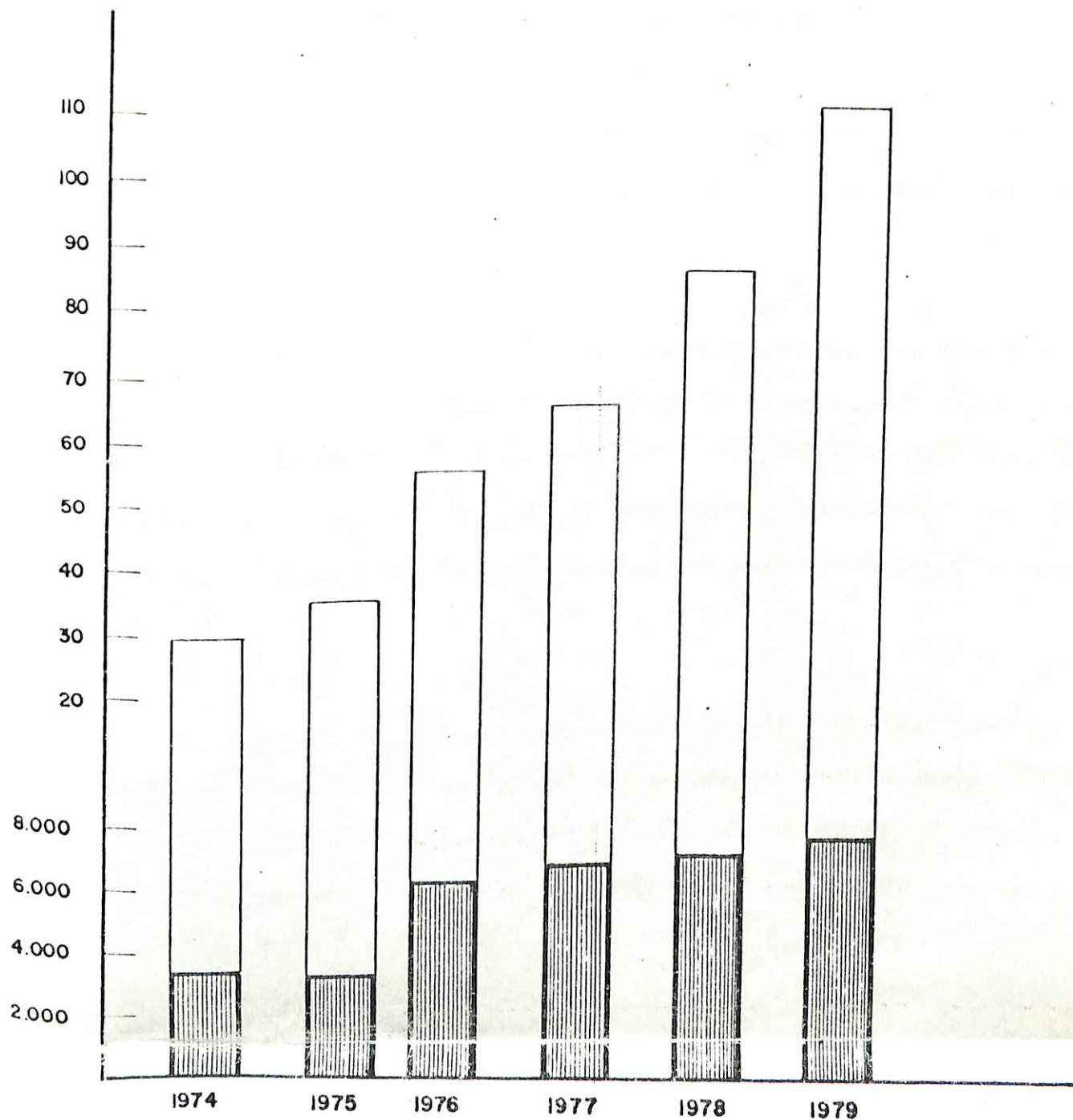
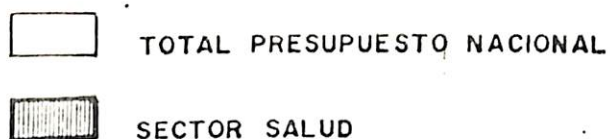
FUENTE: ESTA INVESTIGACION

ILUSTRACION N.º 7: CARACTERIZAR LA TENDENCIA PRESUPUESTAL DE

# PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD

## EN EL PRESUPUESTO NACIONAL

86



FUENTE : LEY DE PRESUPUESTOS DE LOS AÑOS 1974 A 1979 BOGOTÁ-  
DIRECCION GENERAL DE PRESUPUESTO.

ILUSTRACION N°8 : CONOCER LA DESTINACION DEL PRESUPUESTO AL  
SECTOR SALUD NACIONAL.

### 3.2 ANALISIS COMPARATIVO DEL SECTOR SALUD Y OTROS SECTORES

Observemos la distribución presupuestal en diferentes sectores de la economía nacional en miles de pesos en el cuadro de Ilustración No. 10.

Sector	1974	1979	Incremento Total
Salud	7,444,183	177,680	
Educación	5,665,765	21,273,566	277,24
Aeronáutica Civil	132,985	742,339	438,17
Defensa Nacional	1,075,824	8,723,116	306,25
Policía Nacional	117,690	540,648	359,30

Podemos apreciar la poca participación que tiene el sector Salud con respecto a otros Estamentos Gubernamentales, trayendo como consecuencia el reducido incremento en la oferta de los servicios que presta el Sector a la Población de escasos recursos y a los otros costos que esto implica.

Es interesante resaltar las variaciones que han tenido otros sectores comparativas con el sector salud por ejemplo, tomemos Planeación Nacional; podemos observar que su participación ha ido aumentando año a año en el período 74-79- así: 0,26, 0,55, 0,57, 1,05, 0,92 y 1,44 respectivamente, así mismo ha tenido un incremento casi vertical de 139.71% 61.92%; 116.72%; 21.62% y 94.15%.

Fuente: Presupuesto de Renta y Recurso de Capital y Gastos - Ley de Presupuesto 1974 - 1979.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 10 ha sido de ten-  
PRESUPUESTO NACIONAL COMPARATIVO a los dos bi-

	Presupuesto 1974	Presupuesto 1979	Incremento total %
Salud	2.681.079	7.444.183	177.66
Educación	5.665.765	21.373.566	277.24
Aeronáutica Civil	132.995	742.339	458.17
Planeación Nacional	78.246	1.544.145	1.886.17
Seguridad Nacional	2.393.195	9.723.116	306.28
Defensa Nacional	1.075.824	6.723.116	306.28
Policia Nacional	117.690	540.646	359.38
Trabajo y Seguridad	774.846	3.573.819	361.24
Minas y Petróleos	97.070	1.865.871	1.822.18
Contraloría	206.797	1.550.398	649.72
Rama-Jurisdiccional	798.665	3.228.114	304.19
Ministerio Público	143.731	585.271	307.20

Fuente: Presupuesto de Renta y Recurso de Capital y Gastos - Ley de Presupuesto 1974 - 1979.

Salud Aeronáutica Civil: Su participación ha sido de tendencia constante, (0.23%), con incremento en los dos últimos años: (0.66 y 0.69). En cuanto a los incrementos anuales, no se aprecia una política, ya que éstos porcentajes se incrementan y decrecen así: 41.15% en 1975; 55.19% en 1976; 37.19% en 1977; 239.12% en 1978 y 30.80% en el año de 1979. Ante al consolidar un solo Presupuesto quedan en el camino partidas que no serán asignadas por falta de recursos.

Minas y Petróleos: Su participación aumenta y disminuye y lo mismo en el sector anterior, no se aprecia una política, sus porcentajes varían así: 0.32%, 2.07%, 1.92%, 3.36% y 1.73%. El Presupuesto requiere de mecanismos analíticos, técnicos que establecen el marco de referencia.

Salud Pública: En este Sector se aprecia poco crecimiento en la participación del presupuesto e inclusive disminución de éste en 1975 (-249%), en 1976 se presenta un crecimiento de (9.51%), el único del período analizado para luego continuar los descensos (1977 9.52%); (1978 7.43%) 1979 6.87% no muy marcados, pero que no se ajustan a las básicas necesidades a las que está bligado el sector Salud.

De ésta manera el presupuesto destinado al sector

Salud sufre bajas permanentes en sus asignaciones que aumentan los déficit en forma consecutiva; sin embargo no escapa a nuestras inquietudes que tales anomalías surgen desde las bases del sistema ya sean de tipo regional o seccional, quienes, son los llamados a elaborar un presupuesto de Ingresos y de Gastos para el transcurso de cada año, esto lógicamente al consolidar un solo Presupuesto quedan en el camino partidas que no serán asignadas por falta de programación de estudio, de planificación de los organismos directivos de cada institución.

La elaboración del Presupuesto requiere de mecanismos analíticos, técnicos que establecen el marco de referencia sobre el cual se dirige su procedimiento y claro está que al hablar de principios técnicos del Presupuesto estamos con normas legales y criterios administrativos aceptados sobre distintos aspectos del Presupuestales, que son necesarios tener en cuenta en las etapas de su propio ciclo, los principios principales son:

- Programación (Ley 394 y 684 de 1973) y el Decreto 1016
- Universalidad
- Unidad
- Previsión

de Anticipación estamentos que participan en los programas

Periodicidad

Equilibrio

Exactitud.

Establecidos los mecanismos y técnicas presupuestales, con más detenimiento veamos cuales son los principales

Patrones que garantizan una gran filosofía administrativa. En la misma forma existen técnicas estadísticas pasivas. En la misma forma existen técnicas estadísticas pasivas. En la misma forma existen técnicas estadísticas pasivas.

En el Cuadro de Ilustración No. 10 se muestra la posibilidad de lograr una mejor aproximación entre la programación y la ejecución de los diferentes aportes y erogaciones cuyas principales son:

de Salud, creado para atender prioridades de orden

Técnica automática

Técnica de Promedio

3.2. Técnica de los Aumentos

Técnica de Proyecciones.

El Situado Fiscal asignado tiene su fundamento en la

Elementos que llevan a realizar en tiempo oportuno

fechas y plazos estipulados para la presentación del presupuesto (Decreto 294 y 684 de 1973) y el Decreto 1016

de 1960). Son todas herramientas que no hay que conver

tirlos en mecanismos periódicos de trabajo, sino que son

técnicas que ayudan a aclarar las necesidades y opiniones

de los diferentes estamentos que participan en los programas y actividades.

Establecidos los mecanismos y técnicas presupuestales, con más detenimiento veamos cuales son los principales componentes de financiación del Ministerio de Salud Público, en el Cuadro de Ilustración No. 10

Tomemos enseguida al componente de mayor importancia en el financiamiento de la Salud Colombiana, el Situado Fiscal, creado para atender prioridades de orden Ético y Humanitario.

### 3.2.1 Situado Fiscal

El Situado Fiscal asignado tiene su fundamento en la Ley 46 de Diciembre de 1971, la cual estipula en su artículo primero que a partir de 1973 en la Ley de Presupuesto se apropiará para este año como mínimo un 13% de los ingresos Ordinarios de la Nación, para ser distribuidos en los Departamentos, Intendencias, Comisarías y el Distrito

CUADRO DE ILUSTRACION N° II  
FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Situado Fiscal	19.1%
Venta de Servicios	14.0%
Recursos del Balance y Crédito	11.8%
Crédito Externo	9.1%
Beneficencias y Loterías	7.7%
Impuesto de Licores	6.0%
Crédito Interno	5.2%
Impuesto a las Cervezas	3.9%

Fuente: Informe consolidado de los presupuestos del 73 - Minsalud.

Especial de Bogotá. 22/ Con el fin de atender los gastos de Funcionamiento para la Educación Primaria y la Salud Pública se habla de ingresos ordinarios de la Nación, por que son aquellos que no forman rentas o ingresos compensados, es decir, que no estén comprometidos de antemano por norma legal a fines u objetos específicos. 23/

Estableció al mismo tiempo que dicho porcentaje sería del 14% para el año de 1974 y de un 15% para 1975. El valor total de esta apropiación es lo que se denomina "Situated Fiscal". En esta misma Ley dice que en cada una de las vigencias posteriores al año de 1975, el Gobierno Nacional al hacer los Proyectos de Ley de Presupuesto, procurará incrementar el porcentaje señalando en un 2% para cada vigencia y no podrá exceder al 25% de los ingresos ordinarios Estatales.

El Situado Fiscal se determinó así:

El 30% por partes iguales para cada Entidad Terri-

---

22/ Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Salud. Situado Fiscal en Salud. Villa de Leiva Diciembre de 1972.

23/ Ibid.

torial. Esta porción se denominó Situado Fiscal Territorial.

El 70% restante se divide a cada Entidad Territorial en proporción directa a su población y se la denominó Situado Fiscal Poblacional. Además del total del situado Fiscal se destinó que el 74% servirá para atender los gastos de Educación Primaria y el 26% para gastos de funcionamiento en Salud Pública, salvo decisión distinta del Gobierno Nacional. La parte correspondiente al sector Salud durante los años comprendidos entre 1974 y 1979 se encuentra en el Cuadro de Ilustración No. 12.

### 3.2.2 Situado Fiscal Recaudado.

De otra parte según informaciones suministradas por la Dirección de Presupuesto tenemos que realmente se ha recibido, como situado fiscal para el Sector Salud en los mismos años. Esto lo podemos observar en el Cuadro de Ilustración No. 13.

Como puede apreciarse, el desfasaje presupuestal es notoriamente negativo para el Sector Salud que está dejando de recibir 4'235.979 en miles de pesos colombianos,

CUADRO DE ILUSTRACION N° 12  
SITUADO FISCAL PRESUPUESTADO (EN MILES DE PESOS)

Año	Situado Fiscal	%	Situado Situado Salud
1974 1974	2.757.870	14	712.000 712.000
1975 1975	4.166.530	15	1.083.300 1.083.300
1976 1976	7.220.510	17	1.377.330 1.013.760
1977 1977	9.252.880	19	2.405.750 1.788.035
1978 1978	13.396.720	21	3.483.150 2.370.003
1979 1979	19.974.569	23	4.433.151 2.833.251

Fuente: Estudio del financiamiento de los hospitales, adscritos y vinculados 1974 - 1979 - Bogotá.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 13

SITUADO FISCAL RECAUDADO POR SALUD (EN MILES DE PESOS)

Situado Fiscal - Salud

Año

712.000

1974

1.021.540

1975

1.018.760

1976

1.798.088

1977

2.270.063

1978

2.938.251

1979

Fuente: Balance Presupuestal Nacional del Ministerio de Salud - Años  
1974 - 1979.

quizá por efectos de la casi congelación porcentual del situado Fiscal. Se considera entonces y en base a la Ley 46 de 1971 el valor porcentual asignado deberá comprender el 25% para el año de 1980 del Presupuesto Nacional ordinario corroborando la misma Ley, en la búsqueda de una mayor administración y atención en el Sector Salud.

#### 4.1 DISTRIBUCION DE APORTES A LA SECCIONAL NARIÑO.

La Seccional de Nuestro Departamento, cuenta también con aportes, que vienen a fortalecer el presupuesto de Ingresos y de Gastos. Estos aportes son considerados de vital importancia, en la cristalización de programas de atención a la salud, como en los programas de inversión.

Encontramos en estos recursos, el situado fiscal, que ocupa lugar primordial para el funcionamiento de las diferentes actividades que desarrolla la Seccional. También con otros componentes los aportes de la Nación, de carácter ordinario y extraordinario; renglón seguido mállense los destinos para programas especiales tales como

mo: Materno Infantil, T.H.C., Programas Nacionales de Salud Rural, y finalmente están ubicados los correspondientes a los impuestos sobre la venta de licores, cer-

#### CAPITULO 4

vezas, lotería y beneficencia, tal como se presenta en el Cuadro de Ilustración No. 14, que corresponde al balance consolidado de la Seccional en los años 1975 a 1980.

#### 4. COMPONENTES DEL RECURSO ECONOMICO

##### DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD.

#### 4.1 DISTRIBUCION DE APORTES A LA SECCIONAL NARIÑO.

La Seccional de Nuestro Departamento, cuenta tam-  
bién con aportes, que vienen a fortalecer el presupuesto de Ingresos y de Gastos. Estos aportes son considerados

de vital importancia, en la cristalización de programas de atención a la salud, como en los programas de inversión.

Encontramos en estos recursos, el situado fiscal, que ocupa lugar primordial para el funcionamiento de las diferentes actividades que desarrolla la Seccional. Tam-  
bién son otros componentes los aportes de la Nación, de carácter ordinario y extraordinario; renglón seguido hállanse los destinos para programas especiales tales co-  
llanense los destinos para programas especiales tales co-

mo: Materno Infantil, T.B.C., Programas Nacionales de Salud Rural, y finalmente están ubicados los correspondientes a los impuestos sobre la venta de licores, cervezas, lotería y beneficencia, tal como se presenta en el Cuadro de Ilustración No. 14, que corresponde al balance consolidado de la Seccional en los años 1975 a 1980.

Teniendo en cuenta las diferentes cifras asentados en el recorrido de los años que se presentan, y mediante el correspondiente análisis observamos que existiendo incremento en sus aportes, la atención que hoy se brinda a la salud sigue siendo insuficiente con relación a la demanda que la población solicita.

Todos estos recursos, exceptuando los aportes extraordinarios tienen su porcentaje asignado a la seccional, por medio de los decretos que hacen referencia a la salud en general, sin llevarse a cabo el ajuste de incrementos porcentuales que prescribe la Ley. Especialmente la participación del situado fiscal del servicio de salud de Naríño respecto al Presupuesto Nacional es bastante decreciente con relación a las necesidades de su población, por la cual debe hacerse una distribución

## DISTRIBUCION DE AJUSTES A LA SECCIONAL NARIÑO - SALUD -

AÑO	Situado Fiscal	Presupuesto Nal. Otros	PROGRAMAS ESPECIALES				Licores	Cerveza	Beneficencia	Extrordinarios
			Materno Infantil	T.B.C.	Control Vig.Gid. Inm.	P.N.S.R.				
1975	38.393.875	1.015.898	3.436.000	750.000	1.535.400	- 0 -	3.000.000	15.972.572	- 0 -	
1976	60.841.094	17.956.682	4.170.000	900.000	150.000	200.000	3.987.217	19.116.422	- 0 -	
1977	63.988.916	39.178.001	499.672	715.000	739.844	6.954.763	4.500.000	25.763.319	- 0 -	
1978	85.320.000	23.872.000	1.500.000	1.200.000	1.047.000	4.608.000	5.541.400	35.059.538	944.000	
1979	137.797.000	40.450.000	1.800.000	1.351.000	1.259.000	6.000.000	5.700.000	41.300.000	- 0 -	
1980	147.995.000	19.662.000	2.270.000	1.345.000	400.000	16.800.000	7.490.000	44.688.756	90.000.000	

FUENTE: Balance consolidado de la Seccional de Salud de Nariño - 1975 - 1980

CUADRO DE ILUSTRACION / 14

## Recursos:

- a) Situado Fiscal
- b) Del Presupuesto Nacional otros
- c) Programas especiales
- d) Impuestos a licores
- e) Impuestos a cervezas
- f) Impuestos a loterías, beneficencia
- g) Otros recursos extraordinarios

más racional, que existe suministrar apropiaciones insuficientes, como sucedió por ejemplo en el Puerto de Tumaco, zona costera. El presupuesto Nacional General da al sector Salud otros aportes anuales, sin tener en cuenta para tal asignación índices porcentuales establecidos que regulen esta labor, las cuales vienen a dar un apoyo al rubro anteriormente comentado. Al mismo tiempo el Ministerio de Salud en convenio con otras instituciones y programas nacionales e internacionales realizan programas especiales de salud con presupuesto propio de carácter preventivo para ser distribuidos entre las seccionales. En estos programas podemos encontrar que se llevan a cabo en nuestro medio, los siguientes: Materno Infantil, T. B. C. (Programas de enfermedades Preventivas) y Control, vigilancia epidemiológica, Inmunización y P. N. S. R. (Programa Nacional de Salud Rural).

Cabe anotar también que en algunas ocasiones y más propiamente cuando se presentan catástrofes colectivas a la comunidad ajena al control humano como: terremotos, maremotos, vientos huracanados, epidemias pronunciadas, contaminación sobre los elementos básicos de subsistencia,

etc., el gobierno Nacional destina una partida de carácter extraordinario para atender la calamidad presentada, como sucedió por ejemplo en el Puerto de Tumaco, zona costera del Pacífico en Diciembre de 1979 al presentarse un terremoto maremoto y dejando a un gran centenar de la población en situaciones críticas de salud, vivienda y alimentación; de allí los aportes extraordinarios que se encuentran en la columna respectiva para los años de 1978 y 1980. A esto también se añade la colaboración de los diferentes países latinoamericanos, Europeos y Norte-centro americanos, que unidos a un dolor humano, estrechan con su ayuda sentimientos de fraternidad y comprensión.

Detallamos enseguida y en forma explícita lo relacionado con los recaudos por Licores, Cerveza, Loterías y Beneficencia, factores que las empresas están obligadas a tributar por impuestos correspondientes destinados a Salud.

Es una clara situación de desfase financiero que nos lleva a detectar el incumplimiento tributario por parte

IMPUESTO DE LICORES

CUADRO DE ILUSTRACION N° 15

IMPUESTOS A LA VENTA DE LICORES

Millones

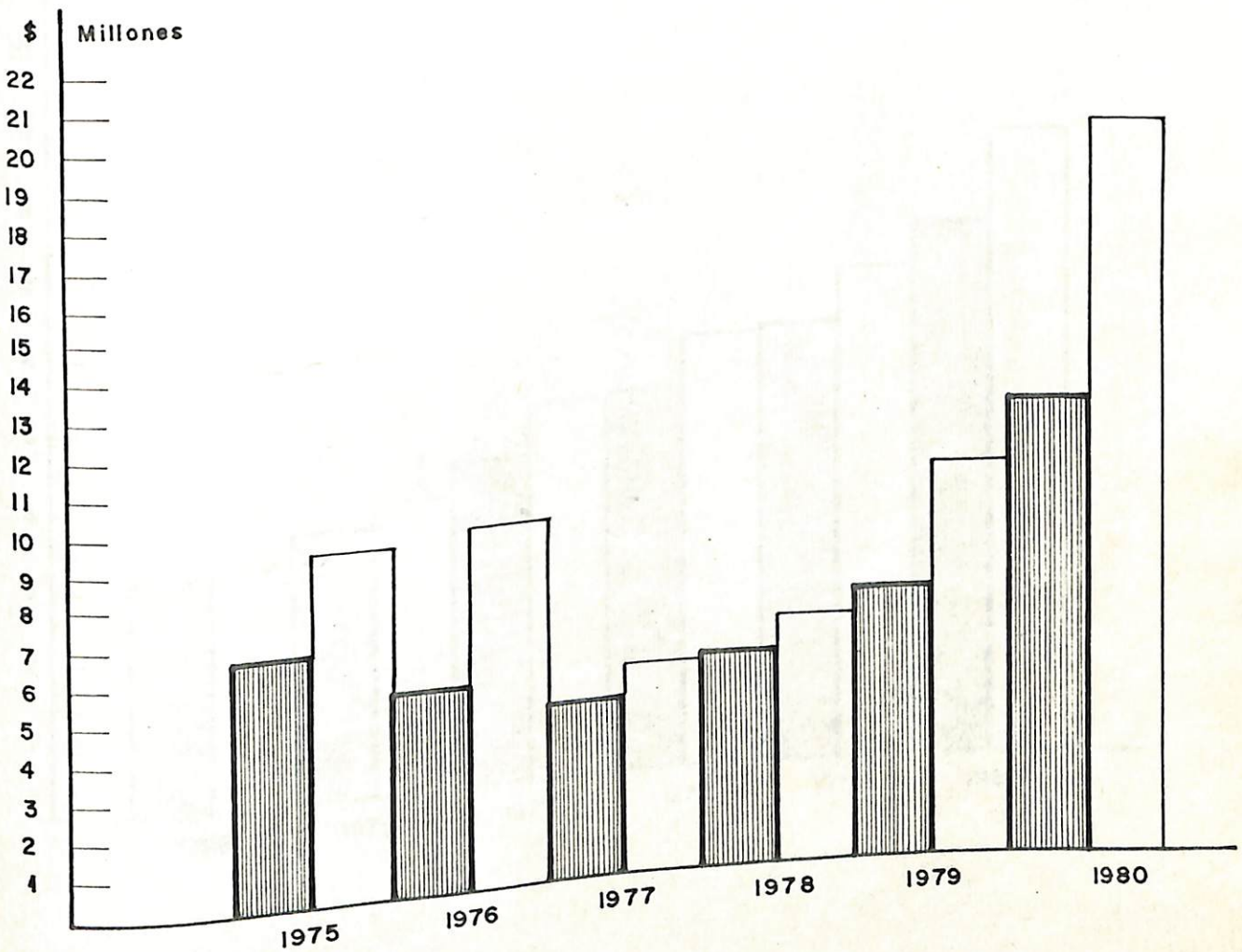
Año	Total presupuestado.	Total recaudado.	Saldo en recaudo.	Total gastos del período.	Saldo Presupuestal.
1975	9.326.012	6.736.878	(2.539.134)	9.326.012	(2.539.134)
1976	9.516.034	5.580.000	(3.936.034)	9.516.034	(3.936.034)
1977	5.579.899	4.673.000	( 906.899)	5.579.899	( 906.899)
1978	5.531.000	6.656.433	1.125.433	6.656.433	---
1979	5.846.000	7.066.555	1.220.555	10.524.958	(3.458.403)
1980	10.500.000	12.277.756	1.777.756	19.777.756	(7.500.000)
Totales	46.298.945	43.040.622	(3.258.323)	61.381.092	(18.340.470)

Fuente: Hospitales adscritos y vinculados 1974 - 1980. Del Sector Salud - Nariño.

ILUSTRACION N° 9 : OBSERVACION TENDENCIAL DE ESTE IMPUESTO PARA EL SERVICIO DE SALUD NARIÑO.

IMPUESTO DE LICORES



□ TOTAL DE GASTOS  
▨ TOTAL RECAUDADO PRESUPUESTO

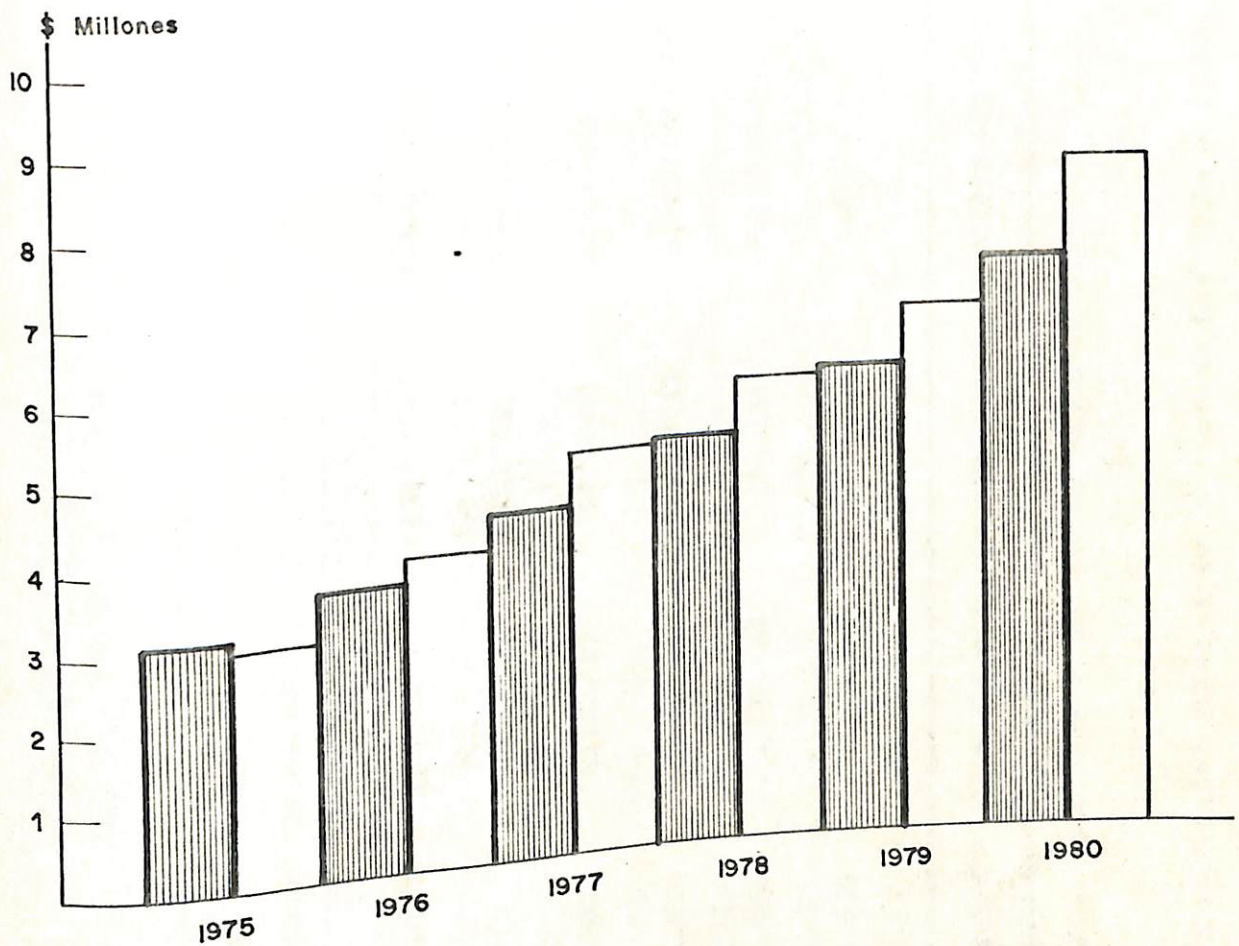


FUENTE: EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS Y GASTOS - SERVICIO SECCIONAL NARIÑO. 1974 A 1980

ILUSTRACION Nº 9 : OBSERVACION TENDENCIAL DE ESTE IMPUESTO PARA EL SERVICIO DE SALUD NARIÑO.

CAPTACION DEL RECURSO PARA NARIÑO

 TOTAL RECAUDADO POR CERVEZA  
 TOTAL GASTOS



FUENTE: EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS Y GASTOS -  
SERVICIO SECCIONAL NARIÑO. 1974 A 1980  
ILUSTRACION Nº 10 : CONOCER LA VARIACION EN EL IMPUESTO PARA  
EL SERVICIO SECCIONAL.

**CUADRO DE ILUSTRACION N° 16**  
**IMPUESTO A LA VENTA DE CERVEZA**  
**IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA**

Año	Total presupuestado.	Total recaudado.	Saldo en del período.	Total gastos del período.	Saldo presu- puéstal.
1975	3.000.000	3.144.273	144.273	3.144.273	—
1976	15.972.872	14.413.715	( 3.532.257)	18.109.497	( 3.695.782)
1976	3.987.217	3.589.194	(398.023)	3.987.217	( 398.023)
1976	18.116.422	1.816.563	(17.305.859)	4.328.236	2.517.693
1977	4.500.000	4.582.831	(117.169)	5.048.316	( 665.985)
1977	25.783.319	21.821.491	( 4.141.828)	22.167.877	( 548.186)
1978	6.541.400	5.061.735	(479.665)	5.771.167	( 709.432)
1978	35.089.838	18.602.434	(17.087.104)	18.082.434	—
1979	5.700.000	5.885.186	185.186	6.623.789	( 738.553)
1979	41.380.000	25.217.334	(16.052.666)	28.489.043	( 3.292.108)
1980	7.430.000	7.256.750	(223.250)	8.415.466	(1.158.716)
1980	41.380.786	19.178.900	(22.313.886)	19.750.400	( 3.578.200)
<b>Totales</b>	<b>30.218.617</b>	<b>29.319.969</b>	<b>(898.648)</b>	<b>32.990.678</b>	<b>(3.670.709)</b>
	1	2	3	4	5
To	1	2	(1, - 2)	4	(4 - 2)

**Fuente:** Hospitales adscritos y vinculados 1974 - 1980. Sector Salud  
 Nariño, enter Hospitales adscritos y vinculados 1974 - 1980. Sector Salud  
 Nariño.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 17  
IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA

Año	Total presupuestado, recaudado.	Saldo en recaudo.	Total gastos del periodo.	Saldo presupuestal.
-----	---------------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------

1975	15.972.572	12.413.715 ( 3.558.857)	16.109.497	( 3.695.782)
------	------------	-------------------------	------------	--------------

1976	19.116.422	1.810.563 ( 17.305.859)	4.323.256	2.517.693
------	------------	-------------------------	-----------	-----------

1977	25.763.319	21.621.491 ( 4.141.828)	22.167.677	( 546.186)
------	------------	-------------------------	------------	------------

1978	35.059.538	18.002.434 ( 17.057.104)	18.002.434	---
------	------------	--------------------------	------------	-----

1979	41.300.000	25.217.934 ( 16.082.066)	28.480.042	( 3.262.108)
------	------------	--------------------------	------------	--------------

1980	44.633.756	16.175.200 ( 28.513.556)	19.750.400	( 3.575.200)
------	------------	--------------------------	------------	--------------

Totales	181.900.607	95.241.337 ( 86.659.270)	108.858.306	( 13.596.969)
---------	-------------	--------------------------	-------------	---------------

To	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

( 1 - 2 ) ( 4 - 2 )

Fuente: Hospitales adscritos y vinculados 1974 - 1980. Sector Salud  
Nariño.

CAPTACION DEL RECURSO PARA SALUD (N

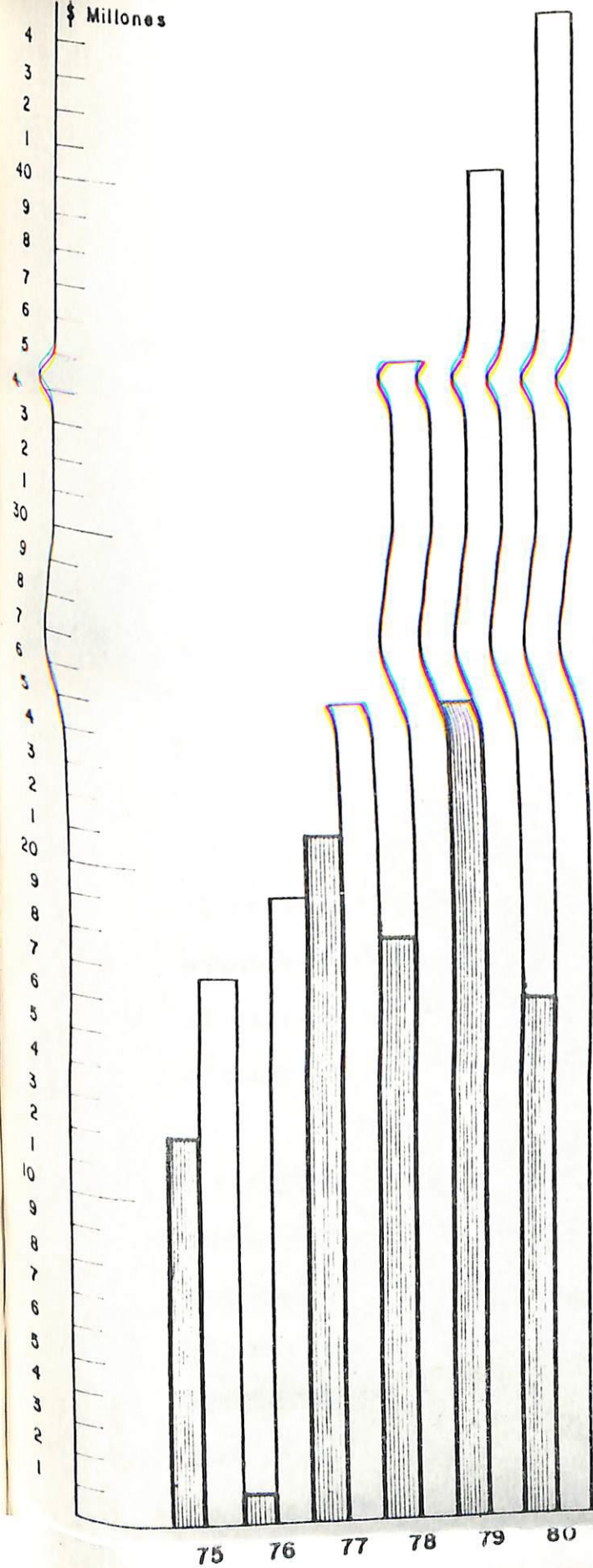
IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA



108

109

IMPUESTO A LA LOTERIA Y BENEFICENCIA

CAPTACION DEL RECURSO PARA SALUD (N



 TOTAL RECAUDADO  
 TOTAL PRESUPUESTADO

FUENTE: EJECUCION PRESUPUESTAL DE RENTAS Y GASTOS- SERVICIO SECCIONAL NARIÑO 1974 A 1980.  
ILUSTRACION Nº 11 : OBSERVAR LA VERDADERA CAPTACION DE ESTE APORTE DE LA SECCIONAL NARIÑO.

de las entidades obligadas a hacerlo. Tanto el impuesto por venta de Licores que abarca el 35% de las ventas como el impuesto a la cerveza con un 8% sobre ventas, y el recaudo por beneficencia entrando a formar parte de este rubro el impuesto a ganadores de un 15% y un 2%, no se cumplen acabadidad, por lo que presenta situaciones financieras, presupuestales cada vez más deficitarias por cuanto su captación es inoperante. El alto consumo de estos productos nativos en aras de fortalecer ciertas industrias. Los cuadros estadísticos expuestos dan claridad en el testimonio de este planeamiento; en unos rubros más pronunciados que en otros pero en todos llevando tras de sí cifras acumulativas que acrecentan cada vez más los déficit que en un principio se inician. Los períodos en los años 1975 a 1980 dentro de los compromisos pendientes. Sabemos bien que en Colombia, un tercio de las enfermedades se deben a causas que pueden ser atacadas por las técnicas de promoción y prevención. Sin embargo, los programas tienen su mayor orientación hacia la medicina curativa y la atención intramural y profesional del paciente lo que se traduce en altos costos de atención y bajas coberturas. Si a esta política curativa, le sumamos el incumplimiento de las entidades obligadas

atributar con destino a la salud, no se podrán realizar muchos de los programas establecidos y menos llevar a cabo campañas preventivas que ayuden el fortalecimiento de la salud y a dar una mayor atención con los recursos disponibles. Esta fase presupuestal en todos sus componentes financieros generales, tal como a continuación lo va a ser. Aunque contradictorio en su esencia fomenta el vicio, para atender a la salud, permite el alto consumo de estos productos nocivos en aras de fortalecer ciertas industrias, debilitando la salud de las personas y aumentando los costos y gastos familiares que extenúan a los ingresos per cápita. Así tomando el 100% el año 1975, alcanza al cabo del año 1980 el 475.6%. En el se nota Los valores en cifras asentadas de los períodos en los años 1975 a 1980 dentro de los compromisos pendientes de Recaudo, y del Saldo Presupuestal en contra, es vivo ejemplo de que no existe un mecanismo establecido que se preocupe por el cumplimiento de esta obligación, ya que los esfuerzos de aplicar los diferentes programas de salud a la comunidad se expresan en términos de rendimiento logrado.

En lo referente a los ingresos y Recaudos se observa que en la misma forma se corrobora esta situación.

al presentar la variación del Presupuesto Anual del servicio Seccional de Salud dentro de sus rubros generales de Presupuesto Inicial, gastos de Funcionamiento y Gastos de Inversión. Es decir viene a observarse prácticamente un total desfase presupuestal en todos sus componentes financieros generales, tal como a continuación lo vamos a presentar.

En base a la Ejecución Presupuestal de Rentas de la Seccional de Salud de Nariño, que se halla distribuido en funcionamiento e inversión en primer lugar se observa el aumento en el Presupuesto, así tomando el 100% el año 1975, alcanza al cabo del año 1980 el 475.6%. En él se nota que los incrementos anuales tienen un crecimiento no ordenado que en datos absolutos va de \$93.678.824 a \$445.611.081, concretando un aumento de \$351.931.157. La gráfica de la Ilustración No. 12 muestra las variaciones de las tendencias absolutas de ingresos y gastos anuales con ascenso de proporciones incrementales no constantes en cuanto al año anterior.

En lo referente a los ingresos o Recaudos se observa un crecimiento pero menos que proporcional y en forma

no ordenada en lo referente a los gastos. Si para el año 75 el ingreso relativamente tiene una disposición del 93.8 llegando al 80 con el 426.4% y que respectivamente son: \$87.095.216 y \$309.568.480.

Estableciendo la diferencia relativa total, muestra que es deficitaria por lo tanto durante este período ha dejado de percibir la Seccional Nariño el 49.2%, representativos en forma absoluta en \$187.409.891.

Esta falta de recaudación del único aporte presupuestal en Nariño, consistente a los impuestos de lotería y beneficencias, licores y cerveza, se debe a la carencia de una verdadera política administrativa, gubernamental y económica.

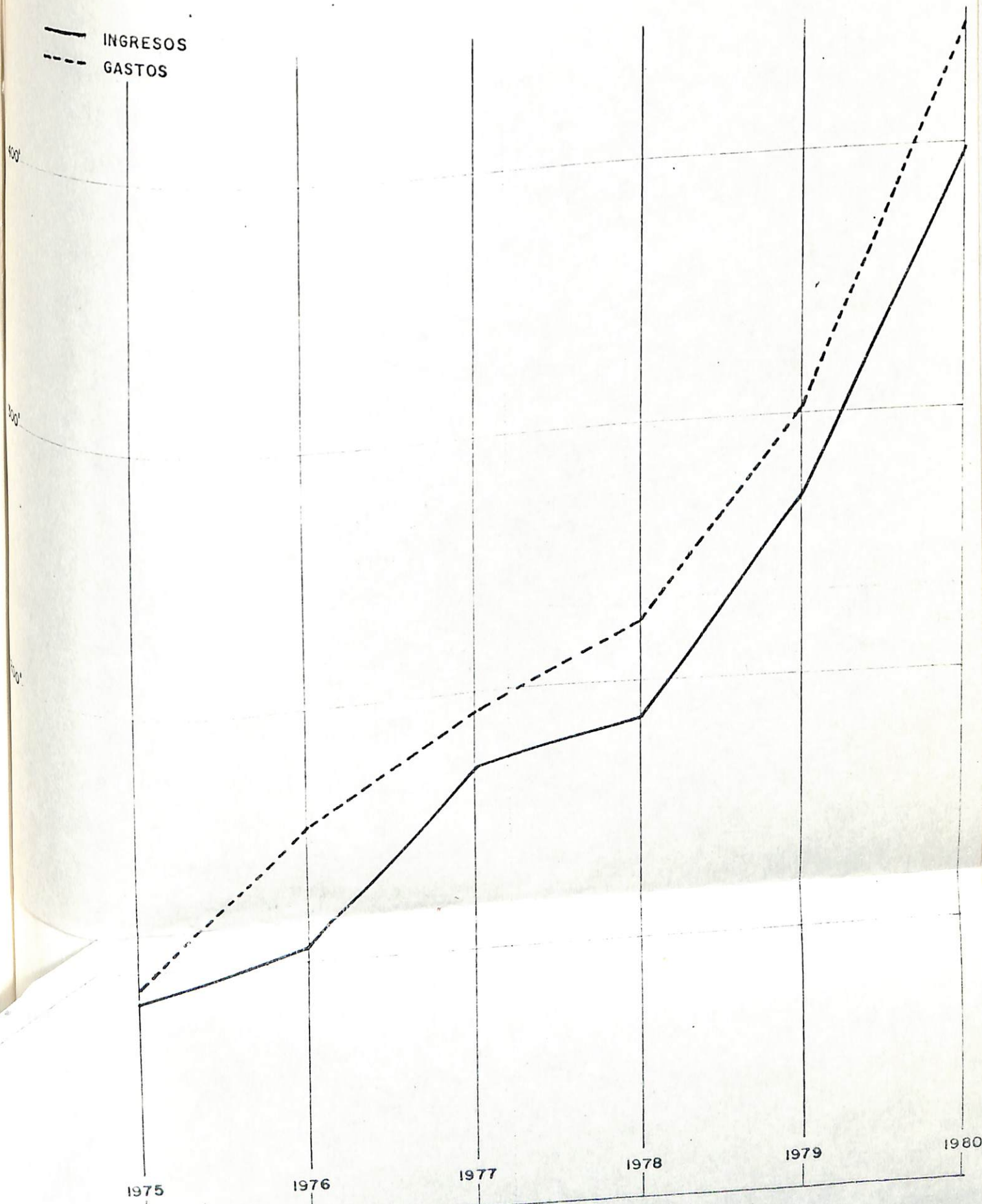
Esto repercute inevitablemente para que la Seccional se vea impedida a dar una adecuada cobertura de atención médica, hospitalaria, ambiental, etc., a una población que tanto necesita porque crece a una tasa 2.3%. 24/

AÑO	PPTO Inicial	(2) Adiciones	(1+2) Total PPTO	Total Recaudado	Recaudado Pendiente	Incremento PPTO Total % Año Base	Incremento PPTO Recaudado % Año Base
1975	92.662.925	1.015.898	93.678.824	87.905.215	(6.146.720)	100	93.8
F	82.795.630	266.548	83.062.179	76.758.850	(4.493.502)		
I	9.867.295	749.350	10.616.645	11.146.365	(1.653.218)		
1976	149.437.455	3.701.289	153.138.744	106.104.343	(47.034.401)	163.4	113.2
F	127.783.533	335.646	128.119.179	85.025.527	(42.758.006)		
I	21.653.922	3.365.643	24.519.565	21.078.816	(4.276.395)		
1977	187.659.711	3.430.700	191.090.411	169.571.546	(21.518.875)	203.9	180.9
F	153.174.673	1.871.620	155.046.293	151.644.415	(16.518.865)		
I	34.485.038	1.559.080	36.044.118	17.927.131	(5.000.000)		
1978	196.591.787	25.876.156	222.467.945	187.387.903	(35.080.042)	237.4	199.9
F	166.177.817	19.337.164	185.514.979	164.708.407	(22.678.500)		
I	30.413.970	6.538.994	36.952.966	22.679.496	(12.401.542)		
1979	269.548.721	31.351.653	301.200.375	269.240.002	(31.960.037)	321.5	287.3
F	228.975.903	29.297.000	258.272.903	243.778.954	(16.100.670)		
I	40.572.818	2.354.653	42.927.472	25.461.048	(15.799.367)		
1980	439.047.817	6.563.264	445.611.081	399.568.480	(46.042.601)	475.6	426.4
F	370.376.726	1.109.000	371.485.326	342.654.648	(28.831.078)		
I	68.671.091	5.454.264	74.125.355	56.913.832	(17.211.523)		
Total			1.407.187.380	1.212.777.489			
Diferencia total acumulada			187.409.891			Dif.Total Acumulada	49.2%

FUENTE: Balance consolidado de la Seccional Nariño - 1974-1980

CUADRO DE ILUSTRACION No 18

VARIACION DE LAS TENDENCIAS ABSOLUTAS  
DE LOS INGRESOS - SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO.



FUENTE : BALANCE GENERAL DEL SECTOR SALUD NARIÑO.  
ILUSTRACION Nº 12 : OBSERVAR LA VARIACION DE LOS INGRESOS EN LA  
SALUD DE NARIÑO.

anual, que carece de recursos económicos; que padece de desnutrición, que se afecta por el urbanismo, contaminación ambiental, destrucción del hábitat, siempre se halla más propenso a la morbilidad, mortalidad.

Como hemos seguido el proceso técnico, legal, político y económico de la salud pública y asistencia social en nuestro departamento, servicio básico de la colectividad y sin ser expertos en la materia (médicos, salubristas, nutricionistas, etcétera), no es difícil precisar las causas principales del fenómeno, que bien pueden resumirse en un solo criterio: La técnica y ciencia médica ha sido sacrificado por la política, los afanes y compromisos electorales desde hace mucho tiempo han predominado, con grave perjuicio del interés social vinculado indisolublemente a la eficiencia administrativa.

Más con infortunio deplorable, no se ha concebido en la seccional verdaderos y reales programas armónicos, que permitan dar cumplimiento político, técnico-científico asistencial planificado y unificado, en donde, los fondos públicos no continúen dispersándose a través de organizaciones paralelas o desconectadas que no corresponden a

situación de la salud del pueblo, ya que indefectiblemente, sin salud pública no es posible adelantar empresa: oficial o privada, que pretenda el avance integral de la comunidad Nariñense, que tanto necesita salir del atrasado de Desarrollo en que se halla sumergida.

4.2 COMPARACION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO CON OTRAS SECCIONALES COLOMBIANAS

El presupuesto anual dedicado para el funcionamiento e inversión durante los años 1976 a 1979, referentes a las seccionales de salud de: Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, el Distrito Especial de Bogotá y el Departamento de Nariño, según cuadro de ilustración No. 17 A, de una clara definición de como se ha hecho la distribución de aportes, según programas y políticas nacionales en lo que respecta a atención médica, campañas directas de erradicación de enfermedades transmisibles, construcción de hospitales, Centros y puestos de salud, Acueductos y Alcantarillados, etc., de acuerdo al plan General de Desarrollo.

Tomemos como ejemplo el año de 1978, donde el pre-

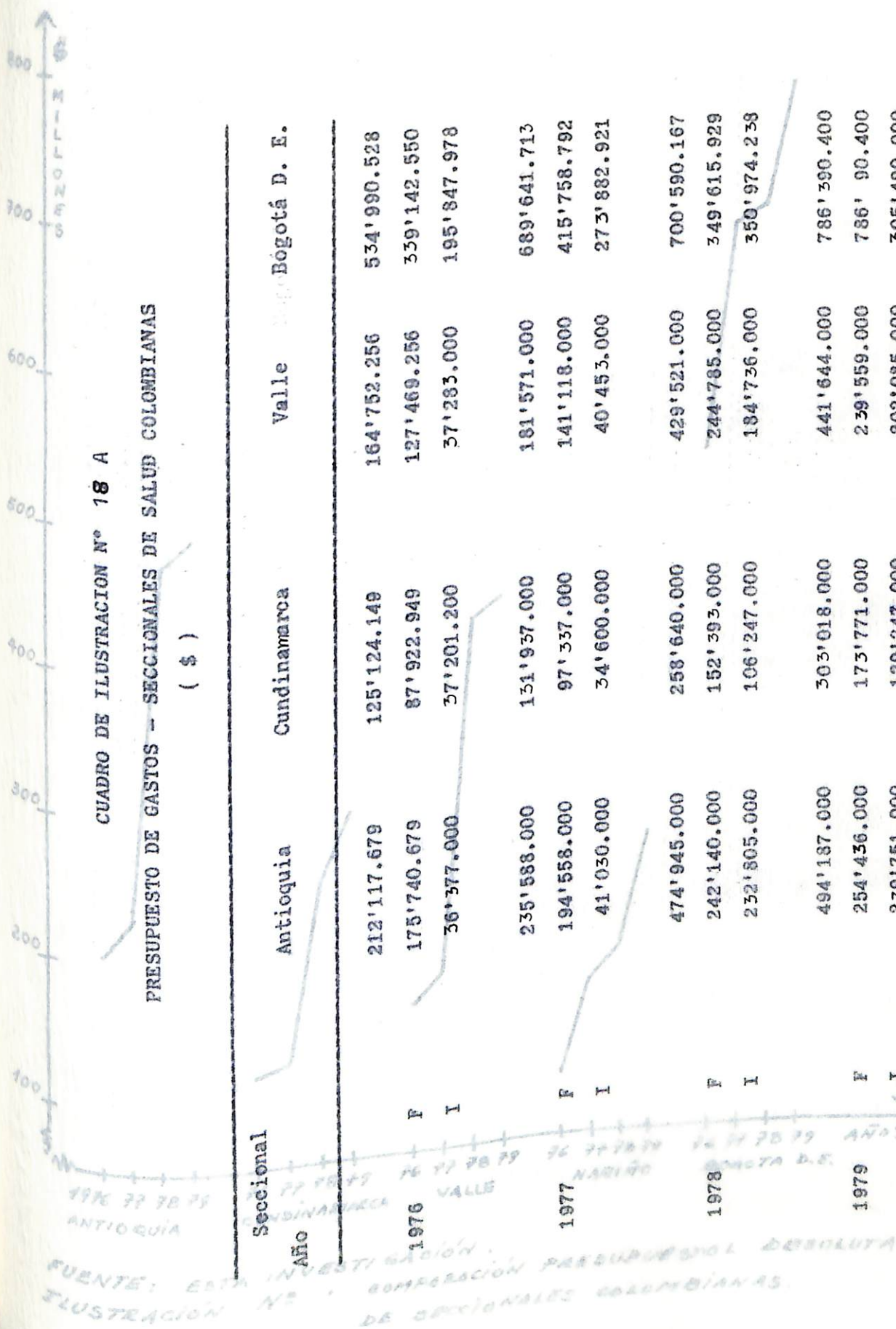
Presupuesto de Renta y Recursos de Capital y Gastos de Colombia. 1976 a 1979  
Ley de Presupuesto.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 18 A  
 PRESUPUESTO DE GASTOS - SECCIONALES DE SALUD COLOMBIANAS  
 ( \$ )

Seccional	Antioquia	Cundinamarca	Valle	Bogotá D. E.
1976 F	212'117.679	125'124.149	164'752.256	534'990.528
1976 I	175'740.679	87'922.949	127'469.256	359'142.550
1977 F	36'377.000	37'201.200	37'283.000	195'847.978
1977 I	235'588.000	151'937.000	181'571.000	689'641.713
1978 F	194'558.000	97'337.000	141'118.000	415'758.792
1978 I	41'030.000	34'600.000	40'453.000	273'882.921
1979 F	474'945.000	258'640.000	429'521.000	700'590.167
1979 I	242'140.000	152'393.000	244'785.000	349'615.929
	232'805.000	106'247.000	184'736.000	350'974.238
1979 F	494'187.000	303'018.000	441'644.000	786'390.400
1979 I	254'436.000	173'771.000	239'559.000	786'90.400
	239'751.000	129'247.000	202'085.000	305'490.000

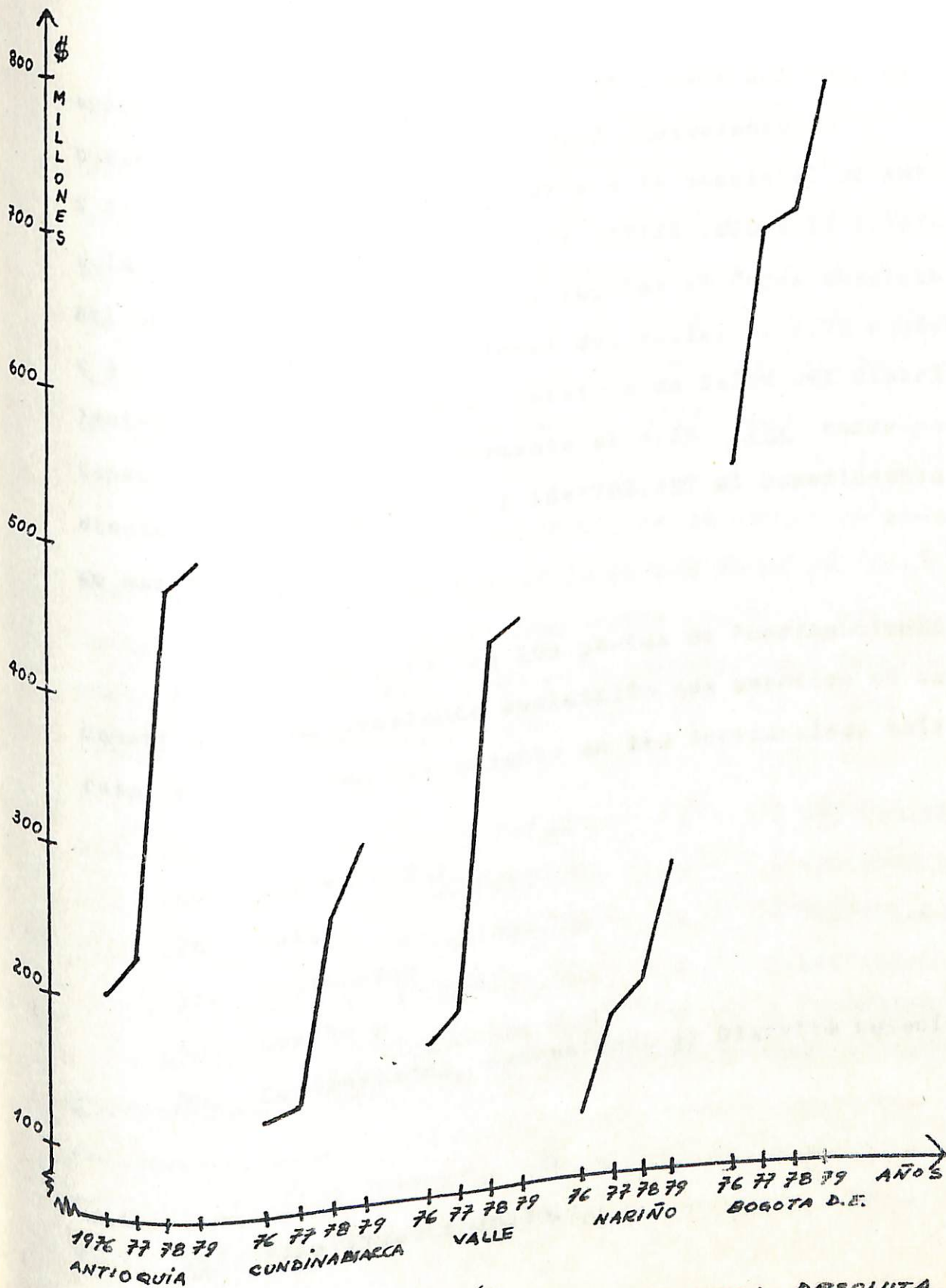
Fuente: Presupuesto de Renta y Recursos de Capital y Gastos de Colobbia. 1976 a 1979

Lev de Presupuesto.



FUENTE: ESTA INVESTIGACION COMPARACION PRESUPUESTAL DE SECCIONALES COLOMBIANAS

# VARIACION PRESUPUESTAL DE SECCIONALES.



FUENTE: ESTA INVESTIGACIÓN. COMPARACIÓN PRESUPUESTAL ABSOLUTA DE SECCIONALES COLOMBIANAS. ILUSTRACIÓN N° 1

supuesto nacional de salud alcanzó \$ 3994'646.000, de los cuales en funcionamiento, el 6.1% equivalentes a \$ 242'140.000 le correspondieron a la Seccional de Antioquia; el 3.8% equiparables a \$ 152'393.000 a la Seccional de Cundinamarca; el 6.2% iguales en forma absoluta a \$ 244'785.000 a la Seccional del Valle; el 8.7% equivalentes a \$ 349'615.929 al Servicio de Salud del Distrito Especial de Bogotá y finalmente el 4.1% 25/ correspondientes aproximadamente a \$ 164'708.407 al Departamento de Nariño.

La forma relativa de los gastos de funcionamiento constituyen una prestante evaluación que permiten en este caso dar un orden descendente en las Seccionales, así:

- 1o. Bogotá D.E.;
- 2o. Valle;
- 3o. Antioquia;
- 4o. Nariño y
- 5o. Cundinamarca, descartando al Distrito Especial.

25/1/ Esta investigación.

Por otra parte y en este mismo año 1978 observamos el presupuesto dedicado a Inversiones: a Bogotá le corresponde \$ 350'974.238 iguales a 8.7%; a la Seccional de Antioquia \$ 232'805.000 equivalentes al 5.8%; al Valle \$ 184'736.000 equiparables al 4.6%; a Cundinamarca \$ 106'247.000 correspondientes al 2.7% y por último Narinense 0.5% 26// equivalentes a \$ 22'679.496.

Lo anterior es una evidencia de la variación presupuestal absoluta de gastos desde el año 76 al 79, tal como los indica el cuadro de ilustración No. 17 A, que respectivamente en orden llevan un incremento para funcionamiento Inversión, así:

Distrito	\$ 228'647.471	y	\$ 342'793.256;
Antioquia	\$ 163'911.962	y	\$ 404'455.000;
Valle	\$ 243'054.232	y	\$ 315'425.000;
Cundinamarca	\$ 159'732.153	y	\$ 163'692.800;
Nariño	\$ 305'056.095	y	\$ 2'830.297

27/. con toda seguridad se ve que los diferentes servicios,

26/ Esta Investigación

27/ Ibid.

seccionales año tras año aumentan, unos menos que proporcional que otros tanto en funcionamiento como en inversión, esta última es muy precaria para nuestro Departamento, viendo que necesita un presupuesto para obras de infraestructura como vías de penetración, hospitales, centros y puestos de salud, equipos y materiales de enfermería y medicina en general, para lograr un funcionamiento que cumpla tareas frecuentes en cada actividad de cada programa.

Es notable además que muy poco se tiene en cuenta lo dispuesto por la Ley 46 de 1971, en lo referente a la participación de las Seccionales en el presupuesto ordinario de la nación, pues el Situado Fiscal Territorial con el 30% y el Situado Fiscal poblacional con el 70%, ya que según información suministrada por el DANE, bajo proyecciones con base al Censo Poblacional de 1973 y Área Territorial son como vemos en el Cuadro de Ilustración No. 17 B.

Simple y llanamente la disparidad en la distribución presupuestal de la salud, es preocupante en toda la nación, más aún en nuestra seccional, ya que también se omite la dificultad por lo extenso y accidentado del relieve territorial, para llevar la prestación del servicio; pues, con

Fuente: Geografía Universal - Masta - Proyecciones Poblacionales. DANE.

**CUADRO DE ILUSTRACION N° 18 B**  
**PROYECCIONES POBLACIONALES CON BASE CENSO 1973**

Seccional	Extensión Kms. <sup>2</sup>	Población
Antioquia	63.612	3'836.698
Cundinamarca	24.210	1'240.876
Nariño	31.045	1'022.869
Valle	22.140	3'063.738
Bogotá D. E.		4'545.881

Fuente: Geografía Universal - Nauta - Proyecciones Poblacionales. DANE.

dicho presupuesto es imposible pretender mejorar el bienestar a través de cambios positivos de saneamiento, de status de ingreso de la población urbana y rural, lo mismo que la estimación de los costos para operar con un buen sistema y alcanzar las metas y objetivos que requiere la realidad nariñense.

En fin, es importante para dar una buena prestación del servicio, incrementar en forma racional el presupuesto observando el cúmulo de necesidades elementales para la salud humana y ambiental, y para obtener esta condición los dirigentes y gobernantes deben poner toda su capacidad intelectual y su habilidad técnica al servicio del interés de la población, porque su rendimiento exige contar necesariamente con objetivos claramente pre-establecidos tanto de orden social como económicos, que luego deben ser evaluados, ya que el presupuesto per cápita en el Departamento de Nariño es de \$ 263,22 que comparado con las otras seccionales está por encima de ellas. Así respectivamente para Bogotá es de \$ 172,98; Antioquia \$ 128,80; Cundinamarca \$ 244,19; Valle \$ 144,15, demostrando que el servicio de salud se presta inversamente a sus ingresos, razón por la cual se requiere un replanteamiento, estructural administrativo, de distribución y socio-económico para lograr mejoramiento en su prestación.

total recaudado, de gastos e ingreso anual, para concretar en un saldo presupuestal, que nos lleva al conocimiento comparativo que año tras año, ha venido padeciendo el municipio.

Hospital Infantil Los Angeles (Regional I)  
Ejecución Presupuesto de Rentas

Incremento Costo total % Análisis	Incremento Cuenta total % Análisis	Incremento del % Análisis
15.0	15.0	75.0
107.5	107.5	107.5
117.0	117.0	117.0
151.6	151.6	151.6
232.1	232.1	232.1
683.8	683.8	683.8

**CAPITULO 5**

**5. PRESUPUESTO DE SALUD  
EN EL MUNICIPIO DE PASTO**

**5.1 ESTUDIO DE LA VARIACION  
DEL PRESUPUESTO EN PASTO**

Los componentes del presupuesto de salud en el Mu-  
nicipio de Pasto están conformados de la siguiente manera:

- Situado Fiscal
- Impuesto a la venta de licores
- Impuesto a la venta de cerveza
- Impuesto a la venta de Lotería y Beneficencia
- Asignaciones a Programas Especiales
- Aportes Seccionales

El presupuesto Total inicialmente proyectado consi-  
dera dos grandes aspectos así: Para gastos de funciona-  
miento (F), como para gastos de inversión (I).

A la vez, estas asignaciones se distribuyen en un  
total recaudado, de gastos e ingreso anual, para concre-  
tar en un saldo presupuestal, que nos lleva al conocimien-  
to comparativo que año tras año, ha venido padeciendo el  
municipio.

Hospital Intancil Los Angeles (Regional I)  
Ejecución Presupuestal de Rentas

Año	Total (Inicial) Presupuestado	Total Pagado o Recaudado	Compromisos de pago o Recaudado	Total Gasto o Ingreso Anual	a Favor	en Contra	Incremento Gasto Total % Año-base	Incremento Recaudado Total % Año-base
1976	8,505,229	6,475,609	2,087,898	8,563,507	1,475,726	(1,534,003)	100.0	75.6
F	8,108,840	6,455,150	2,056,140	8,311,290	1,331,555	(1,534,003)		
I	396,389	220,459	31,658	252,217	144,171	- 0 -		
1977	10,803,624	9,211,584	1,619,065	9,853,721	1,328,941	(379,038)	115.0	107.5
F	10,662,402	9,075,324	1,567,217	9,665,612	1,328,941	(332,151)		
I	141,222	136,260	51,848	188,109	- 0 -	(46,877)		
1978	11,183,021	10,019,335	192,091	10,211,427	42,484	(1,206,160)	119.2	117.0
F	11,087,289	9,923,603	167,507	10,115,695	42,484	(1,206,160)		
I	95,732	95,732	24,484	95,732	- 0 -	- 0 -		
1979	14,828,735	12,989,591	5,183,711	18,173,303	641,427	(3,985,994)	212.2	151.6
F	14,828,735	12,989,591	5,183,711	18,173,303	641,427	(3,985,994)		
I	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -		
1980	22,419,122	19,879,216	8,414,841	28,294,058	720,525	(6,595,461)	330.4	232.1
F	22,325,988	19,825,716	8,414,841	28,240,558	680,891	(6,595,461)		
I	93,134	53,500	- 0 -	53,500	39,634	- 0 -		
<b>Total</b>						(16,527,568)	876.8	193%

FUENTE: Convención: No. Total del respectivo año y que distribuye en:  
F= Total del respectivo año destinado para funcionamiento.  
I= Total del respectivo año destinado para inversión

Balances General de la Seccional de Salud de Marino 1,976- 1,980

CUADRO DE LAS OPERACIONES No. 19

Hospital Departamental (Regional I)  
Ejecución Presupuestal de Rentas

Año	Total (Inicial) Presupuestado	Total Pagado o Recaudado	Compromisos de pago o Pecaudo	Total Gasto o Ingreso Anual	SALDO PRESUPUESTAL		Incremento Gasto Total % Año-Base	Incremento Recaudado Total % Año-Base
					a Favor	en Contra		
1976	31,528,671	21,231,671	- 0 -	21,231,671	327,391	(10,624,391)	100.0	100.0
F	25,097,771	17,837,771	- 0 -	17,837,771	327,391	(6,587,391)		
I	6,430,900	3,393,900	- 0 -	3,393,900	- 0 -	(4,037,000)		
1977	57,851,925	42,968,357	3,788,753	52,738,341	6,103,799	(1,010,215)	248.3	202.3
F	50,977,521	38,125,157	2,739,163	47,036,454	6,103,799	(732,726)		
I	6,374,404	4,843,200	1,049,590	5,701,887	- 0 -	(277,489)		
1978	64,747,019	57,297,365	7,414,237	64,711,613	1,040,731	(1,005,314)	304.7	269.8
F	62,870,218	56,045,636	6,785,647	63,031,284	1,040,731	(1,001,797)		
I	1,876,801	1,251,729	628,590	1,880,319	- 0 -	(3,517)		
1979	88,689,443	75,541,963	12,338,445	87,880,409	4,503,452	(3,694,417)	413.9	355.7
F	88,689,443	75,541,963	12,338,445	87,880,409	4,503,452	(3,694,417)		
I	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -		
1980	106,691,328	103,350,731	4,995,581	108,346,315	1,119,829	(4,460,425)	510.3	486.7
F	106,691,328	103,350,731	4,995,581	108,346,315	1,119,829	(4,460,425)		
I	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -		
I						(34,543,928)	1,577.2	1,414.5

Balance obtenidos la misma fuente anterior

FUENTE: Convención No. Total del respectivo año y que distribuye en:  
F- Total del respectivo destinado para funcionamiento  
I- Total del respectivo año destinado para inversión

CUADRO DE LIQUIDACION No 20

## .. ESTUDIO DE LA VARIACION DEL PRESUPUESTO EN PASTO

Hospital San Pedro (Regional 2)  
Ejecución Presupuestal de Rentas

Año	Total Presupues- tado	Total Pagado o Recaudado	Compromi- so de pu- ro o Recaudado	Total Gasto o Ingreso anual	SALDO PRESUPUESTAL a Favor o en Contra	Incremento Gasto Total % Año-Base	Incremento Recaudo Total % Año-Base
1976	28.766.471	21.602.272	4.846.018	28.766.471	4.772.040	100.0	75.0
F	26.099.831	20.466.990	59.256	26.099.831	3.299.939		
I	2.666.640	1.135.282	4.786.762	2.666.640	1.472.101		
1977	38.078.882	35.123.974	9.823.825	44.947.780	2.686.079	156.2	122.1
F	33.242.674	28.777.605	9.024.754	37.782.383	2.405.792		
I	4.836.208	6.346.369	799.971	7.165.397	280.287		
1978	54.002.895	46.406.958	7.952.769	54.859.728	6.911.125	190.7	163.0
F	48.670.800	38.023.780	88.400	45.878.150	5.985.400		
I	5.332.095	8.882.178	7.864.369	8.981.578	925.725		
1979	71.539.420	69.569.589	14.723.651	77.293.239	4.811.102	268.6	217.5
F	56.014.403	49.425.449	14.115.160	63.540.610	2.745.903		
I	15.125.017	13.144.139	608.491	33.752.629	2.065.199		
1980	98.037.426	88.373.145	19.672.729	108.045.875	3.593.406	375.5	307.2
F	66.401.447	57.622.235	18.740.276	76.362.502	3.325.598		
I	31.635.979	30.750.910	932.453	31.683.364	237.807		
					(64.666.009)	1.091.0	206.3%
							100.0

FUENTE: Convención No. Total del respectivo año y que distribuye en:  
F= Total del respectivo año destinado para funcionamiento  
I= Total del respectivo año destinado para inversión

Balance General de la Seccional de Salud de Pasto 1.976-1.980  
CUADRO DE ILUSTRACION No 21

INGRESOS

GASTOS

Los Cuadros Número 19, 20 y 21 marcan el déficit presupuestal que no obstante contar con incrementos anuales, está muy lejos de satisfacer las necesidades poblacionales en cuanto a salud pública se refiere y finaliza en una crisis de asistencia hospitalaria.

Dentro de esta gama de rubros, se encuentra comprendido todas y cada una de las cuentas y subcuentas que manejan los hospitales para atender y cubrir todas sus inmediatas necesidades. Por consiguiente en las denominaciones de funcionamiento e inversión, está representado la forma y manejo de sus asignaciones dentro de la ejecución presupuestal de Rental.

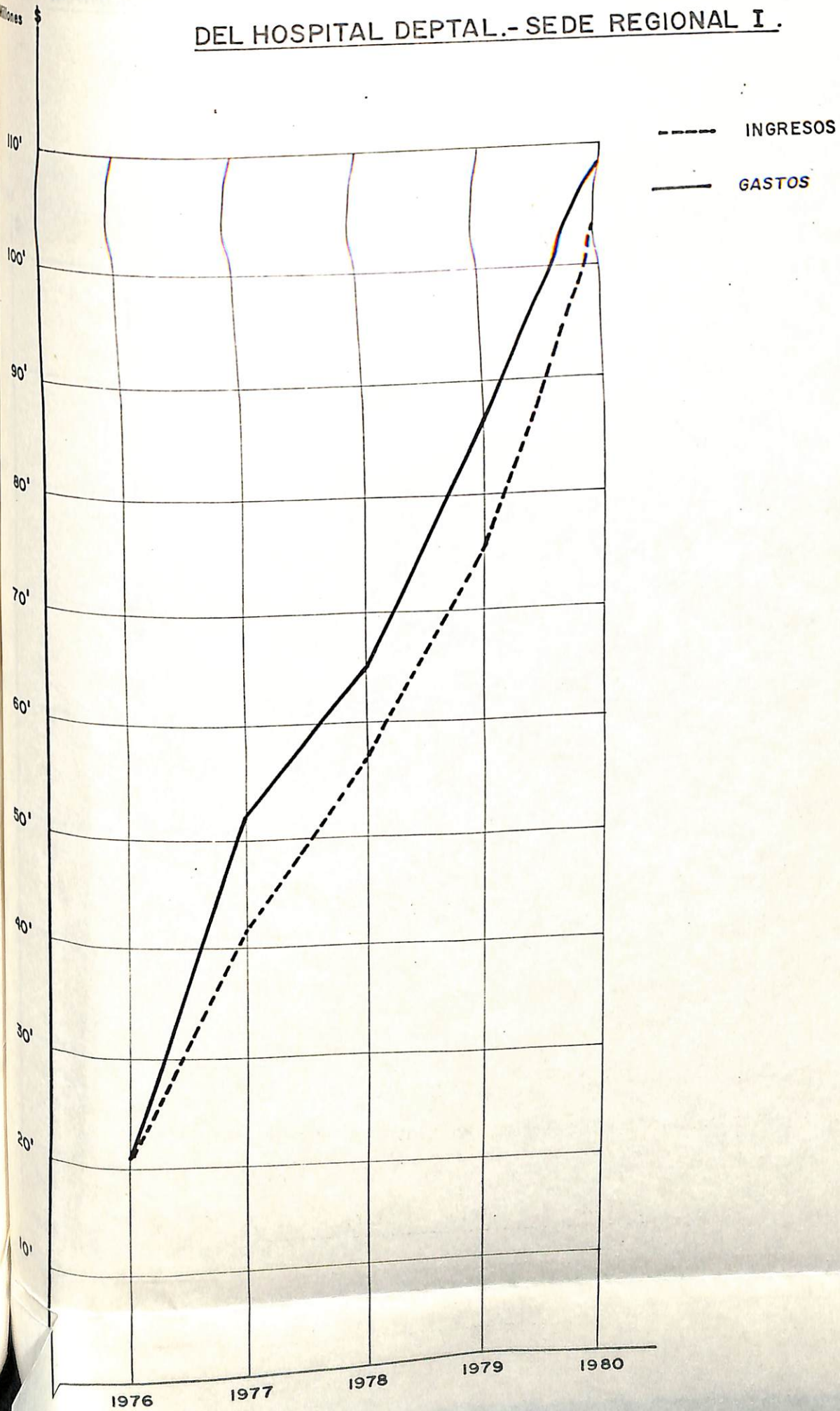
### 5.2 EVALUACION PRESUPUESTAL DE LOS HOSPITALES DE PASTO

Al establecer la comparación de Presupuesto y los gastos de los hospitales principales Departamental e Infantil, integrantes de la (Regional 1) y el Hospital San Pedro, (Regional 2) se observa que los ingresos obtenidos no alcanzan a cubrir el costo real de la atención médica hospitalaria de servicios etc., en la mayoría de los años, de allí que al igual que la Seccional el déficit está presente.

Además de los incrementos anuales que se van dando en los ingresos y gastos, se pueden considerar aumentos no proporcionales que no alcanzan a presentar ni siquiera un punto de equilibrio momentáneo, lo que viene

# VARIACION TENDENCIAL DE LOS INGRESOS Y GASTOS

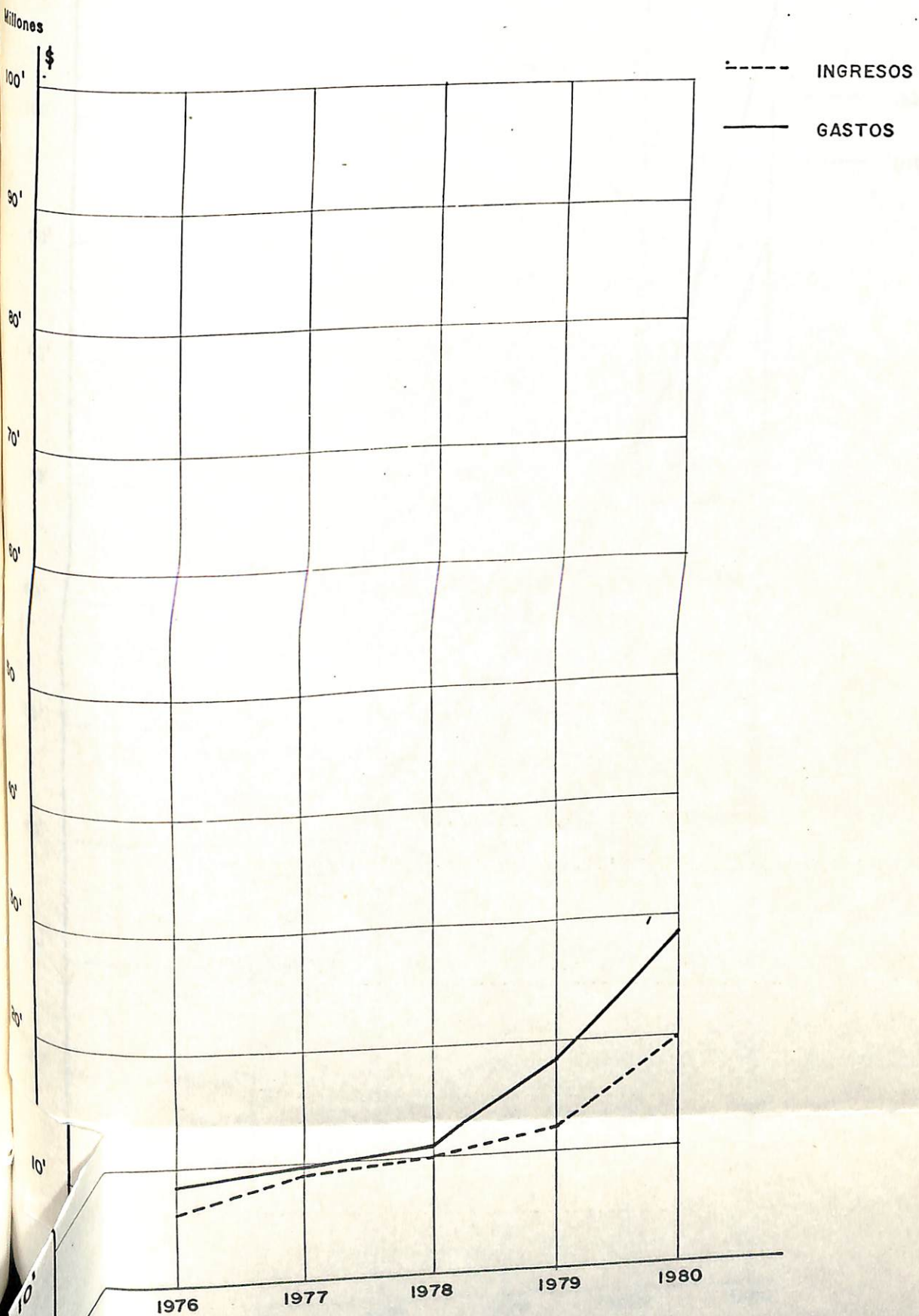
## DEL HOSPITAL DEPTAL.- SEDE REGIONAL I.



FUENTE : ESTA INVESTIGACION.  
ILUSTRACION Nº 13 : IDENTIFICAR LA VARIACION DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL DEPTAL. DESDE AÑOS 1976 A 1980.

# VARIACION TENDENCIAL DE INGRESOS Y GASTOS

## DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES

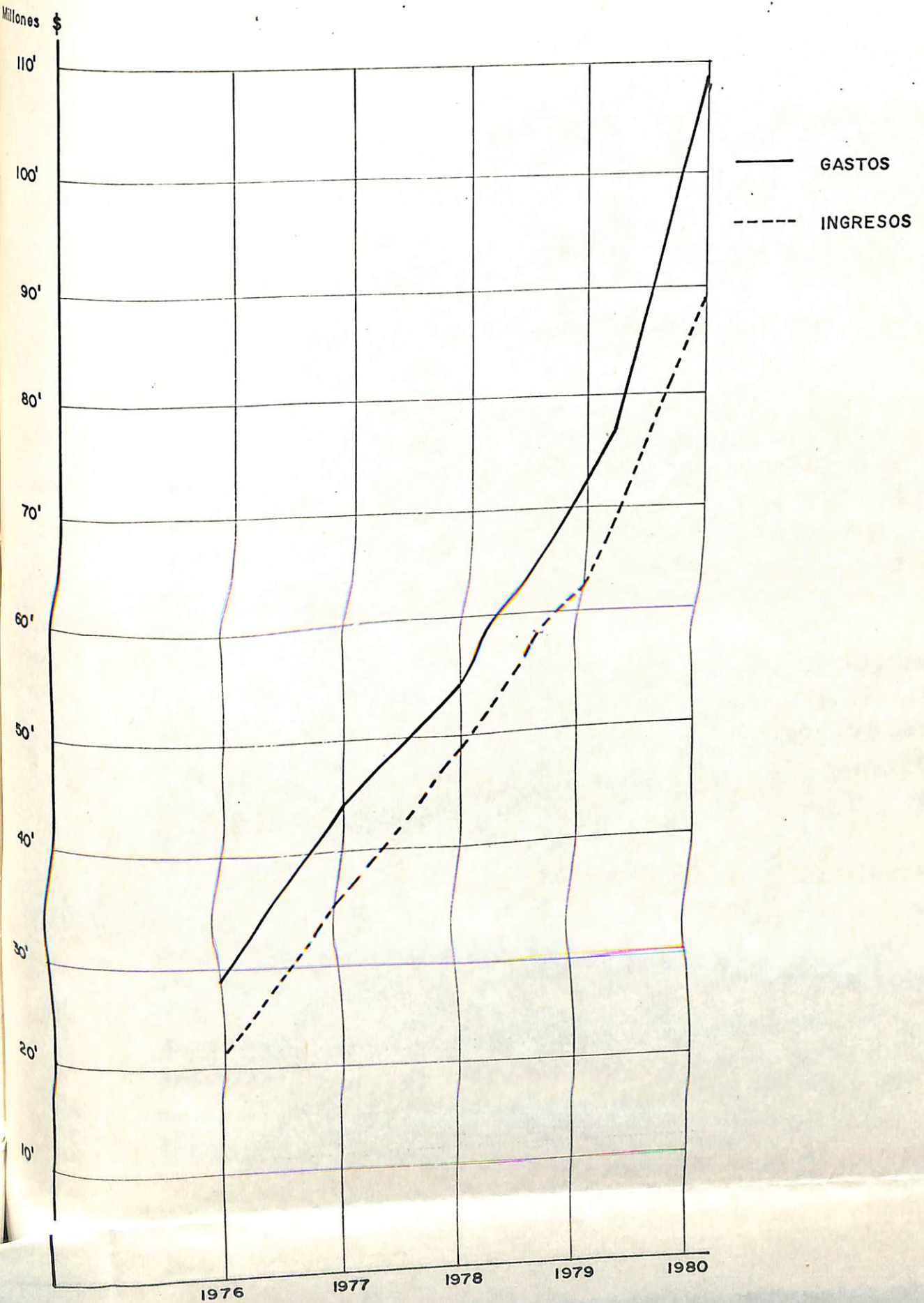


FUENTE: ESTA INVESTIGACION.  
ILUSTRACION N° 14: IDENTIFICAR LA VARIACION DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES ADSCRITO A LA REGIONAL I

# VARIACION TENDENCIAL DE INGRESOS Y GASTOS

## DEL HOSPITAL SAN PEDRO- SEDE REGIONAL II

132



FUENTE: ESTA INVESTIGACION  
ILUSTRACION Nº 15 : IDENTIFICA LA VARIACION DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL  
SAN PEDRO DE 1976 A 1980.

a necesitar un incremento mayor en su asignación e ingresos, buscando para ello mecanismos y procedimientos de re-estructuración que sean convenientes, tales como por ejemplo la racionalización de sus recursos y de su capacitación, con sentido de responsabilidad y eficacia. entros y puestos asistenciales de Salud Pública.

Veamos ahora más detenidamente que ha sucedido en cada hospital.

a) En el Hospital Departamental o Regional I, se da un incremento relativo en lo referente a Gastos, a partir del año de 1976 (100%), para el año 1980 a 510,3% y en ingresos del 100%; y en el año 1980 el 485%, lo cual en términos absolutos señala un déficit de \$34.543.928 que porcentualmente representa el 162.7%.

En el Hospital Infantil componente de la Regional I se presenta un déficit en este mismo período y sus cifras responden a 193% correspondientes a \$16.527.568 después de haberse incrementado los gastos más que proporcionalmente a los ingresos así respectivamente 330,4% y 232.1%.

b) En cuanto hace referencia el Hospital sede Regional II, San Pedro, se continúa demostrando ese déficit presupuestal, ya que los gastos sobrepasan los ingresos, señalando relativamente, que, desde el año de 1976 de un 100% aumenta ostensiblemente el 375.5%, en cambio los ingresos desde 1975 apenas llegan al 307.2% dando un total de déficit relativo de 206.3% equivalente en valores absolutos a \$64.666.009.

De esta forma se ha demostrado numérica y gráficamente el déficit presupuestal con que ha venido padeciendo el sector salud en nuestro medio, con amplia repercusión en la administración de los servicios, en los niveles regional, local, hospitalario, lo mismo que en los centros y puestos asistenciales de Salud Pública.

## 6.1 ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS

Presentamos a continuación los componentes de los costos, en los Hospitales de la ciudad de Pasto, componentes básicos de las Regionales I y II.

a. Partimos de la clasificación del personal que en general cuenta dichos centros, los ubicamos en categorías, esto lo hacemos para conocer su clasificación de acuerdo a su grado de estudios; su costo correspondiente de personal originados por concepto de remuneración al trabajo manual e intelectual que realiza el personal que labora en dichas regionales.

Un aspecto fundamental en el sistema de costos hos-

auxiliares es la clasificación del rubro personal por categorías, que permite el conocimiento de la composición de los costos por concepto de mano de obra.

## CAPITULO 6

### 6. PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

#### 6.1 ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS

Presentamos a continuación los componentes de los costos, en los Hospitales de la ciudad de Pasto, componentes básicos de las Regionales I y II.

a. Partimos de la clasificación del personal que en general cuentan dichos centros, los ubicamos en categorías, esto lo hacemos para conocer su clasificación de acuerdo a su grado de estudios; su costo correspondiente de personal originados por concepto de remuneración al trabajo manual o intelectual que realiza el personal que labora en dichas regionales.

Un aspecto fundamental en el sistema de costos hos-

hospitalarios es la clasificación del rubro personal por categorías, que permite el conocimiento de la composición de los costos por concepto de mano de obra.

Código 7. Personal Técnico: Técnicos y auxiliares de laboratorio.

Código 1. Médicos y Odontólogos.

Código 2. Otro personal profesional, profesionales con título universitario diferente al médico y odontólogo (trabajadora social, abogados, economistas, nutricionistas, etc.).

Código 3. Personal Docente, personal que dedica la mayor parte de su tiempo a actividades de docencia.

Código 4. Enfermeras, son todas las enfermeras con grado universitario: generales, licenciadas, salubristas, etc.

Código 5. Auxiliares de Enfermería: Comprende a las enfermeras no profesionales que se han capacitado para desarrollar esa labor.

Código 6. Ayudantes de Enfermería: Integran el personal de contabilidad, almacenistas, etc.

Código 7. Promotores de Salud: Comprende al personal con cualquier grado de escolaridad que han sido capacitados para desarrollar esa labor.

sonal capacitados para ejercer esta labor, con grado de adiestramiento menor al de las auxiliares.

Código 7. Personal Técnico: Técnicos y auxiliares de laboratorio, radiología, etc. en los hospitales, cualquiera sea su funcionamiento.

Código 8. Personal de Saneamiento: Incluye a aquellos funcionarios capacitados en saneamiento ambiental.

Código 9. Promotores de Salud: Comprende al personal con cualquier grado de escolaridad que han sido capacitados en primeros auxilios, partos, etc., para trabajar en la comunidad, la cual pertenece al hospital. Otros beneficios económicos que recibe el personal de nómina:

Código 10. Personal Administrativo: Es el personal no profesional universitario, que realice labores administrativas tales como: ayudantes de estadística, ayudantes de contabilidad, almacenista, etc. los bienes y servicios hospitalarios, para el cálculo de los costos, los

Código 11. Personal de Servicios Generales: Comprende el personal correspondiente a aseadores, lavanderas, cocineras, mensajeros, vigilancia, etc..

- Véase: Drogas, material médico y de curación,

Los rubros que componen el costo hospitalario son los siguientes:

- Sueldos: Son las asignaciones establecidas para los funcionarios que trabajan en los hospitales, cualquiera sea su funcionamiento.

- Drogas: Aquellos productos farmacéuticos, químicos y biológicos.

- Prestaciones Sociales: Este rubro está conformado por las prestaciones básicas que recibe el personal que trabaja en el servicio seccional de salud: cesantías, vacaciones, primas de navidad y servicios.

- Otras remuneraciones: Incluye el total de otros beneficios económicos que recibe el personal de nómina: subsidios, honorarios, horas extras, etc.

- Materiales y Suministros: Son los elementos o insumos necesarios para la producción de los bienes y servicios hospitalarios, para el cálculo de los costos, los materiales y suministros se reúnen en los siguientes rubros: materiales de aseo, vajilla y menaje, repuestos, papelería, etc.

- Víveres: Drogas, material médico y de curación,

materiales para lavado y confección de ropa, otros materiales, el de personal y el de materiales y suministros, los rubros en los cuales pueden reunirse los gastos generales.

- **Viveres:** Aquellos productos alimenticios requeridos por los diferentes hospitales.

- **Servicios Públicos:** Comprende el costo por servicios.

- **Drogas:** Aquellos productos farmacéuticos, químicos o biológicos destinados a la atención del paciente.

- **Viáticos y Gastos de viajes:** Son aquellos gastos autorizados.

- **Materiales Médico y de curación:** Se integran en este grupo los materiales médicos quirúrgicos requeridos por ciertos departamentos, tales como los destinados al laboratorio, radiología, bloque quirúrgico, e los gastos por concepto de gasolina, aceites, gas, etc., necesarios

para - **Materiales para lavado y confección de ropa:** Aquellos materiales que necesitan para el lavado y confección de ropas.

- **Reparación y Mantenimiento:** Aquellos gastos causados y contratación de servicios de mantenimiento y reparaciones.

- **Otros Materiales:** Incluye los materiales que no fueron asignados en los cuatro grupos anteriores, tales como materiales de aseo, vajilla y menaje, repuestos, papelería, etc.

- **Depreciación:** Incluye los gastos anuales y su distribución.

tribución. Gastos generales: Son los costos por concepto de personal y de materiales y suministros, diferentes a los anteriores. Aquellos gastos no incluidos anteriormente, arrendamientos, seguros, intereses, publicaciones, etc. Servicios Públicos: Comprende el costo por servicios tales como agua, luz, teléfono, comunicaciones, etc.

Los componentes anteriores, son los elementos del costo. Viáticos y Gastos de viaje: Son aquellos gastos autorizados legalmente para viaje de los funcionarios en cumplimiento de alguna misión especial. SEGUN

#### CONCEPTO DEL GASTO

- Combustibles y Lubricantes: Incluye los gastos por concepto de gasolina, aceites, gas, etc., necesarios para el funcionamiento de vehículos y máquinas. sociales y otras remuneraciones, participa en él un total de los. Reparación y Mantenimiento: Aquellos gastos causados y contratación de servicios de mantenimiento y reparación de edificios, vehículos, maquinaria y equipos, etc. Los hospitales realizaron por concepto de drogas, elementos de curación, placas radiológicas y elementos para labor. Depreciación: Incluye los gastos anuales y su dis-

tribución periódica por conceptos de depreciación de edificios, equipos, instalaciones y bienes muebles.

- Otros Gastos: Aquellos gastos no incluidos anteriormente, arrendamientos, seguros, intereses, publicaciones, imprevistos, etc.: confección y el lavado de ropa, sábanas, faldas, etc..

Los componentes anteriores, son los elementos del costo total dentro del servicio de salud. Están los costos de materiales y suministros no comprendidos en los grupos

## 6.2 COMPOSICION DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO DEL GASTO

6. Grupo Gastos Generales: Incluye los costos correspondientes a:

1. Costo de Personal: Incluye todos los costos de personal de los hospitales, como sueldos, prestaciones sociales y otras remuneraciones, participa en él un total de los costos con el dinero.

En el Cuadro N° 23 presentamos los costos en que

2. Grupo Farmacia: Incluye todas las erogaciones que los hospitales realizaron por concepto de drogas, elementos de curación, placas radiológicas y elementos para laboratorio clínico. Se nos entregó el promedio para los hospitales, para un posterior análisis, como veremos

- 3. Grupo Alimentos: Erogaciones por concepto de víveres y alimentos.
- 4. Grupo Vestuario: Materiales consumidos en los hospitales correspondientes a los departamentos de lavandería y ropería para la confección y el lavado de ropa, sábanas, fundas, etc..
- 5. Grupo Utiles y Materiales: Están los costos de materiales y suministros no comprendidos en los grupos anteriores.
- 6. Grupo Gastos Generales: Incluye los costos correspondientes al pago de servicios públicos, gastos de viaje, depreciación, reparación y mantenimiento, seguros y otros conceptos.

En el Cuadro N° 23 presentamos los costos en que incurren los hospitales de la ciudad de Pasto, según su concepto.

De esos resultados encontramos el promedio para los hospitales, para un posterior análisis, como veremos

CUADRO DE ILUSTRACION No. 23

HOSPITAL INFANTIL "LOS ANGELES", COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN

CONCEPTO DEL GASTO Y SU VALOR - 1980

HOSPITAL DEPARTAMENTAL, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO

CONCEPTO	DEL GASTO COSTO	RELACION PORCENTUAL
Personal	21'640.619.00	77.68%
Alimentos	1'231.353.30	4.42
Personal	50'817.201.00	79.82%
Farmacia	2'710.649.10	9.73
Alimentos	3'633.742.40	5.20
Vestuario	259.085.68	0.93
Otros V. y Mat.	735.469.04	2.69
Costos Generales	1'288.499.00	4.60
Costos Generales	2'690.644.88	3.57
T O T A L	27'858.676.00	100.00%
T O T A L	73'887.298.00	100.00%

Fuente: Esta Investigación.

Fuente: Cálculo de los autores, esta investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 25  
 CUADRO DE ILUSTRACION No. 24

HOSPITAL SAN PEDRO, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO  
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO  
 DEL GASTO - 1980  
 DEL GASTO

CONCEPTO	1980 COSTO	RELACION PORCENTUAL
	322 COSTO 377.00	RELACION PORCENTUAL
Personal	58'817.201.00	79.82%
Alimentos	3'831.739.40	5.20
Farmacia y A.	6'528.694.60	8.86
Vestuario	1'626.342.03	0.85
Otros U. y M.	1'252.680.00	1.70
Gastos Generales	4'2630.641.00	103.57%
T O T A L	73'687.298.00	100.00%

Fuente: Cálculo de los autores, esta investigación.

Fuente: Cálculo de los autores, esta investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 25  
 HOSPITAL SAN PEDRO, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO  
 DEL GASTO - 1980

CONCEPTO	COSTO	RELACION PORCENTUAL
Personal	32'861.977.00	77.89%
Alimentos	2'042.007.60	4.84
Farmacia	3'936.349.30	9.33
Vestuario	388.150.20	0.92
Otros U. y M.	1'096.946.20	2.60
Costos Generales	1'864.808.60	4.42
<b>T O T A L</b>	<b>42'190.240.00</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cálculo de los autores, esta Investigación.

en el Cuadro N° 26.

La composición de los costos según su concepto, indica los costos dentro de los hospitales; se observa como los costos de personal, dentro del total tienen una participación alta por lo cual se explica ya que la actividad hospitalaria es intensiva en mano de obra.

Esto hace que las entidades se vean propensas a las variaciones presupuestales, debido a que los hospitales tienen una fuente de ingresos relativamente fija, frente a los cambios del factor trabajo, esto es una característica general de los hospitales. Para hacer un paralelo con el promedio, que según estudios del ANIF fue del 62% para el año de 1979, este promedio no es de gran confiabilidad, debido a la falta de un sistema de costos en la mayoría de los hospitales que se tomaron como muestra.

Al hacer la respectiva comparación local-nacional miramos que estamos así: 78.46% local frente al 62% nivel nacional, lo que nos indica que en un 16.46% existe mayor concentración del recurso humano.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 26

HOSPITALES, REGIONAL I - II, PROMEDIO PORCENTUAL DE LOS COSTOS SEGUN CONCEPTO DEL GASTO - 1980

CONCEPTO	RELACION PORCENTUAL
Personal	78.46%
Alimentos	4.82
Farmacia	9.30
Vestuario	0.90
Otros U. y M.	2.53
Gastos Generales	4.19
TOTAL	100.00%

Para la explicación de este fenómeno expondremos lo siguiente: La administración del recurso humano en el sector salud, se ha caracterizado por la falta de sistematización y tecnificación que ha reducido su ambiente funcional a simples trámites de oficina, sin una orientación que responda a principios racionales de administración. Debido a la ausencia o incorrecta interpretación de las normas existentes han surgido multiplicidad de formas de administración personal, con las consecuencias tales como diversidad de denominaciones para empleos en funciones similares, vinculación de personal sin requisitos mínimos necesarios, inexistencia de mecanismos técnicos de selección, promoción, desarrollo de personal y calificación de servicios.

Los esfuerzos encaminados a lograr una racionalización de la administración de personal quedaron formalizados con la expedición del Estatuto de Personal para el sistema nacional de salud, Decreto N° 694 de 1975, que fundamentan el régimen de administración de personal en sus componentes básicos de reclutamiento y selección, ingreso al servicio, clasificación del servicio, carrera ad-

administrativa y bienestar social, teniendo como base el principio del mérito. Siguiendo el principio universal de que igual trabajo debe corresponder igual salario en igualdad de condiciones. Con la aplicación del plan de clasificación de cargos, se espera obtener entre otras las siguientes ventajas:

Un valioso documento que puede utilizarse para proporcionar una sólida base para el desarrollo de una racional y tecnificada administración de personal, pues solo conociendo las características de los puestos, se puede establecer los requisitos para la selección de personal, determinar los indicadores de haberes y responsabilidades para la calificación de servicios, los programas de capacitación y valorar los cargos para dictaminar un plan de salarios justo y equitativo.

También se ha analizado, la anarquía existente en cuanto a la remuneración del trabajo, lo cual ha redundado en un proceso incontrolable del incremento del costo de servicios, sin que por ello se haya logrado salarios satisfactorios equitativos.

Esta realidad demanda del sistema la definición, implantación y desarrollo de una política salarial y de un

plan de valorización de cargos, que reglamente la redistribución del empleo siguiendo el principio universal de que igual trabajo debe corresponder igual salario en igualdad de circunstancias.

Un valioso documento que puede utilizarse para poner en práctica esta recomendación de personal es el publicado por la División de Salud de la Universidad del Valle y titulado "Desarrollo del Recurso Humano para la atención primaria en salud".

En segundo lugar, las drogas se constituyen en rubro de gran importancia ya que con relación al promedio nacional que es de 7.47% está por encima de éste con un 9.30% en promedio local. Se precisa tomar medidas claras y terapéuticas para racionalizar su costo; una programación coordinada de proveedores y una política normal de las existencias son puntos básicos en el manejo presupuestal. Si la primera es alta se termina financiado a los proveedores y si la segunda es baja o deficitaria se termina absorbiendo los últimos precios.

A nivel externo encontramos:

- Costo creciente y fuera de control institucional de los insumos de servicios.

- Creciente demanda de la población por más y mejores servicios.

Otro rubro que merece un análisis especial es el de los gastos generales en el cual se destacan los costos por concepto de depreciación, esto pone de relieve la importancia que tiene el hecho de implantar una política clara de depreciación. El no hacerlo en un momento oportuno puede ocasionar la obsolescencia de sus equipos médicos, de su edificio y cerrar las puertas a los adelantos de la ciencia médica y hospitalaria.

Encontramos que el valor más importante dentro de los gastos generales es la depreciación el cual debe ser tenido muy en cuenta.

Los costos por concepto de alimentos y confecciones registrados en los diferentes hospitales, da un promedio 4.82 y 0.90 respectivamente, son inferiores a los prome-

CUADRO DE ILUSTRACION No. 27

HOSPITAL ALFARANTAL, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES DEL HOSPITAL INFANTIL "LOS ANGELES", COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES

LES - 1980

CONCEPTO	EN RELACION AL TOTAL DE GASTOS GENERALES	EN RELACION AL COSTO DEL HOSPITAL
Servicios Públicos	13.16%	00.61%
Gastos de Viaje	1.29	00.06
Combustibles y Lub.	19.23	00.88
Reparación y Mant.	13.81	00.63
Depreciación	42.56	01.96
Otros Gastos	9.95	0.46
<b>T O T A L</b>	<b>100.00%</b>	<b>4.60%</b>

Fuente: Cálculo de los autores, esta investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 28

HOSPITAL DEPARTAMENTAL, COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES

1980

CONCEPTO	EN RELACION AL TOTAL DE GASTOS GENERALES	EN RELACION AL COSTO DEL HOSPITAL
Servicios Públicos	12.26%	0.45%
Servicios Públicos	13.16%	0.09
Gastos de Viaje	1.38	0.08
Gastos de Viaje	1.36	0.75
Combustibles y Lubr.	25.06	0.97
Combustibles y Lubr.	20.17	0.57
Reparación y Mantén.	19.83	0.58
Reparación y Mantén.	10.21	1.62
Depreciación	40.09	1.08
Depreciación	43.01	0.09
Otros Gastos	1.38	0.09
Otros Gastos	17.15	0.40
<b>T O T A L</b>	<b>100.00%</b>	<b>3.57%</b>
<b>T O T A L</b>	<b>100.00%</b>	<b>4.42%</b>

Fuente: Cálculo de los autores, esta Investigación.

Fuente: Cálculo de los autores, esta Investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 29

HOSPITAL "SAN PEDRO", COMPOSICION PORCENTUAL DE LOS GASTOS GENERALES

1980

CONCEPTO	EN RELACION AL TOTAL DE GASTOS GENERALES	EN RELACION AL COSTO DEL HOSPITAL
Servicios Públicos	13.10%	0.52%
Gastos de Viaje	1.36	0.08
Combustibles y Lubr.	20.17	0.97
Reparación y Mant.	10.21	0.38
Depreciación	43.01	1.99
Otros Gastos	12.15	0.48
T O T A L	100.00%	4.42%

Fuente: Cálculo de los autores, esta Investigación.

dios nacionales (5.70% para alimentos y 1.20% para las confecciones). El I tiene mayor porcentaje ocupacional promedio de 69.74% frente a 62.53 de la Regional II.

### 6.3 PRODUCCION DE LOS HOSPITALES DEPARTAMENTAL,

#### INFANTIL Y SAN PEDRO - 1980

El porcentaje ocupacional, es la relación existente entre el número de camas utilizadas y el número de camas disponibles expresado en porcentaje. Observamos el mayor número de camas en el hospital Departamental que en el Hospital Infantil al referirnos a la Regional I en el año 1980, esto origina por lo tanto mayor número de días-cama disponible en el Hospital Departamental que refleja 23.725 para 1977 y que en 1980 tuvo un incremento de 22.630 días-cama disponible, esto como consecuencia en el crecimiento de la demanda por servicios de salud, para así dar mayor cobertura a la población perteneciente a la Regional I.

En conclusión podemos decir que la Regional I des-  
 En lo concerniente a la Regional II, conformada básicamente por el Hospital San Pedro de esta ciudad, ha tenido una estructura homogénea en cuanto al número de días-cama disponible, que es mayor que el del Hospital Departamental, pero no tiene correspondencia con su porcentaje ocupacional, porque su promedio es de 62.53%

frente a 64.34% del Departamental y de 67.14 en el Infantil, la Regional I tiene mayor porcentaje ocupacional promedio de 65.74% frente a 62.53 de la Regional II.

El porcentaje ocupacional, es la relación existente entre el número de camas utilizadas y el número de camas-día disponible expresado en porcentaje, este es uno de los factores que influye en forma definitiva en los costos por paciente, de un hospital, bajos niveles de ocupación implican desperdicios de la capacidad instalada y altos valores de costos, y viceversa, los hospitales que tienen una alta ocupación tienen bajo valor de la cama-día ocupada. El porcentaje generalmente aceptado y que no representa riesgo de tener que rechazar pacientes en los momentos de mayor congestión, es el 80%.

En conclusión podemos decir que la Regional I desperdicia un 14.26% de su capacidad instalada, si se compara con el patrón ideal (80%), este 14.26% nos indica la no utilización del recurso cama, el hecho de que no se esté aprovechando la capacidad instalada con respecto a la cama, no implica que se deba levantar dicho recurso,

por cuanto la población crece en forma continua, en nues-  
tro caso la tasa de crecimiento es del 2.3% que continua-  
mente demanda mejores servicios. La estancia hospitalaria es el indicador que  
tiene relación con el costo de la cama ocupada, ya que  
Los datos obtenidos aquí, nos lleva finalmente al  
promedio estancia, que es la relación existente entre el  
total de estancias egresos en un período determinado y el  
total de egresos de ese período. La estancia está da-  
da por los días de permanencia de un enfermo en el hos-  
pital; el egreso es la salida por alta o defunción de un pa-  
ciente que había ingresado al hospital.

El promedio estancia se calcula aplicando la siguien-  
te fórmula:

$$\text{Promedio Estancia} = \frac{\text{Total de Estancias de los Egresados}}{\text{Total de Egresados}}$$

Ejemplo: Durante diciembre hubo 265 egresos y tu-  
vieron estancias que ascendieron a 2.568 días. El pro-  
medio Estancia fue:

$$\text{PE} = \frac{2.568}{265} = 9.69 \text{ días estancia}$$

El promedio estancia es otro de los indicadores o índices para medir la utilización de las camas del hospital, el promedio estancia hospitalaria es el indicador que tiene relación con el costo de la cama ocupada, ya que altas estancias promedio implica mayor nivel de ocupación y por consiguiente, menor valor de la cama ocupada. Sin embargo, debido a que la estancia hospitalaria es un factor que depende de la gravedad clínica de la enfermedad y del grado de calidad y eficiencia de la atención dispensada al paciente, puede darse el caso que registren baja permanencia y alto grado de ocupación.

La Regional I, tiene mayor promedio estancia que es de 7.65 frente al promedio estancia de la Regional II que es de 5.63, lo cual va a repercutir en los costos unitarios hospitalarios.

En el análisis de los indicadores de los costos unitarios, nos encontramos con lo planteado inicialmente, es decir que a mayor nivel de ocupación y mayores estancias, los costos unitarios de las camas ocupadas son menores y viceversa.

dro: Sin observamos en la Regional I, con los Hospitales Departamentales e Infantil, encontramos que el Hospital Infantil tiene menor costo unitario tanto en la cama instalada, como ocupada o utilizada. dro tiene 56.940 días-cama y el Hospital Departamental 23.725 días cama-instalada. Para 1977 el Hospital Infantil cuenta con 22.156 días-cama disponible y una utilización del 70.50% de este recurso, el Hospital Departamental se encuentra con 11.263 camas utilizadas y con un porcentaje ocupacional del 47.47%, el desperdicio de la capacidad instalada lleva a mayores costos unitarios de cama día instalada, día cama ocupada; el costo unitario de una cama instalada en el Hospital Departamental cuesta \$ 819.36 y del Hospital Infantil \$ 385.29, el costo unitario de la cama-día ocupada para el Hospital Departamental cuesta \$ 1.725.94 y para su componente \$ 596 (1980) anteriores conceptos, como son los costos totales con que cuenta cada institución. Igualmente, si hacemos un paralelo con los días estancia también se obtendrá la misma proporción ya que el nivel de estancia del Hospital Departamental es de 6.3 y del Hospital Infantil 9.2. factor estancia tiene variaciones como anteriormente notamos.

En la Regional II, tenemos que el Hospital San Pe-

dro tiene menor costo que el Hospital Departamental, esto indudablemente por la mayor cobertura que tiene esta regional, en cuanto al recurso cama, si fijamos las cifras para 1977 el Hospital San Pedro tiene 56.940 días-cama y el Hospital Departamental 23.725 días cama-instaladas, con un porcentaje ocupacional del 62.30% y 47.70% respectivamente, esto nos da las pautas para determinar el costo unitario tanto de la cama instalada y ocupada nos dará menor en el Hospital San Pedro que en el Departamental, para el Hospital Departamental el costo unitario de la cama instalada es de \$ 819.36, mientras que la del Hospital San Pedro es de \$ 471.15; la cama ocupada es de \$ 1.725.94 y \$ 756.19 respectivamente (1980).

Hay que atender que el análisis, lleva varios factores que pueden hacer variar los anteriores conceptos, como son los costos totales con que cuenta cada institución, el número de recursos disponibles, pero en líneas generales se cumple, que a mayor utilización del recurso cama y la mayor estancia son parámetros para formular bajos costos, aunque el factor estancia tiene variaciones como anteriormente anotamos.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 30

DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE CAMAS

Año	Camas Disponibles		Camas Disponibles		Camas Disponibles		Camas Disponibles		% Ocupacional			
	N° de Camas Disponibles		N° Días Camas Disponibles		Días Camas Utilizadas		Días Camas Utilizadas		% Ocupacional			
	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II		
1977	85	94	156	23.725	34.310	56.940	11.263	22.156	35.478	47.47	70.56	62.30
	18.350	18.350	21.825	2.850	4.201	2.850	5.225	6.3	2.7	5.7	5.7	
1978	140	83	188	51.100	30.295	61.320	34.091	11.199	41.756	66.71	36.96	68.69
	25.350	18.500	32.500	2.000	4.204	2.001	5.787	6.9	5.6	5.7	5.6	
1979	139	88	159	50.375	30.295	58.085	35.296	29.880	34.383	70.06	98.63	59.04
	20.500	17.900	31.500	4.700	4.700	2.525	5.922	6.5	5.6	5.3	5.6	
1980	127	83	171	45.355	30.295	62.145	34.164	18.907	32.996	73.70	62.40	53.68
	11.300	18.400	25.500	2.500	4.822	2.197	6.417	5.9	5.5	5.6	5.6	

Fuente: Esta Investigación, Centro de Estudios e Investigación

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 31

## INDICADORES DE EGRESOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA ALIENACION

Año	Total Día Estancias		N° de Egresos		Promedio Estancia					
	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II	Regional I	Regional II				
	H. Deptal. H. Infantil	H. San Pedro	R. Deptal. H. Infantil	H. San Pedro	H. Deptal. H. Infantil	H. San Pedro				
1977	26.500	18.656	431,10	31.825	1.725,86	588,00	4.877,31	6.311,97	4.856,77	
					4.201	2.030	6.3	9.2	5.7	
1978	29.950	18.580	508,46	32.959	1.658,58	1.376,28	11.078,82	7.473,08	8.451,72	
					4.344	2.061	6.9	5.787	9.0	5.7
1979	30.558	17.995	388,24	31.500	1.498,52	798,82	12.084,38	11.845,72	3.887,20	
					4.709	2.018	6.5	5.922	8.9	5.3
1980	33.380	18.450	678,90	25.990	2.150,08	1.477,08	12.886,38	12.855,97	9.588,00	
					5.652	2.167	5.9	4.437	8.5	5.8

Fuente: Esta Investigación.

Fuente: Esta Investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 32

INDICADORES - COSTOS UNITARIOS DE HOSPITALIZACION

Año	Casa Día Instancia			Casa Día Ocupada			Egresos		
	Regional I	Regional II	H. San Pedro	Regional I	Regional II	H. San Pedro	Regional I	Regional II	Regional I
1977	819.36	85.29	471.16	1.725.94	596.00	756.19	4.627.31	5.511.97	4.855.77
1978	940.23	508.40	608.87	1.409.56	1.375.29	894.15	11.036.61	7.473.00	6.451.72
1979	1.119.76	789.03	578.24	1.609.55	799.98	976.02	12.064.35	11.845.22	5.657.20
1980	1.584.63	919.58	678.90	2.150.08	1.473.00	1.278.65	12.996.38	12.855.87	9.508.00

Fuente: Esta Investigación.

#### 6.4 PROYECCIONES FUTURAS CON BASE EN EL COMPORTAMIENTO HISTORICO

En base a una política de incrementos muy restringida se realizan las proyecciones para los años 1981 a 1985, y sus resultados muestran claramente una situación deficitaria en el costo cama-día, tal como lo indica el Cuadro de Ilustración N° 33.

De esta manera es fácil concluir: que de seguir con estas fuentes de financiación sin haber ninguna reestructuración tanto nacional como seccional, los hospitales pueden verse en la penosa necesidad de cerrar sus servicios, como actualmente se está viviendo con el factor cama; esto se presenta sin tener en cuenta además:

- Los altos costos que se ven sometidos los productos farmacéuticos, como los materiales de curación.
- La situación inflacionaria que se presenta a través de los años.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 33

PROYECCION DE COSTO CAMA-DIA O PROMEDIO ANUAL DE LOS HOSPITALES DE PASTO

1981 - 1985

AÑO	REGIONAL II	
	REGIONAL I	REGIONAL II
	H. Departamental H. Infantil los A. H. San Pedro	
1981	1.839.83	1.121.19
1982	2.128.87	1.309.40
1983	2.497.61	1.497.61
1984	2.706.95	1.688.82
1985	2.996.00	1.874.03

Fuente: Esta Investigación. Se observa los precios mínimos de costo cama-día en los cinco (5) próximos años.

- Los seguros incrementos a que se verá sometida la ley del salario mínimo, afectando el renglón de servicios personales de los hospitales.

- La adquisición de equipos que a través del tiempo se hacen necesarios para la prestación de los servicios que cada día son prioritarios, como también su mantenimiento.

Como conclusión general, planteamos la desutilización de los recursos, con que cuentan las instituciones y básicamente del recurso cama, el Hospital Departamental no utiliza un 15.51% frente al patrón normal del 80%, el Hospital Infantil no utiliza un 12.86 el recurso cama, y el Hospital San Pedro en un 19.22 eso origina situaciones de desequilibrio en los costos unitarios.

## 6.5 RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LOS RECURSOS

Las instituciones de salud que atienden la demanda directa de la población necesitan poner en práctica ciertas

tos mecanismos de ajustes a los diferentes tipos de recurso para atender a la cada vez más alta demanda de servicios, procurando prestar el máximo de beneficio a menor costo posible.

La adopción de las recomendaciones tendientes a adecuar los recursos actualmente disponibles, para hacer frente a un posterior aumento de la demanda, sin necesidad de contratar cantidades nuevas de recursos que elevaran el costo de operación.

6.6 PRECIO QUE PAGAN LOS USUARIOS POR  
 Para aumentar el rendimiento del recurso humano, se recomienda un proceso de planificación de los pacientes que lleguen a la institución, combinando con la delegación de los casos de bajo riesgo clínico a personal auxiliar, con el fin de orientar a los casos que más lo necesitan. De esta manera se establecerá que cada clase de pacientes deberá ser atendida por los médicos y cuales por el personal auxiliar.

Para poner en práctica esta recomendación, se requiere el entrenamiento del personal auxiliar y de su es-

un 15% sobre el costo total. 25/

La composición por los obreros de salario mínimo y se de. Se hace necesario aumentar la productividad del recurso cama, esto tiene en su contra los argumentos de cambio de calidad de atención al paciente y aumentar los costos variables de la atención hospitalaria. Es necesario lograr la ocupación máxima del recurso cama (80%) que lógicamente requiere aumentos en el gasto de insumos.

La categoría "C" está conformada por otros y que va desde 56 puntos en adelante, y paga un 56% en adelante sobre el costo total. 26/

Las tarifas planteadas por las agencias de salud de Pasto y generalmente en Nariño, llevan a clasificarse mediante un estudio de investigación socio-económica tomando los aspectos trabajo, educación y vivienda. La clasificación responde a cuatro categorías, así:

26/ Ministerio de Salud Pública, Asociación Colombiana de Hospitales, Pasto 1980.  
27/ *Ibid.*  
28/ *Ibid.*

— La conformada por el Lumpen y que se denomina categoría "O" y que va desde 0 a 15 puntos, y que paga

un 15% sobre el costo total. 25/ tendencia que en un momento dado puede estar sustituyendo la deficiencia de otras fuentes. La compuesta por los obreros de salario mínimo y se denomina categoría "A" y que va desde 16 a 35 puntos, y que pagan un 35% sobre el costo total. 26/ ahora hay que preocuparse. El aumento de los recursos financieros. La tercera categoría la componen, los obreros o empleados y que se llama categoría "B", que va desde 36 a 55 puntos, y que paga un 55% sobre el costo total. 27/ da; y es esto tenemos que referirnos a la importancia de tener. La categoría "C" está conformada por otros y que va desde 56 puntos en adelante, y paga un 56% en adelante sobre el costo total. 28/

#### 6.7 IDENTIFICACION DE LA MUESTRA

De esta manera hacemos relación al crecimiento acelerado de los recursos institucionales, obtenidos a través de la venta de los servicios de las instituciones y otros ingresos obtenidos por ellas. Esto amerita un

---

de la muestra se obtiene de la siguiente  
25/ Ministerio de Salud Pública, Asociación Colombiana de Hospitales, Pasto 1980.

26/ Ibid. habitantes distribuidos en un 32.4% para la zona urbana y en un 67.6% para la zona rural; ésta se  
27/ Ibid.  
28/ Ibid.

análisis especial por ser una tendencia que en un momento dado puede estar sustituyendo la deficiencia de otras fuentes, ya sea nacionales o departamentales. No podríamos precisar cual de estos fenómenos ocurre en cada caso, pero si hay un hecho de fondo en el cual ahora hay que preocuparse. El aumento de los recursos financieros son a través de la venta de servicios o de otros ingresos, tiene complicaciones sociales que pueden traducirse en el rechazo de población, de población marginada; y en esto tenemos que referirnos a la importancia de tener una política tarifaria nacional, regional y local que consulte la realidad socioeconómica de los usuarios.

Nº 34, se aplica "COCHRAN" para las poblaciones que tienen un  $n < 100$ . Se designa la zona urbana por "Y" y la zona rural por "Q". Para cada zona aplicamos ahora la siguiente fórmula:

#### 6.7.1 Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se obtiene de la siguiente forma: Se toma como base la población de Nariño que es de 1.022.869 habitantes distribuidos en un 32.4% para la zona urbana y en un 67.6% para la zona rural; ésta se explica en el Cuadro de Ilustración Nº 34. El ma-

tomó de acuerdo a la respectiva distribución de las Regionales respectivamente:

Regional I con sede en Pasto.	157.534	690.706
Regional II con sede en Pasto.	37.319	67.65
Regional Norte con sede en la Unión.		
Regional Sur con sede en Ipiales.		
Regional Centro Occidente con sede en Túquerres.		
Regional Occidente con sede en Tumaco.		
Area de Penetración con sede en Cumbitara.		

En base a lo expuesto en el Cuadro de Ilustración N° 34, se aplica "COCHRAN" para las poblaciones que tienen una característica excluyente. Se designó la zona urbana por "p" y la zona rural por "Q". Para cada zona aplicamos ahora la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2 P \cdot Q}{d^2}$$

donde: t= probabilidad del 90% = 1.84  
d= grado de error aceptado = 10% o sea 0.10.

Explicación del Cuadro de Ilustración N° 34. El ma-

CUADRO DE ILUSTRACION No. 34

POBLACION ESTIMADA PARA 1980

URBANA RURAL

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 34

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA REGIONAL  
 POBLACION DE NARIÑO ESTIMADA PARA 1980

REGIONAL I	TOTAL	URBANA	RURAL
Regional I	3.3852	0.4770	0.5336
Pasto	159.626	76.145	83.481
Regional II	3.3852	0.4366	0.5001
Regional II	181.765	79.367	102.398
Pasto	3.3852	0.1919	0.8081
Regional Norte	123.041	23.622	99.419
Regional Sur	3.3852	0.3437	0.6563
La Unión			76.40
Regional Sur	3.5170.855	0.2635	0.7352
Ipiiales	3.3852	0.2597	0.7483
R. Centro Occd.	133.636	33.221	98.415
Tuquerres	3.3852	0.0925	0.9075
R. Occidente	212.812	55.278	157.534
Ar. de Penetrar	41.126	3.807	37.319
TOTAL	11022.869	332.163	690.706
%	100%	32.4%	67.6%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 35

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA REGIONAL  
 GRUPO DE ILUSTRACION N. 36  
 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON FACTOR DE CORRECCION

REGIONALES	VALOR t <sub>2</sub>	P	q	d <sub>2</sub>	n	n "AJUSTADA"	Total
Regional I	3.3852	0.4770	0.5230	0.01	84.46	85	
Pasto							
Regional II	3.3852	0.4366	0.5634	0.01	83.27	84	102
Pasto							
Reg. Norte	3.3852	0.1919	0.8081	0.01	51.98	52	100
La Unión							
Reg. Sur	3.3852	0.3437	0.6563	0.01	76.40	77	63
Ipiiales							
R. Cen. Occ.	3.3852	0.2635	0.7365	0.01	65.70	66	82
Tóquerres							
Reg. Occidente	3.3852	0.2597	0.7403	0.01	65.00	65	79
Tumaco							
Ar. de Penet.	3.3852	0.0925	0.9075	0.01	28.41	29	79

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

TOTAL	146.87	305.44	179.62	180	316.54	367	949
			32.78%			67.22%	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N. 36

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON FACTOR DE CORRECCION

Regionales.	N° De Encuestas Estimadas		Factor Corrección		Total	
	Z. Urbana	Z. Rural	N° de Encuestas Realizadas	Z. Urbana "n" Ajust. Z. Rural n Ajust.		
Regional I Pasto	40.29	44.17	48.35	49	53	102
Regional II Pasto	36.35	46.92	43.62	44	56	100
Reg. Norte La Unión	9.97	42.00	11.96	12	51	63
Reg. Sur Ipiiales	26.25	50.14	31.51	32	60	92
Reg. C. Occidente Túquerres	17.31	48.38	20.77	21	58	79
Reg. Occidente Tumaco	16.88	48.29	20.26	21	58	79
Ar. de Pen.	2.62	25.78	3.15	3	31	34
TOTAL	149.67	305.44	179.62	180	367	549
%			32.76%		67.22%	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

De esta forma encontramos las muestras para cada nejo de este cuadro se basó en la aplicación de "COCHRAN" Regional de acuerdo a la anterior explicación, cuya fórmula anunciada anteriormente es:

Ahora bien, en el cuadro de Ilustración N° 34 trabajamos con un factor de corrección del 20%, lo que incluye un 10% de error y un 10% de margen de seguridad, esto es Por lo tanto:  $t^2 = (1.84)^2$  quiere decir  $d^2 = (0.10)^2$

$L.P =$  Al total de la población urbana sobre el total de la Regional I.

Regional II: Anteriormente tenemos una muestra de 84.46% "P" quedaría de la siguiente manera:  $\frac{76.145}{159.626} = 0.4770$  cionalmente de acuerdo a la población tanto urbana como rural.

$Q =$  Complemento de P.

159.626 "Q" quedaría así:  $1 - 0.4770 = 0.5230$  es decir que la zona rural tiene un 52.3% con respecto al total de la población.

Por consiguiente el reemplazo en la fórmula quedaría así:  $n = (1.84)^2 (0.4770) (0.5230) = 3.3856 (0.24947) = 84.46$

$$(0.10)^2 = 0.01$$

$n = 84.46$ ; ajustada será = 85 Regional I de Pasto.

muestra.

De esta forma encontramos las muestras para cada Regional de acuerdo a la anterior explicación.

Ahora bien, en el cuadro de ilustración N° 34 trabajamos con un factor de corrección del 20%, lo que incluye un 10% de error y un 10% de margen de seguridad, esto se hace porque se trabaja con un error del 10% y se quiere cubrir un 20%.  $33; 44.17 + 8.83 = 53$  zona rural.

La explicación correspondería a lo siguiente: estas para la Regional I (Pasto). Utilizando el mismo método Regional I: Anteriormente tenemos una muestra de 84.46% que nos sirve como el 100%, por lo tanto proporcionalmente de acuerdo a la población tanto urbana como rural, damos aplicación a lo siguiente: Población Total 159.626; Urbana 76.145; Rural 83.481; es decir que la zona rural tiene un 47.7% con respecto al total de la población y la zona urbana tiene un 52.3% con respecto al total de la población, esto se aplica al tamaño de la muestra así:

En el Cuadro de Ilustración N° 37 aplicamos COORIAN  $84.46 \times 47.7\% = 40.29$  Zona urbana, tamaño de la muestra.

84.46 x 52.3% = 44.17 zona rural, tamaño de la muestra.

A lo anterior le aplicamos un factor de corrección del 20% así:

40.29 x 20% = 8.058; 40.29 + 8.058 = 48.35 zona urbana.

44.17 x 20% = 8.83; 44.17 + 8.83 = 53 zona rural.

De esta forma se alcanza un total de 102 encuestas para la Regional I (Pasto). Utilizando el mismo método encontramos los valores para las demás Regionales.

### 6.8 IDENTIFICACION DE LA MUESTRA (Segunda Muestra)

El promedio de habitantes en el Departamento de Nariño por vivienda es de 6 personas para un total de 170.478 viviendas.

En el Cuadro de Ilustración N° 37 aplicamos COCHRAN

$$n = \frac{t^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

CUADRO DE ILUSTRACION No. 37

MAPA DE ILUSTRACION No. 38

NUMERO DE VIVIENDAS EN NARIÑO

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA REGIONAL

REGIONALES	Valor	TOTAL	URBANA	RURAL
Regional I	3.383	26.604	0.4770	0.5230
Pasto			12.691	13.913
Regional II	3.383	30.294	13.228	17.066
Pasto			0.8634	0.527
Regional Norte		20.507	3.937	16.570
La Unión	3.383		0.01	0.01
Regional Sur		28.476	9.787	18.689
Ipiiales				
R. Cen. Occ.	3.383	22.273	0.3437	0.6563
Túquerres			5.870	16.403
Reg. Occidente		35.469	9.213	26.256
Tumaco	3.383		0.01	0.01
Area de Penet.		6.854	635	6.219

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

Area de Penetración 3.383 0.924 0.995 0.01 28

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

CUADRO DE ILUSTRACION N° 38

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA REGIONAL

Regionales	Valor $t^2$	P	Q	$d^2$	n	n Ajustada
Regional I Pasto	3.3852	0.4770	0.5230	0.01	84.46	85
Regional II Pasto	3.3852	0.4366	0.5634	0.01	8327	84
Reg. Norte La Unión	3.3852	0.1919	0.8081	0.01	81.98	82
Reg. Sur Ipiiales	3.3852	0.3437	0.6563	0.01	76.40	77
Reg. Centro Occid. Túquerres	3.3852	0.2635	0.7365	0.01	65.70	66
Reg. Occidente Tunaco	3.3852	0.2597	0.7403	0.01	65.00	65
Area de Penetración	3.3852	0.925	0.9075	0.01	28.41	29

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 39

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON FACTOR DE CORRECCION

Regionales	N° de Encuestas Estimadas			Factor Corrección			Total
	Z. Urbana	Z. Rural	Z. Urbana	"n" Ajust.	Z. Rural	"n" Ajust.	
Regional I Pasto	40.29	44.17	43.35	49	52.71	53	102
Regional II Pasto	36.35	46.92	43.62	44	56.30	56	100
Regional Norte La Unión	9.97	42.00	11.96	12	50.40	51	63
Regional Sur Ipiiales	26.25	50.14	31.51	32	60.17	60	92
Reg. Cent. Occid. Túquerres	17.31	48.38	20.77	21	58.07	58	79
Regional Occidente Tubaco	16.88	48.29	20.26	21	57.95	58	79
Area de Penetración	2.62	25.78	3.15	3	30.94	31	34
<b>T O T A L</b>	<b>149.67</b>	<b>305.44</b>	<b>179.62</b>	<b>182</b>	<b>366.54</b>	<b>67</b>	<b>549</b>
<b>%</b>			<b>32.78%</b>		<b>67.22%</b>		

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

Por lo tanto:  $t =$  probabilidad del 90% = 1.84

$d =$  grado de error aceptado = 10% o sea 0.10

Explicación del Cuadro de Ilustración N° 38. Co-

responde a la misma explicación que fue dada para el Cuadro de Ilustración N° 34 en el primer método. Mire-

mos sin embargo el resultante "n" de la Regional I.

12.691 Rural 13.913 es decir que la zona rural tiene

47.70% viviendas con respecto al total, y la zona rural un

52.30% con referencia al total, esto lo aplicamos al tam-

ño de la muestra y tenemos:

$$\frac{12.691}{26.604} = 0.4770$$

"Q" Complemento de "P"

$$\text{"Q" quedaría así: } 1 - 0.4770 = 0.5230$$

reemplazando en la fórmula sería:  $n = (1.84)^2 (0.4770)$

$$(0.5230) = 84.46 \text{ de donde "n" ajustada es } = 85.$$

En el Cuadro de Ilustración N° 39 (Método segundo)

obtuvimos los mismos resultados que en Método primero y por consiguiente como consecuencia lógica se aplican los mismos conceptos, observemos:

84.46 es el tamaño de la muestra proveniente del Cuadro de Ilustración N° 38 y que nos sirve de base en un 100% y se aplica proporcionalmente al número de viviendas que existen en la zona urbana y rural y aplicamos lo siguiente:

Total viviendas para la Regional I 26.604: urbana 12.691; Rural 13.913 es decir que la zona rural tiene 47.70% viviendas con respecto al total, y la zona rural un 52.30% con referencia al total, esto lo aplicamos al tamaño de la muestra y tenemos:

$84.46 \times 47.7\% = 40.29$  zona urbana, tamaño de la muestra.

$84.46 \times 52.3\% = 44.17$  zona rural, tamaño de la muestra.

A los anteriores resultados les aplicamos el factor de corrección del 20% así:

$40.29 \times 20\% = 8.058$ ;  $40.29 + 8.058 = 48.35$  zona urb.

$44.17 \times 20\% = 8.83$ ;  $44.17 + 8.83 = 53$  zona rural

Tendremos exactamente las mismas muestras tanto urbana como rural e igualmente el total de 102 muestras.

TABLAS MILITARY STANDARD LOS "A" PLAN DE INSPECCION NORMAL

	Niveles		
	I	II	III
Población			
2	2	2	3
9	2	3	5
16	3	5	8
26	5	8	13
51	5	13	20
91	8	20	32
151	13	32	50
281	20	50	80
501	32	80	125
1.201	50	125	200
3.201	80	200	315
10.001	125	315	500
35.001	200	500	800
150.001	515	800	1.250
500.001	500	1.250	2000
	90%	95%	99%

Fuente: Tablas Military Standard.

6.9 IDENTIFICACION DE LA MUESTRA en venta de servicios a personas (Tercera Forma) del sector privado que tengan suficiente capacidad de pago, y así establecer una muestra para corroborar lo anteriormente expuesto, mediante los dos métodos anteriores, demostramos con las TABLAS MILITARY STANDARD los "a" empleadas en el diseño de la muestra. Necesidad, evitar riesgos y deben establecerse unos límites tarifarios que impidan el rechazo de los pacientes a que para el muestreo se ha utilizado el Nivel I, que implica una probabilidad de 90%.

En el intervalo de 500.001 a más nos da una muestra de 500, lo que nos representa un resultado de 550 encuestas. En el análisis cualitativo del servicio de salud en el Departamento de Nariño, recurrimos directamente a su fuente. En el intervalo (b) de 150.001 a 500.000 para vivienda tenemos que el nivel I nos da  $n = 315$  y en el nivel II nos da 800 lo que implica una media de  $557.5 \approx 558$  encuestas frente al resultado de 550 encuestas que se efectuaron en el Departamento de Nariño. Se trata a estudiar, y sobre todo la emergencia asociada de la muestra.

El Programa de investigación "PRIDES" señala que debe establecerse unos parámetros que regulen el sistema tarifario de manera que las instituciones a través de dife-

rentes estudios de costos puedan realizarse una venta de servicios a personas e instituciones del sector privado que tengan suficiente capacidad de pago, y así establecer una situación de equilibrio que permita complementar la acción gubernamental a otros sectores de la población sin causar perjuicios entre los grupos marginados que tienen mayor necesidad, mayores riesgos y deben establecerse unos límites tarifarios que impidan el rechazo de los pacientes o que disminuya la accesibilidad de la gente de bajos ingresos por barreras económicas.

#### 6.10 ANALISIS GENERAL DE LA ENCUESTA

En el análisis cualitativo del servicio de Salud en el Departamento de Nariño, recurrimos directamente a su fuente de origen, es decir de las personas en donde el fenómeno que nos interesa, está ocurriendo.

Indudablemente que el análisis cualitativo, depende en gran parte de la muestra que se entra a estudiar, y sobre todo la escogencia adecuada de la muestra.

Debemos reconocer sin embargo que aunque es la muestra la que observamos, es el universo lo que queremos cono-

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 41

## RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION URBANA SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD

Grado de Escolaridad	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total Encuestado
Ninguno	8	4.39
Primaria	88	48.36
Secundaria	66	36.27
Universidad	16	8.79
Técnico	2	1.09
Otros	2	1.09
TOTAL	182	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

colaborada con el ajuste necesario que den dichas investi-  
 cer, pues nuestro estudio al analizar el sector salud, y  
 especialmente el servicio de salud en Nariño en sus tópi-  
 cos más importantes en relación al paciente, nos lleva a  
 generalizar, los conceptos observados en la muestra.  
 Sin embargo creemos conveniente aclarar, lo que se  
 entiende por universo y muestra.

Se entiende por "UNIVERSO" o población, la totalidad  
 de los individuos, o elementos en los cuales puede presen-  
 tarse determinada característica susceptible de ser estu-  
 diada.

Llámase "MUESTRA", cualquier parte o porción de este  
 Universo. Con este esbozo, del porqué se entra a cuanti-  
 ficar la muestra, y su posterior análisis de las variables  
 tales como: educación, personas a cargo, sector de traba-  
 jo, utilización del servicio, concepto del servicio, con-  
 cepto de recetas médicas, etc., nos lleva a definir en úl-  
 tima instancia como es el Servicio de Salud en el Depart-  
 amento de Nariño, desprendiéndose prioritariamente del aná-  
 lisis cuantitativo-cualitativo de las zonas tanto rural,  
 como urbana. La presentación de esta encuesta, lleva a que  
 cada vez, que se hagan estudios sobre el sector salud, será

calibrada con el ajuste necesario que den dichas investigaciones.

En el Cuadro de Ilustración No. 41 se observa que la estructura en esta zona refleja bajos niveles de escolaridad, para el análisis dentro del nivel primario se han incorporado personas que no han terminado el quinto año.

Se observa en el cuadro los porcentajes correspondientes, especialmente en el nivel primario y secundario que ocupan un 48.36% y 36.27% respectivamente, lo que indica una cobertura del sector educación a la población urbana, lo que nos da un promedio en educación primaria-bachiller del 42.31%.

También se espera corrección en lo que concierne al analfabetismo ya que nos representa un 4.39% con respecto a la muestra. En el nivel universitario nos encontramos en un 8.79%, que es mínimo comparado con la población, ya que se encuentran varios criterios como ingreso a universidades, facilidad del estudio, etc.

En la población rural, la situación educacional es diferente, veamos por qué: Personas entrevistadas sin gra-

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 42

## RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION RURAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD

Grado de Escolaridad	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total Encuestado
Ninguno	174	47.28
Primaria	170	46.19
Secundaria	16	4.34
Universidad	1	0.27
Técnico	3	0.81
Otros	4	1.08
T O T A L	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

do de educación en esta zona encontramos un 47.28% que está por encima del promedio nacional que es del 46%, frente a la zona urbana está en forma desproporcionada con incremento del 42.89%.

En el nivel primario podemos decir que estas dos zonas, casi que se encuentran paralelas y se ve también la importancia que se les está dando a la población en el sector de la educación.

En el nivel secundario se vuelve a indicar la falta de estudios en esta zona que representa únicamente un 4.34%, esto es debido a la falta de instituciones que hagan referencia a este nivel.

En las carreras profesionales apenas se encuentra un 0.81% de los encuestados que refleja el sistema crónico de la educación, especialmente en las poblaciones marginadas, sabemos que para Nariño especialmente se encuentra solo una universidad de carácter oficial.

En el Cuadro de Ilustración No. 43 se encuentra reunida la población tanto urbana como rural, este resumen amerita un análisis especial, ya que según el grado de es-

**CUADRO DE ILUSTRACION N° 43**  
**RELACION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

Grado de Escolaridad	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total Encuestado
Ninguno	182	33.09
Primaria	258	46.91
Secundaria	82	14.90
Universidad	19	3.46
Técnico	3	0.55
Otros	6	1.09
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

colaridad se determina o se toma conciencia real en el caso de necesitar de los servicios de salud.

Tenemos que uno de los problemas generales, es el analfabetismo que nos representa un 33.09% en las personas encuestadas, esto incide en tomar decisiones si se necesita el servicio de salud, principalmente lo que hace mención al tipo de carácter preventivo y también al curativo, las personas sin ningún grado de escolaridad no toman una posición clara ante el mantenimiento de su cuerpo, posteriormente analizaremos junto a otras variables como es su relación directa o inversa según el caso correspondiente.

Los siguientes porcentajes están situados así:

Primaria con 46.91%, que representan las personas que han tenido algunos años o el total para terminar este ciclo de estudios, frente al analfabetismo los que han cursado algunos años en primaria, tienen la ventaja de conocimiento primario de los servicios higiénicos y salubres tanto para ellos como para sus familias, es decir que ellos tienen la oportunidad por conocimiento directo de educación de lo que son importantes los servicios de salud.

Los otros grados de educación van en forma decreciente que nos indica la falta de educación en la región nariñense, los porcentajes son:

Bachilleres .....	14.90%
Universidad .....	3.46
Técnicos .....	0.55
Otros .....	1.09

Estos cuatro grupos tienen un total de 20.0% frente a 80.1% del nivel analfabeta y primario, para entender que pocas son las personas que tienen oportunidad de poder o seguir estudiando.

Hemos tocado aquí una variable importante para la región de Nariño, como es la educación y poderla relacionar con la decisión de recibir atención en los servicios de salud.

En esta variable, personas a cargo, igualmente entramos a ver la incidencia de la estructura familiar o su composición, que tiene relación directa con los ingresos y también con la atención de salud, veamos por qué:

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 44

PERSONAS A CARGO, EN LA POBLACION URBANA, PARA EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Personas a cargo	N° Personas Encuestadas	% Total Encuestado	Nivel de Probabilidad
Ninguna	20	10.98	100.00%
De 1 a 3	91	50.00	33.00
De 4 a 6	33	18.31	0.16
De 7 a 9	27	14.67	0.11
De 10 en adelante	11	6.04	0.10
T O T A L	182	100.00	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

El factor importante, es el de la composición familiar, en la zona urbana el intervalo de 1 a 3 personas a cargo, está compuesta con un 50% del total urbano y por lo tanto tendrá menores riesgos, tanto en el sostenimiento, educación, vivienda e ingreso y que tiene en este caso relación directa o proporcional, tendrá igualmente una probabilidad del 33% en lo que respecta a los servicios de salud.

A medida que aumenta el número de personas, será más dificultoso distribuir sus ingresos para alguna clase de servicios, por ejemplo: si una familia tiene diez personas a cargo será más improbable que tenga atención de los servicios de salud, y su relación de probabilidad sería del 10%, que está por debajo de la estructura familiar compuesta de 1 a 3 personas.

Podemos resumir que el intervalo a. Ninguna, tendrá mayor nivel de probabilidad con un 100% y que en e. de 10 en adelante, tendrá el 10% de recibir los servicios de salud.

En la población rural, se presenta una situación adversa a la presentada en la población urbana en cuanto a su estructura familiar, observamos que: en la composición de

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 45

PERSONAS A CARGO, EN LA POBLACION RURAL, PARA EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Personas a cargo	N° Personas Encuestadas	% Total Encuestado	Nivel de Probabilidad
Ninguna	40	10.86	100.00%
De 1 a 3	27	7.34	33.00
De 4 a 6	66	17.94	0.16
De 7 a 9	181	49.18	0.11
De 10 en adelante	54	14.68	0.10
TOTAL	368	100.00%	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

7 a 9 personas da un alto porcentaje con un 49.18% frente al 14.67 en que se encuentran las familias urbanas, esto como lo dijimos anteriormente implica en el sostenimiento de los hogares.

Hay que entender, que en la composición familiar, entran varios factores para determinar su estructura familiar, el control demográfico en base a los controles de planificación, por eso en general en la zona urbana la estructura familiar es más pequeña, demostrando en esta época que los hogares oscilan entre los 3 integrantes a 5 como máximo.

En resumen decimos que las estructuras familiares más sobresalientes son las conformadas por las personas de 1 a 3 con un 21.45% y entre más pequeña sea la composición familiar, fácilmente podrá solventar problemas como educación, vivienda, atención médica, etc., al encontrarnos en estructuras familiares altas será más dificultosa su atención de servicios relacionándola con la variable ingreso.

Pensamos que dentro del presente estudio, una de las variables de mayor relevancia en el ingreso, tanto como

CUADRO DE ILUSTRACION N° 46

PERSONAS A CARGO, EN LA POBLACION TOTAL, PARA EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Personas a cargo	N° Personas Encuestadas	N° Total Encuestados	% Total Personas Encues.
Ninguna	30	18.43	10.90
De 1 a 3	65	35.71	21.45
De 4 a 6	25	13.73	18.00
De 7 a 9	18	9.89	37.81
De 10 en adelante	5	2.74	11.81
<b>T O T A L</b>	<b>143</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 47

DISTRIBUCION DE INGRESOS, PARA LA POBLACION URBANA, EN EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Ingresos	N° Personas Encuestadas	% Total Encuestado	% Acumulado
Menos de 4.000	30	16.48	16.48
4.001 a 8.000	65	35.71	52.19
8.001 a 12.000	26	14.28	66.47
12.001 a 16.000	25	13.73	80.20
16.001 a 20.000	18	9.89	90.09
20.001 a 24.000	13	7.14	97.23
24.000 en adelante	5	2.74	99.97
TOTAL	182	100.00%	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

para las familias como para los individuos.

En este paralelo que estamos haciendo, de las zonas o poblaciones, tanto urbano como rural, como en posterior totalización, nos encontramos que en la población urbana, las personas que están con el salario mínimo o por debajo de él, nos da una razón de 35.71% y un acumulado de 52.19 esto quiere decir que por debajo de este salario se encuentran estas personas, que en valores absolutos nos representan 95 personas, sigue en importancia el intervalo a. más de \$ 4.000 que nos significa un porcentaje del 16.48%, a medida que aumentan los ingresos, las personas que reciben estos ingresos disminuyen.

Esta variable la situaremos posteriormente con las tarifas hospitalarias y su clasificación por categorías para mirar en qué valor están situadas dentro de los salarios y cuál sería su valor a pagar por el concepto de servicios.

Para complemento, presentamos la situación rural, encontramos que en el nivel en que están por debajo del salario mínimo se encuentran con 35.59%, que nos da una cifra absoluta de 131 personas, que se asimilan al 35.71%

CUADRO DE ILUSTRACION N° 48

DISTRIBUCION DE INGRESOS, PARA LA POBLACION RURAL, EN EL DEPTO. DE NARIÑO, 1980

Ingresos	N° Personas Encuestadas	% Total Encuestado	% Acumulado
Menos de 4.000	60	16.30	16.30
4.001 a 8.000	131	35.59	51.89
8.001 a 12.000	52	14.50	66.19
12.001 a 16.000	50	13.58	79.77
16.001 a 20.000	36	9.78	89.55
20.001 a 24.000	28	7.60	97.15
24.000 en adelante	11	2.85	99.94
TOTAL	368	100.00	99.97
TOTAL	550	100.00%	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 49

DISTRIBUCION DE INGRESOS, PARA LA POBLACION TOTAL, DEPTO DE NARIÑO, 1980.

Ingresos	N° Personas Encuestadas	% Total Encuestado	% Acumulado
Menos de 4.000	90	16.36	16.36
4.001 a 8.000	196	35.63	51.99
8.001 a 12.000	78	14.18	66.80
12.001 a 16.000	75	13.63	80.43
16.001 a 20.000	54	9.81	90.94
20.001 a 24.000	41	7.45	97.69
24.001 en adelante	16	2.80	99.97
T O T A L	550	100.00%	

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

presentado por la primera zona, acumulado nos representa un 51.89% que nos indica que reciben o que están por debajo del salario mínimo que establece la Ley.

Igualmente a mayores niveles de ingresos, el número disminuye, al igual que en la zona urbana.

La forma total de los ingresos, para la población total, de Nariño no ha cambiado, antes por el contrario se presenta la anterior situación, donde se encuentran los ingresos en manos de unos pocos, y en donde la mayoría de la población se concentran los salarios mínimos.

Presentamos a continuación los ingresos en relación con las categorías socioeconómicas, recogidas por las instituciones de salud.

La comparación de ingresos que nos lleva a la ubicación de la población con las categorías, indica también una participación porcentual, lo que el usuario debe pagar por la atención de salud, excluyendo las drogas que generalmente se paga su valor total.

Esto nos lleva a concluir que las personas incluidas

CUADRO N° 50  
INGRESOS DE LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO - 1980

Ingresos	N° de Personas Encuestadas	% Sobre Número de Encuestas	Clase	% Que Paga
Menos de \$ 4.000	90	16.36	0	15%
4.001 a 8.000	196	35.66	A	35%
8.001 a 12.000	78	12.18	B	55%
12.001 a 16.000	75	19.63	B	55%
16.001 a 20.000	54	9.81	B	55%
20.001 a 24.000	41	7.45	C	56% en adelante
24.001 en adelante	16	2.85	C	56% en adelante
TOTAL	550	100.00		

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

en las categorías y de acuerdo a esto cancelarán respecto a su tarifa que no es de gran confiabilidad, ya que de acuerdo al sondeo socioeconómico las personas eluden fácilmente las respuestas y valores verdaderos.

Sin embargo hay que hacer claridad, de que los pensionados en los hospitales conforman aproximadamente un 10%, y que ayudan a la renta de servicios con sus respectivos ingresos, para estos se sugiere que los contratos por prestación de servicios con el ISS o cualquier otra entidad, sea obligatorio hacerlo a las tarifas establecidas normalmente por cada institución, mediante una adecuada política de tarifas para el sector pensionado y control o congelamiento del aumento de tarifas en el sector asistencial.

#### 6.1.1 Regulación del Sistema Tarifario en Colombia.

- a. Que permita una clara orientación social para evitar el rechazo que pueda producirse por barreras económicas a la población de menores recursos.
- b. Que se fijen los niveles tarifarios para contratar con las entidades oficiales (ISS y Caja de Previsión Social) a un nivel que garantice el pago de los costos uni-

## CUADRO N° 51

## DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR, DEL GASTO EN SALUD PUBLICA Y LA DISPONIBILIDAD DE ACUDIR A UN SERVICIO HOSPITALARIO - INGRESOS MENSUALES

Rango de Ingresos	% Hogares	% Gasto en Salud	% Promedio Salud Mensual	Meses
0 - 6.000	24	6	180	42.4
6.001 - 13.500	39	22	2.145	3.6
13.501 - 23.000	17	21	3.832	2.0
23.001 - 40.000	11	18	5.670	1.0
40.001 - y más	9	33	13.220	0.6

COSTO HOSPITAL: 6.5 días a razón de \$ 1.175.00 diarios.

Fuente: DANE x cálculos ANIF, año de 1980.

tarios.

Finalmente presentamos la incidencia del ingreso a nivel nacional.

En el componente de salud se establece que el costo promedio, de hospitalización y servicios médicos para una estancia promedio de 6.5 era de \$ 11.200, dicha base se puede llevar a la estructura de distribución de ingresos en el país a fin de establecer cuántas personas podrán pagar esos \$ 11.200, suponiendo que cada familia tuviera la necesidad de una estancia al año. Se encuentra como en los niveles altos de distribución del ingreso, que gastan en promedio 3.5% del presupuesto promedio en salud, requiriendo unos ingresos de \$ 27.500 mensuales para sufragar estas estancias hospitalarias promedio.

El Cuadro No. 52 nos permite apreciar qué sector de la población puede gastar en salud.

El mismo cuadro nos indica el acceso a distintos servicios de salud de acuerdo a los niveles de distribución del ingreso; aquí indicamos como hospitalización y cirugía, los hogares más bajos destinan el 4.3% de sus ingre-

## CUADRO N° 52

## ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR GASTOS EFECTUADOS - % DE LOS HOGARES

	0 - 6.000	6.001 - 15.500	15.501 - 25.000	25.001 - 40.000	40.000 en adelante	
Hospitalización	4.5%	6.7%	6.8%	8.2%	12.3%	
Maternidad	6.8	4.2	5.2	3.8	2.0	
Gastos Médicos	7.9	9.1	94.6	9.5	8.4	

Fuente: DANE. Encuestas Hogares. Año de 1980.

sos normales, a maternidad destinan el 6.8%, a gastos médicos generales el 7.9, en los hogares más altos encontramos como para hospitalización destinan el 12.3% de sus gastos en salud, a maternidad apenas el 2% y a gastos médicos el 8.4%.

En las primeras columnas horizontales, se ve claramente como el servicio de hospitalización, es un servicio que se hace más accesible a medida que subimos en la escala de ingresos de los hogares y como maternidad va descendiendo en cuanto a gastos en salud a medida que estamos oscilando, de hogares con bajos niveles de ingresos, en que más alta proporción (6.8%), hasta hogares con altísimos niveles de ingreso, en que es mucho más baja (2%).

En el sector de trabajo hacemos un análisis superficial, en la zona urbana especialmente las personas que están marginadas del sector trabajo, los desempleados juegan papel importante en la salud ya que son igualmente personas rechazadas en el sector salud para su atención.

Los literales, constituidos por los sectores privado, público y semi-oficial constituyen el 57.68% de donde provienen los ingresos para los hospitales por concepto de ven

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 53

SECTOR DEL TRABAJO EN QUE LABORAN LOS USUARIOS, ZONA URBANA, DEPTO. DE NARIÑO. 1980

Sector Trabajo	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total de Personas Encues.
Privado	62	34.06
Público	31	17.03
Semioficial	12	6.59
Independiente	59	32.41
Ninguna	18	9.89
TOTAL	182	100.00%

Fuente: Esta Investigación.

ta de servicios, este personal constituye el personal pensionado en un 10%.

Nos interesa en particular, las personas que reciben el servicio de salud y que están subsidiados por las regionales, éstos constituyen el 90%, en nuestro caso reviste especial importancia los independientes que tienen un 32.41% y también las personas desempleadas con un 10% aproximadamente.

La zona rural presenta una situación desequilibrada a la presentada anteriormente, ya que el intervalo independiente nos refleja un 61.14%, igualmente encontramos personas excluidas del sector trabajo con un 15% que es mayor por el presentado por la población urbana, esto es causa de que no existan fuentes de trabajo adecuadas para absorber a los pobladores, la característica de la población rural es eminentemente agrícola.

El resumen aquí presentado, da el resultado final de confrontar las dos poblaciones del subsector independiente, representa un porcentaje alto y que es el personal que requiere los servicios de salud, ya que no tiene una vinculación económica y depende de los grados de salarios que se

CUADRO DE ILUSTRACION N° 54

SECTOR DEL TRABAJO EN QUE LABORAN LOS USUARIOS, ZONA RURAL, DEPTO. DE NARIÑO. 1980

N° Personas Encuestadas      % Sobre el Total de Pers. Encues.

Sector Trabajo

Privado	146	26.36
Privado	83	22.55
Público	31	5.63
Público	-	-
Semioficial	17	3.08
Semioficial	5	1.35
Independiente	284	61.63
Independiente	226	61.14
Ninguno	73	13.27
Ninguno	55	14.94
TOTAL	560	100.00%
TOTAL	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 55

SECTOR DEL TRABAJO EN QUE LABORA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Sector Trabajo	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Personas Encues.
Privado	145	26.36
Público	31	5.63
Semioficial	17	3.09
Independiente	284	51.63
Ninguno	73	13.27
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

reciben en este subsector.

La población marginada del sector trabajo, está con un 13.27% que es de un 13.27% , estas personas no forman parte de la población económicamente activa, son marginados en la mayoría de los sectores ya que el ingreso o la fuente de trabajo es soporte hoy en día para recibir cualquier clase de servicios.

En la utilización del servicio de salud, encontramos que los encuestados presentaron diferentes reacciones ante el concepto de uso de este servicio, nos encontramos ante un 10% de personas pensionadas que pagan este servicio.

En cuestión de la atención hospitalaria nos da un valor del 56.04% en que los pacientes van a estas instituciones, esto refleja en parte la ocupación o el porcentaje ocupacional en que utiliza los hospitales locales, pero que sin embargo presenta problemas, cuando hay personas que se formulan drogas y otras formas sin que reciban ninguna clase de atención médica, nos representa un valor del 6.4% esto está dado bajo varios parámetros como: ingresos, educación, trabajo.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 56

UTILIZACION DEL SERVICIO, ZONA URBANA, EN EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980

Utilización de Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total Personas Encuest.
I S S	18	9.89
Hospital Infantil	36	19.78
Hospital Departamental	32	17.58
Hospital San Pedro	34	18.68
Centro Salud	12	6.59
Puesto de Salud	16	8.79
Médico Particular	14	7.69
Otros	11	6.04
Ninguno	9	4.94
T O T A L	182	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

## CUADRO DE ILUSTRACION N° 57

## UTILIZACION DE SERVICIO, ZONA RURAL, EN EL DEPTO. DE NARIÑO. 1980.

Utilización Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre Total Personas Encuest.
I S S	30	8.15
Otros Hospitales	206	55.97
Centro de Salud	26	7.06
Puesto de Salud	5	1.35
Médico Particular	30	8.15
Otros	25	6.79
Ninguno	46	12.50
T O T A L	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

Con similares aspectos, se encontró en la zona rural, respecto a la utilización del servicio de salud, especialmente en los ISS y otros hospitales. El valor porcentual importante, es el encontrado en el literal Ninguno, donde el 12.50%, se trata a las personas que no reciben ningún tipo de servicios de las entidades encargadas de la prestación de servicios.

En cuanto a la población total, se indica claramente la tendencia de las personas hacia la prestación de salud de acuerdo a las instituciones, ya sean puestos de salud, médicos particulares y otros. La población nariñense tiende a la asistencia de los hospitales en un 62.54% que en valores absolutos representa 344 personas; este es un indicador que por cuestión de seguridad, facilidad para ingresar, prefieren la asistencia hospitalaria.

También tienen su respectiva importancia, la atención que reciben las personas, por médicos particulares, esto es contrario a la estructura de ingresos, ya que de acuerdo a esta escala se tendrá facilidad para su respectiva consulta.

Hemos tratado de hacer relación frente a otros literales, compuestos por: curanderos, yerbateros, boticarios, etc.,

## CUADRO DE ILUSTRACION No. 58

## UTILIZACION DEL SERVICIO PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE

NARIÑO - 1980

UTILIZACION SERVICIO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
I S S	48	3.72%
Otros Hospitales	344	62.54
Centro de Salud	38	6.94
Puesto de Salud	17	3.09
Médico particular	44	8.00
Otros	36	6.54
Ninguno	55	9.17
T O T A L	550	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

que también forman parte aunque sea minoritariamente, dando una cobertura a una pequeña parte de la población debido a varios factores como: educación, ingresos, trabajo, ocupación, etc..

De esta manera claro es concluir que lo más interesante, es la afluencia de las personas hacia las instituciones hospitalarias ya que ratifican la prestación del servicio de salud para todas las personas.

El Cuadro de Ilustración No. 59, representa la población total nariñense, ya que las dos zonas analizadas anteriormente, no traen diferencias radicales, antes por el contrario sus valores son similares, en respuesta al concepto de si es "buena" la atención en el servicio de salud, encontrándonos con un 23.81% positivo y el 73.63% respuestas negativas, en referencia a que existe mala atención y el 2.54% dando un concepto "regular" de atención.

Para comprobar lo anteriormente expuesto, planteamos por medio de una hipótesis, los conceptos cualitativos, si es que existe buena o deficiente atención en cuanto a la prestación de los servicios de salud.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 59

CONCEPTO DEL SERVICIO DE SALUD EN EL DEPTO. DE NARIÑO

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Pers. Encuest.
Buena atención	131	23.81
Regular	14	2.54
Mala	405	73.63
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

6.12 CONCEPTO DEL SERVICIO

(Población Total)

Planteamiento de las hipótesis: "El servicio de salud es deficiente para toda la población en el Departamento de Nariño".

$\leftarrow$   $\hat{p}$   $\rightarrow$   
 Eficiente ..... 0.2381 No es deficiente " $\hat{Q}$ " 14.44  
 0.7614 Si es deficiente " $\hat{p}$ "

$H_0: p \leq 0.50$  : No es deficiente.

$H_1: p > 0.50$  : Si es deficiente.

$p = 0.7614$  Explicación del valor: 0.0213

$E(P) = 0.50$

$1 - \alpha = 0.99$

$\alpha = 0.01$  (error)  $p = 0.0181$

$n = 550$

$z = \frac{\hat{p} - E(P)}{\sigma_{\hat{p}}}$

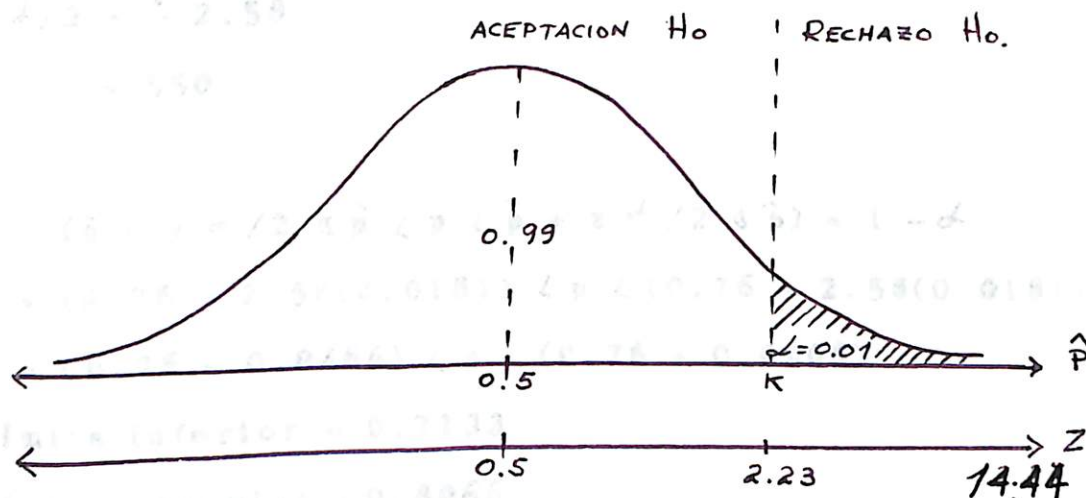
$$z = \frac{0.7614 - 0.50}{\sqrt{\frac{0.0181}{550}}} = 14.44$$

$z = 14.44$

$\hat{p} = \frac{419}{550} = 0.7618$

$1 - \alpha = 0.99$

$\alpha = 0.01$



### ILUSTRACIÓN N° 17

FUENTE: ESTO INVESTIGACIÓN.

Rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptamos  $H_1$  que nos indica que el servicio de salud es deficiente, esto debido a que  $Z$  que es igual a 12.27 está incluido en la zona de rechazo de  $H_0$ .

### 6.13 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseamos conocer la verdadera proporción de la población con respecto al concepto del servicio de salud en base a los siguientes resultados:

$$\hat{p} = \frac{X}{n} = \frac{418}{550} = 0.76; \quad 1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01$$

$$z \alpha/2 = \pm 2.58$$

$$n = 550$$

$$p = (\hat{p} - z \alpha/2 \sigma_{\hat{p}} < p < \hat{p} + z \alpha/2 \sigma_{\hat{p}}) = 1 - \alpha$$

$$p = (0.76 - 2.58(0.0181) < p < (0.76 + 2.58(0.0181))$$

$$p = (0.76 - 0.0466) < p < (0.76 + 0.0466)$$

$$\text{Límite inferior} = 0.7133$$

$$\text{Límite superior} = 0.8066$$

La verdadera proporción está dada por el intervalo 0.7133 y 0.8066

Sobre la capacidad del personal médico, la hemos medido especialmente mediante las consultas externas; las proporciones respectivas tienen un saldo positivo por las buenas formulaciones en cuanto a recetas en contraposición con un porcentaje de 33.51%; esto lo que respecta a la población urbana.

El Cuadro de Ilustración N° 61 nos da la relación de que un 57.06% contestan que las recetas son eficaces, mientras que el 16.84% afirman que las recetas médicas son deficientes; mediante proporción general llegaremos a la conclusión respecto a este tópico.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 60

FORMULACION DE RECETAS PARA LA ZONA URBANA EN EL DEPTO. DE NARIÑO

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Pers. Encuest.
Malas Recetas	61	33.51
Regulares recetas	5	2.74
Buenas recetas	116	63.75
<b>T O T A L</b>	<b>182</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 61

FORMULACION DE RECETAS PARA LA ZONA RURAL EN EL DEPTO. DE NARIÑO.

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Pers. Encuest.
Malas recetas	62	16.84
Regulares recetas	96	26.08
Buenas recetas	210	57.06
<b>T O T A L</b>	<b>368</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 62

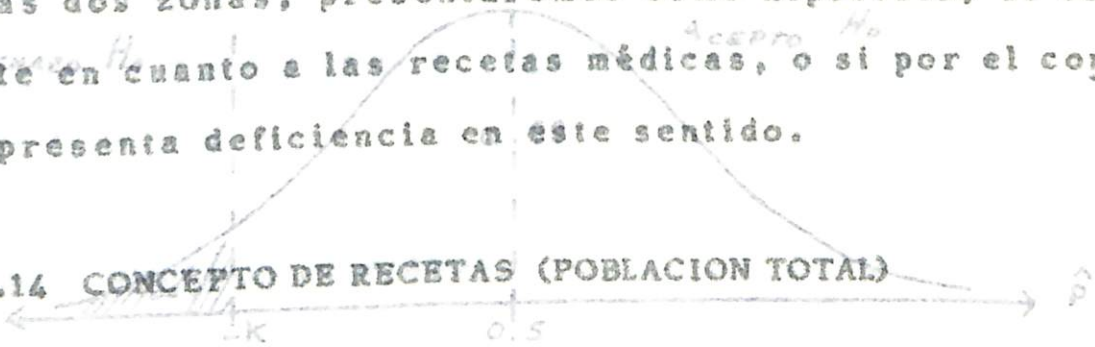
FORMULACION DE RECETAS PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPTO. DE NARIÑO.

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Pers. Encuest.
Malas recetas	123	23.36
Regulares recetas	101	18.36
Buenas recetas	326	59.27
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación.

En el Cuadro de Ilustración N° 62, se presentan reunidas las dos zonas, presentaremos como hipótesis, si es eficiente en cuanto a las recetas médicas, o si por el contrario presenta deficiencia en este sentido.

6.14 CONCEPTO DE RECETAS (POBLACION TOTAL)



Planteamiento de la Hipótesis: "El resultado del

concepto de recetas, se mantendrá para toda la población, es decir, que son bien recetadas por el personal médico".

Rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptamos  $H_1$ , que

eficiente: 0.5927 No son deficientes " $\hat{q}$ "

no es deficiente: 0.4073 Si son deficientes " $\hat{p}$ "

$H_0: p \geq 0.50$  es deficiente

$H_1: p < 0.50$  no es deficiente

$p = 0.4073$  encontrar la verdadera proporción de la población

$\hat{p} = 0.0209$  concepto de recetas, dada los siguientes resultados

$\alpha = 0.99$

$\alpha = 0.01$  (error)

$$np = (550) \left( \frac{1}{2} \right) \left( \frac{1}{2} \right) \left( \frac{1}{2} \right) \left( \frac{1}{2} \right) = 1 - \alpha$$

$$z = \frac{\hat{p} - p}{\sqrt{p(1-p)}} = \frac{0.4073 - 0.50}{\sqrt{0.0209}} = -4.43$$

$$z = -4.43$$

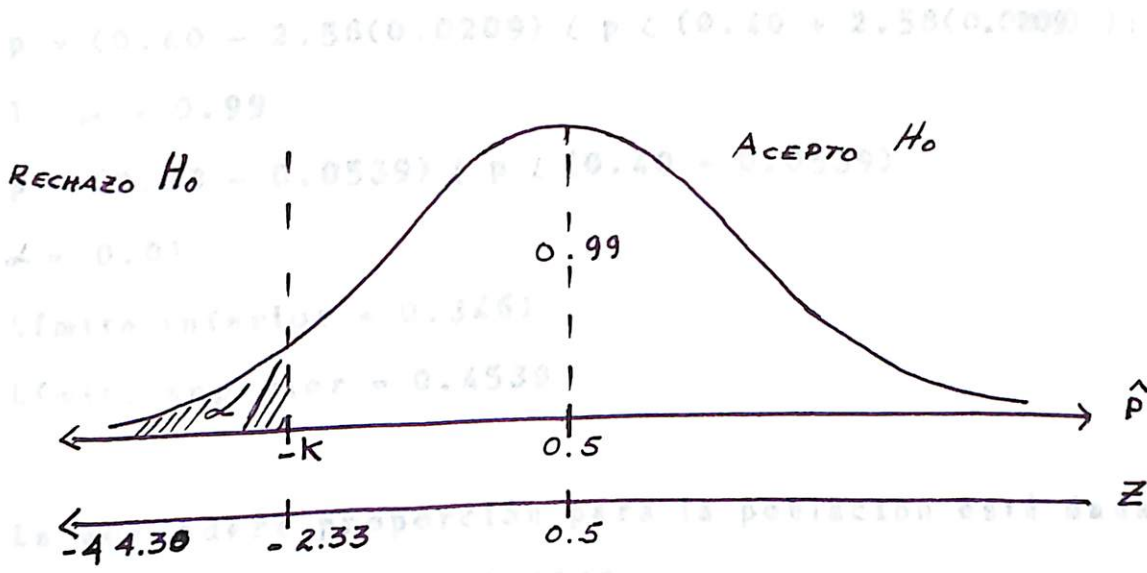


ILUSTRACIÓN Nº 18

FUENTE: ESTO INVESTIGACIÓN.

Rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptamos  $H_1$ , que el servicio en cuanto al concepto de formulación de recetas no es deficiente.

6.15 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseamos encontrar la verdadera proporción de la población por concepto de recetas, dadas los siguientes resultados:

$$P = (\hat{P} - Z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{P}} < P < \hat{P} + Z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{P}}) = 1 - \alpha;$$

$$\hat{P} = \frac{x}{n} = \frac{224}{550} = 0.4073$$

Para la población parítense, se debe pagar por el citado concepto de recetas al 74.72% de la parte arbana.

$$p = (0.40 - 2.58(0.0209) < p < (0.40 + 2.58(0.0209) );$$

$$1 - \alpha = 0.99$$

$$p = (0.40 - 0.0539) < p < (0.40 + 0.0539)$$

$$\alpha = 0.01$$

$$\text{Límite inferior} = 0.3461$$

$$\text{Límite superior} = 0.4539$$

La verdadera proporción para la población está dada por el intervalo 0.3451 y 0.4549.

El pago por concepto de drogas arroja los siguientes resultados: se debe pagar el total de drogas 8.79%, no se paga por drogas 74.72%.

Como podemos observar en la zona rural, se presentan resultados contrarios a los presentados en la zona urbana; por el pago total de drogas existen un 61.41% y en la zona urbana, presentó solamente un 8.79%, esto está complementado con un no pago de drogas en un 22.28% en la población rural, frente al 74.72% de la parte urbana.

Para la población nariñense, se debe pagar por el citado concepto de drogas un total de 44% por sus usuarios y un 39.63% que no se paga por este concepto.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 63

PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS, EN LA ZONA RURAL DEL DEPTO. DE NARIÑO.

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total de Pers. Encu.
Debe pagar extra	30	16.48
Debe pagar total	16	8.79
No se paga	136	74.72
<b>T O T A L</b>	<b>182</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION N° 64

PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.  
PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS EN LA ZONA URBANA DEL DEPTO. DE NARIÑO.

Concepto del Servicio	N° Personas Encuestadas	% Sobre el Total Pers. Encuest.
Debe pagar extra	60	16.30
Debe pagar total extra	226	61.41
No se paga Sal. Total	82	22.28
TOTAL	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

CUADRO DE ILUSTRACION No. 65

PAGO POR CONCEPTO DE DROGAS PARA LA POBLACION TOTAL EN EL DEPARTAMENTO DE

NARIÑO

% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS

CONCEPTO DEL SERVICIO No. PERSONAS ENCUESTADAS

90

16.36%

Debe Pagar Extra

242

44.00

Debe Pagar Total

218

39.63

No se paga

T O T A L

550

100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

6.16 PAGO POR DROGAS. (POBLACION TOTAL)

Planteamiento de la Hipótesis: "La población de Nariño, en lo que respecta al servicio de salud, no cancela las drogas".

Debe pagar las drogas:  $0.44$  se paga por drogas " $\hat{q}$ "  
 $0.56$  no se paga por drogas " $\hat{p}$ "

$H_0: P \leq 0.50$  si se paga por drogas

$H_1: P > 0.50$  no se paga por drogas

$\hat{p} = 0.56$

$\sigma_{\hat{p}} = 0.0213$

$1 - \alpha = 0.99$

$\alpha = 0.01$  (error)

$n = 550, z = \frac{0.56 - 0.50}{0.0213} = 2.85$

$P(Z = 2.85) = 0.0049$

Límite inferior = 0.50

Límite superior = 0.61

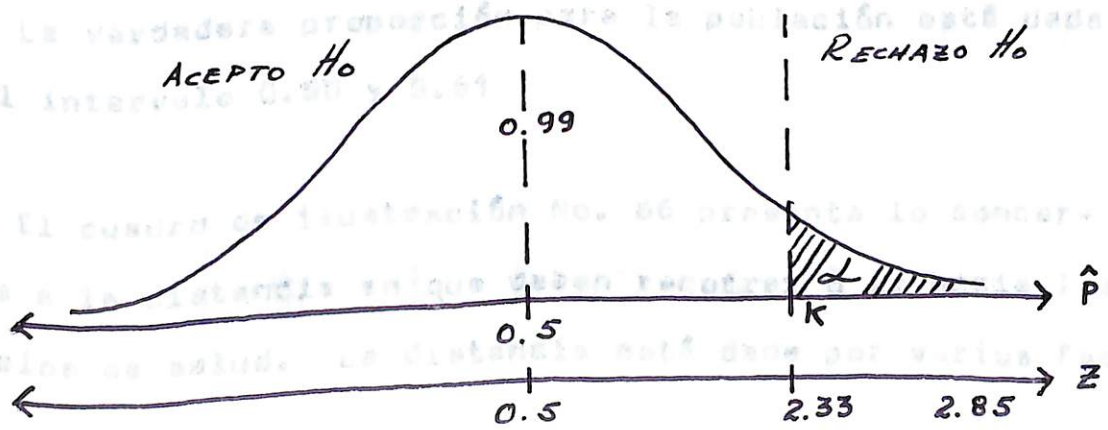


ILUSTRACIÓN N° 19  
 FUENTE: ESTO INVESTIGACIÓN

Rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptamos la hipótesis alterna ( $H_1$ ) que nos indica que no se paga por el concepto de drogas.

### 6.17 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseamos conocer la verdadera proporción para la población con respecto al concepto, pago por drogas con los siguientes resultados:

$$\hat{p} = \frac{X}{n} = \frac{308}{550} = 0.56; \quad 1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01$$

$$n = 550$$

$$P = (\hat{p} - z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}} < p < \hat{p} + z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) = 1 - \alpha$$

$$P (0.56 - 2.58(0.0213) < p < 0.56 + 2.58(0.0213)) = 0.99$$

$$P (0.56 - 0.0549) < p < (0.56 + 0.0549)$$

$$\text{Límite inferior} = 0.50$$

$$\text{Límite superior} = 0.61$$

La verdadera proporción para la población está dada por el intervalo 0.50 y 0.61

El cuadro de ilustración No. 66 presenta lo concerniente a la distancia en que deben recorrer o ir hacia los servicios de salud. La distancia está dada por varios fag

CUADRO DE ILUSTRACION No. 66

DISTANCIA HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD

DISTANCIA	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
A La Ciudad	142	25.61%
En El Mismo Barrio	49	8.90
Barrio Aldeano	215	39.09
Barrio Extremo	144	26.15
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

tores como son: situación geográfica, gravedad de la enfermedad, vías de comunicación, ingresos, etc.

Como resultado, tenemos que en forma ascendente se encuentra lo siguiente: las personas que van a la ciudad alcanzan un 25.81% que en valor absoluto es de 142 personas; en cuanto al concepto de barrio externo tenemos un 26.15% y de los barrios aledaños 39.09%.

La atención al paciente en cuanto hace referencia a la zona urbana da como resultado, de que el 76.92% opina que es retardado el servicio en cuanto a la atención a los usuarios; un 13.73% se encuentran entre los que opinan que no hay atención a las personas son un 6.04%.

En la población urbana, el número que se atiende a las personas en forma retardada es del 29.61% y las que no son atendidas por las instituciones conforman el 59.23%.

El cuadro No. 69 corresponde al cuadro final en donde se agrupa las poblaciones, en el cual buscaremos si es eficiente el servicio de salud en cuanto al tipo de efectividad.

EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN LA ZONA URBANA

CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	PERSONAS ENCUESTADAS
Inmediato	25	13.73%
Inmediato Retardado	35 140	8.72% 76.92
No lo Atienden	109 11	29.61 6.04
Otros	218 6	59.22 3.29
TOTAL	182	100.00%
TOTAL	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

EFFECTIVIDAD DE LA ZONA HOSPITALARIA EN LA ZONA RURAL

CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
Inmediato	36	9.72%
Retardado	109	29.61
No lo Atienden	218	59.23
Otros	5	1.35
TOTAL	368	100.00%
TOTAL	368	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

EFFECTIVIDAD DE LA ATENCION PARA LA POBLACION NARIÑENSE

CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
Inmediato	61	11.09%
Retardado	249	45.27
No lo Atienden	229	41.63
Otros	11	2.00
TOTAL	550	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta

## 6.18 EFECTIVIDAD DE LA ATENCION CON RESPECTO AL TIEMPO

Planteamiento de la hipótesis: "El servicio de salud en cuanto a la atención al paciente (tiempo) es deficiente".

Inmediato: 0.11 No es retardado " $\hat{q}$ "  
 0.89 Si es retardado " $\hat{p}$ "

$H_0: p \leq 0.50$  no es retardado

$H_1: p > 0.50$  si es retardado

$$\hat{p} = 0.89$$

$$\hat{\sigma}_p = 0.0133$$

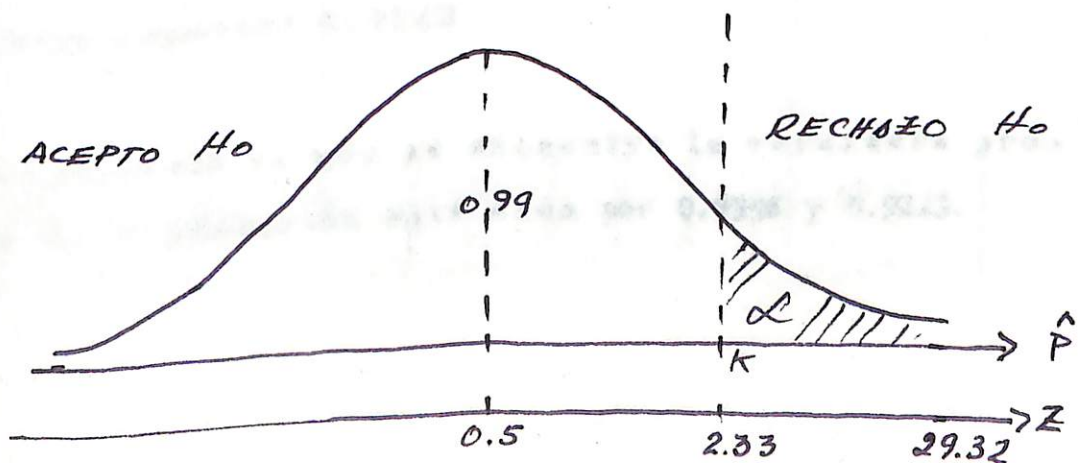
$$1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01 \text{ (error)}$$

$$n = 550$$

$$z = \frac{0.89 - 0.50}{0.0133} = 29.32$$

$$z = 29.32$$



Rechazamos  $H_0$ , aceptamos  $H_1$ , que nos indica que el servicio de salud para su atención es retardada, esto debido a que  $z = 18.3$  que queda en la zona de rechazo  $H_0$ .

### 6.19 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseamos conocer la verdadera proporción de la población por concepto de efectividad en base a los siguientes resultados:

$$\hat{p} = \frac{x}{n} = \frac{489}{550} = 0.89; \quad 1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01$$

$$z_{\alpha/2} = \pm 2.58$$

$$n = 550$$

$$p = (\hat{p} - z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}} < p < \hat{p} + z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) = 1 - \alpha$$

$$p = (0.89 - 2.58(0.0133) < p < (0.89 + 2.58(0.0133)) =$$

0.99

$$p = (0.89 - 0.0343) < p < (0.89 + 0.0343)$$

Límite inferior 0.8556

Límite superior 0.9243

El intervalo en que se encuentra la verdadera proporción de la población está dada por 0.8556 y 0.9243.

## CUADRO DE ILUSTRACION No. 70

PRECIO PARA EL USUARIO POR LOS SERVICIOS DE SALUD - ZONA URBANA

CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
Barato	9	4.94%
Cómodo	6	3.29
Regular	1	0.54
Costoso	149	81.86
Demasiado Caro	16	8.79
TOTAL	182	100.00%

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

En lo que concierne al precio para el usuario por los servicios que le presta para su atención, tiene los siguientes resultados:

El porcentaje mas alto que indica que es "costoso" es del 81.86%; en contraste encontramos el concepto de "barato" con un 4.94%, indudablemente relacionando las variables mas importantes, ejemplo de esto sería las personas de altos ingresos que piensan que el servicio de salud es barato, y las de bajos recursos pensarán que es costoso precisamente por las limitaciones económicas.

En la zona rural para el Departamento de Nariño, por el concepto del costo por la prestación del servicio de salud presenta los siguientes resultados, "costoso" con un 62.50% y en oposición está el concepto de "barato" con 0.83, al contrastar estos dos valores, encontramos que la minoría en que se encuentran las personas de altos recursos en dicha zona opinan que el servicio es barato. Posteriormente encontramos la opinión general al reunir las dos zonas para el Departamento de Nariño, al relacionarlas mediante el planteamiento de las hipótesis.

Como resultado final, para la población de Nariño sobre el concepto del costo de salud, nos dio valores de con

PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO DE SALUD, ZONA RURAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO - 1980

CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
Barato	3	0.83%
Cómodo	10	2.71
Regular	48	13.04
Costoso	230	62.50
Demasiado Costoso	77	20.92
<b>T O T A L</b>	<b>368</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO DE SALUD, PARA LA POBLACION TOTAL  
EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO - 1980

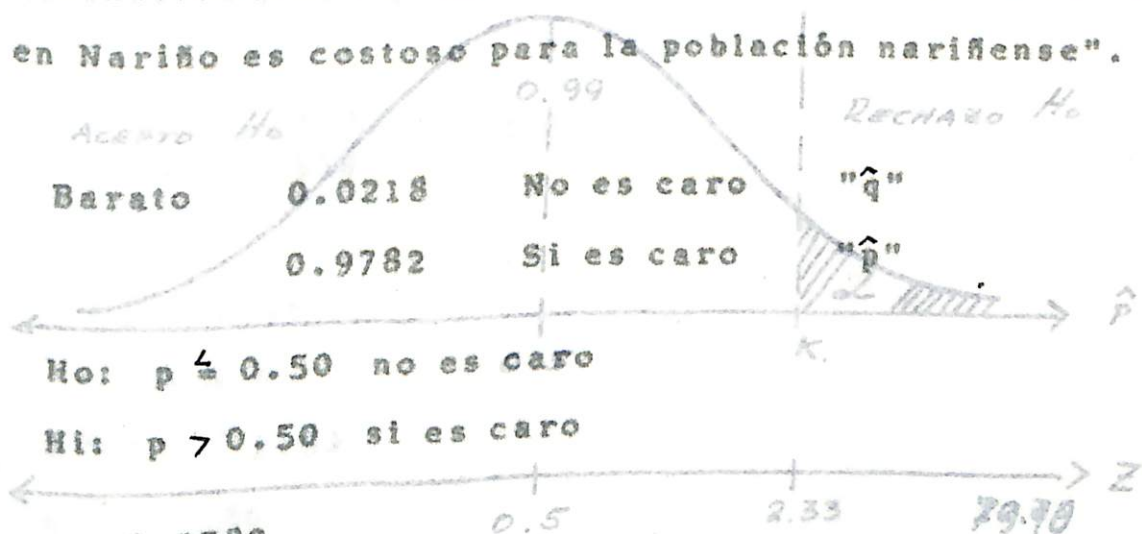
CONCEPTO	No. PERSONAS ENCUESTADAS	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS
Barato	12	2.18%
Cómodo	16	2.90
Regular	49	8.90
Costoso	379	68.90
Demasiado Costoso	94	17.09
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Esta Investigación - Encuesta.

traste, como son el de barato 2.18% y el costoso 68.90%, nos damos cuenta a simple vista que el costo del servicio es costoso para el usuario, pero lo plantearemos bajo el criterio de decisión estadística.

## 6.20 PRECIO PARA EL USUARIO POR EL SERVICIO (POBLACION TOTAL)

Planteamiento de la hipótesis: "El servicio de salud en Nariño es costoso para la población nariñense".



$$p = 0.006$$

$$1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01 \text{ (error)}$$

$$n = 550$$

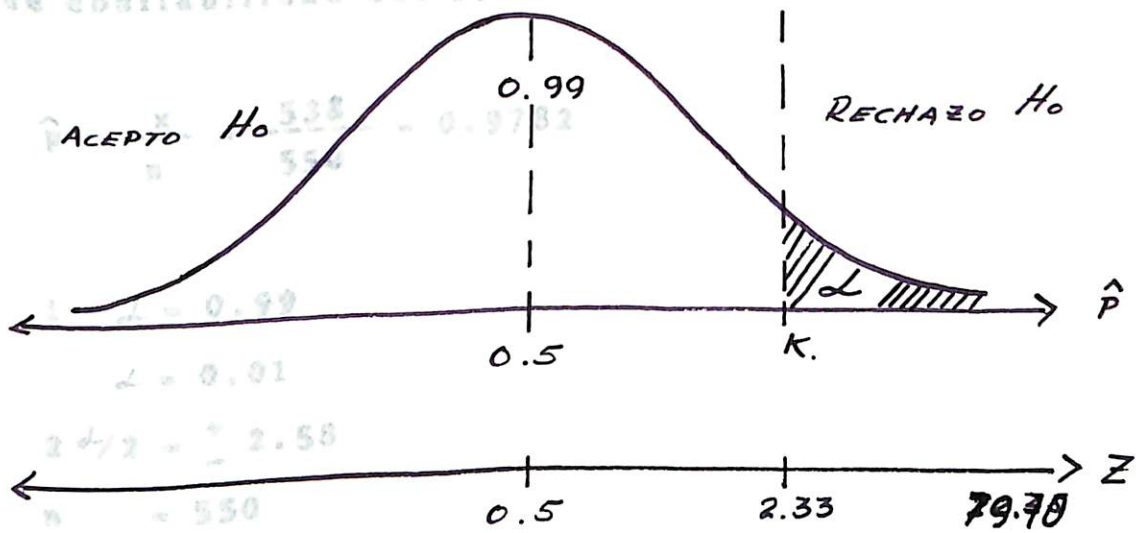
$$z = \frac{0.9782 - 0.50}{0.006} = 79.7 \quad z = 79.7$$

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta  $H_1$ , nos

indica que el servicio es costoso para los usuarios en el Departamento de Maricao.

### 6.21 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseariamos conocer la verdadera proporción de la población para Maricao, por concepto de pago por el servicio de salud, según los siguientes resultados y con un nivel de confiabilidad del 99%.



$$P = (\hat{p} - z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) < P < (\hat{p} + z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) = 1 - \alpha$$

ILUSTRACIÓN Nº 21.

$$P = (0.9782 - 2.58(0.006)) < P < (0.9782 + 2.58(0.006)) =$$

0.99

FUENTE: ESTO INVESTIGACIÓN.

$$P = (0.9782 - 0.0154) < P < (0.9782 + 0.0154)$$

Límite inferior = 0.9628

Límite superior = 0.9936

La verdadera proporción de la población está dada por el intervalo

0.9628 y 0.9936

Indica que el servicio es costoso para los usuarios en el Departamento de Nariño.

### 6.21 ESTIMACION POR INTERVALOS

Deseamos conocer la verdadera proporción de la población para Nariño, por concepto de pago por el servicio de salud, según los siguientes resultados y con un nivel de confiabilidad del 99%.

$$\hat{p} = \frac{x}{n} = \frac{538}{550} = 0.9782$$

$$1 - \alpha = 0.99$$

$$\alpha = 0.01$$

$$z_{\alpha/2} = \pm 2.58$$

$$n = 550$$

$$p = (\hat{p} - z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) < p < (\hat{p} + z_{\alpha/2} \sigma_{\hat{p}}) = 1 - \alpha$$

$$p = (0.9782 - 2.58(0.006)) < p < (0.9782 + 2.58(0.006) =$$

0.99

$$p = (0.9782 - 0.0154) < p < (0.9782 + 0.0154)$$

$$\text{Límite inferior} = 0.9628$$

$$\text{Límite superior} = 0.9936$$

La verdadera proporción de la población está dada por el intervalo

0.9628 y 0.9936

OBJETIVOS : Establecer la realidad de la prestación del servicio de salud, en cuanto:  
 a.) A la demanda que hace la población del Municipio de Pasto, en la búsqueda de atención a la salud.  
 b.) A la forma como este sector responde para satisfacer la demanda poblacional.

I. LOCALIZACION DEL ENTREVISTADO.

1. DEPTO. Nariño 2. MPIO. Pasto

3. FECHA. VI- 12-1981

II. INFORMACION PERSONAL.

4. NOMBRE Cecilia Calcedo

5. SEXO 

a. Masculino	
b. Femenino	X

6. EDAD 

a. Hasta 10 años	
b. De 11 a 20 "	
c. De 21 a 30 "	
d. De 31 a 40 "	
e. De 41 a 50 "	X
f. De 51 en adelante.	

7. ESTADO CIVIL 

a. Soltero	X
b. Casado	
c. Viudo	
d. Unión libre	
e. Religioso	

III. RELACION DE PERSONAS A CARGO

8. NUMERO DE PERSONAS A CARGO 

a. Ninguna	
b. De 1 a 4	X
c. De 5 a 8	
d. De 9 en adelante	

VI. EDUCACION

9. NIVEL DE ESTUDIOS 

a. Ninguno	
b. Primario	X
c. Bachillerato	
d. Técnico	
e. Tecnólogo	
f. Universitario	
g. Otros	

V. RELACION DE TRABAJO Y RENTA OBTENIDA

10. OCUPACION U OFICIO 

a. Profesional	
b. Empleado	
c. Eventual	
d. Otro	X
e. Ninguno	

II. SECTOR DE TRABAJO

a. Oficial	
b. Semioficial	
c. Público	
d. Privado	X
e. Independiente	

12. SALARIO O INGRESO INDIVIDUAL 

a. Menos de 2000	
b. De 2000 a 4000	X
c. De 4001 a 6000	
d. De 6001 a 8000	
e. De 8001 a 10000	
f. De 10.001 a 15.000	
g. De 15.001 a 20.000	
h. De 20.001 en adelante	

13. INGRESO O APORTE FAMILIAR 

a. Menos de 2000	X
b. De 2000 a 6000	
c. De 6001 a 10.000	
d. De 10.001 a 11.000	
e. De 15.001 a 21.000	
f. De 20.000 en adelante	

VI. PREVISION SOCIAL

14. AFILIACION MEDICA SOCIAL 

a. I.S.S	
b. C.N.P.	
c. C.D.P.	
d. Otro	
e. Ninguna	X

15. CONCEPTO DEL SERVICIO

a. Bueno	
b. Regular	
c. Deficiente	X
d. Pésimo	

16. UTILIZA EL SERVICIO MEDICO DE :

a. I.S.S.	
b. C.N.P.	
c. C.D.P.	
d. H. DEPTAL	
e. H. Sn.P.	
f. C. De S.	
g. P. De S.	
h. Medico Part.	
i. Otro	
j. Ninguno	X

17. PORQUE :

a. Hay buena atención médica	
b. " mala " " " " " " "	
c. Hay buenas drogas recetadas	
d. " malas " " " " " " "	
e. Hay buen suministro de drogas	
f. " mal " " " " " " "	X
g. Debe pagar los servicios prestados	
h. " " " las drogas administradas	
i. Se administra medicamentos caseros	
j. Otros	

VII. RELACION DE DISTANCIA Y RAPIDEZ EN PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD

18. EL SERVICIO DE SALUD SEGUN SURESIDENCIA O LUGAR DE TRABAJO, SE PRESTA : 

a. En el mismo barrio	
b. En un barrio alejado	X
c. " " " extremo o retirado	

19. AL SOLICITAR ASISTENCIA MEDICA, LO ATIENDEN :

a. De inmediato	
b. No muy rápido	
c. Demorado	X
d. No lo atienden	

VIII. COSTO REAL Y SOCIAL

20. LO QUE UD. PAGA POR SU ATENCION MEDICA ES : 

a. Barato	
b. Precio cómodo	
c. Regular	X
d. Costoso	
e. Demasiado caro	

IX. CRITERIO DEL USUARIO

21. QUE PUEDE UD. DECIR SOBRE EL SERVICIO DE SALUD DE NARIÑO?  
 R= La salud de Nariño no cuenta con los medios necesarios para el buen cumplimiento de esta función social.  
 22. COMO PIENSA UD. QUE DEBE SER EL SERVICIO DE SALUD?  
 R= Debe ser ante todo Democrático del pueblo, se debe a todos sin distinción de bienes.  
 23. OBSERVACIONES:  
 R=

#### A. Conclusión.

Comparando los recursos presupuestales e incrementales de otros sectores de la Economía Colombiana, con lo designado al Sector Salud, claramente se ratifica y manifiesta que no son suficientes para poder cumplir con sus metas y objetivos presupuestos de base fundamental en los aspectos físicos y mental, para el hombre del presente como del futuro.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### A. Recomendación.

Consideramos que el Estado debe modificar en su base estructural la orientación de sus recursos, de manera preferente en la solución de las necesidades de salud, para que la población prevalezca y pueda dar mejor rendimiento, tanto personal, como a la comunidad en general, en los diversos campos, componentes de la Economía Nacional.

Estas modificaciones podrán ser consideradas bajo los siguientes puntos:

Sin restar importancia a los demás sectores de la Economía Nacional, se hace necesario implantar una racionalización del Presupuesto Nacional, con el fin de atender

A. **Conclusión.**  
De manera preferente aquellos sectores que tienen como función velar por el desarrollo social y la protección de la salud familiar.

Comparando los recursos presupuestales e incrementales de otros sectores de la Economía Colombiana, con lo designado al Sector Salud, claramente se ratifica y manifiesta que no son suficientes para poder cumplir con sus metas y objetivos propuestos de base fundamental en los aspectos físicos y mental, para el hombre del presente como del futuro. sus propuestas o alternativas, suministran

planes de evaluación, de conformidad con la realidad

A. **Recomendación.**  
problemas a tratar, para tomar buenas y razonables decisiones.

Consideramos que el Estado debe modificar en su base estructural la orientación de sus recursos, de manera preferente en la solución de las necesidades de salud, para que la población prevalezca y pueda dar mejor rendimiento, tanto personal, como a la comunidad en general, en los diversos campos, componentes de la Economía Nacional.

Estas modificaciones podrán ser consideradas bajo los siguientes puntos:

El estudio nos demuestra, que se observa un des...

Sin restarle importancia a los demás sectores de la Economía Nacional, se hace necesario implantar una Racionalización del Presupuesto Nacional, con el fin de atender de manera preferente aquellos sectores que tienen como función velar por el desarrollo social y la protección de la salud familiar. En administrativa dentro de la prestación del servicio.

En cuanto a lo referente a las Políticas de la Dirección de Investigaciones es imprescindible que los investigadores de los diferentes temas que cubre la salud, no se queden en la simple identificación de los problemas, sino que dentro de sus propuestas o alternativas, suministren planes de evaluación, de confrontamiento con la realidad concretas, con los problemas a tratar, para tomar buenas y razonables decisiones.

B. Recomendación

Se hace factible estudiar la posibilidad más efectiva de una coordinación intersectorial por ejemplo, relaciones entre el Sector Salud, el Sector Agropecuario y el Sector Educativo, para integrar políticas de funcionamiento al servicio de la comunidad.

1. Es conveniente con el Sector Agropecuario y el Sector Educativo, definir políticas de funcionamiento y evaluación financiera encaminado a velar por el cumplimiento de las políticas objetivas de la salud y la mejor utilización de los recursos asignados a cada institución, y establecer medidas oportunas y correctivas.

B. Conclusión.

El estudio nos demuestra, que se observa un des-

cuido permanente hacia la salud, de parte de las corporaciones legislativas, quienes no instrumentan normas, políticas económicas, financieras, administrativas en salud, tanto a Nivel Nacional, Departamental y Municipal, que permitan establecer una adecuada organización, programación y evaluación administrativa dentro de la prestación del servicio.

Por otra parte deficiencia en los órganos encargados de hacer la captación de recursos con relación al incumplimiento de las entidades que están obligadas a tributar, y quienes en una u otra forma impiden la ejecución de los programas para llevar a cabo una óptima prestación de los servicios de salud a la comunidad.

#### B. Recomendación

1. Es conveniente que el Estado por intermedio de sus entidades gubernativas, defina un modelo de análisis y evaluación financiera encaminada a velar por el cumplimiento de las políticas objetivas de la salud y la mejor utilización de los recursos asignados a cada Institución, y establecer medidas oportunas y correctivas.

Los parámetros a considerarse a mediano y largo plazo en la implantación del modelo serán:

3. Proponer ciertas alternativas para el fortalecimiento de los recursos presupuestales en cada una de las Instituciones.

Aplicación y evaluación del modelo dentro de la estructura administrativa y técnica de cada Institución en los diferentes niveles.

Aplicación de normas y procedimientos por parte del personal a ejecutar las actividades de servicio y calidad técnica que integran el modelo.

Análisis, Control y Evaluación presupuestal-financiera de las entidades asistenciales de salud.

Organización contable y relación entre el monto de las actividades ejecutadas y la cantidad de insumos necesarios. Evaluar el grado de aceptación de demanda, aceptación de los usuarios del servicio y alcance de la participación efectiva de la comunidad en la solución de sus problemas.

## 2. Conclusión.

2. Poner en vigencia, normas y controles que permitan el recaudo y pago oportuno, de impuestos, aportes y auxilios por parte de las Instituciones que están obliga-

das a hacerlo, para el aprovechamiento del Sector Salud.

3. Proponer ciertas alternativas para el fortalecimiento de los recursos presupuestales de salud como ejemplo, un gravamen a la propiedad raíz, en forma simultánea con el cobro del impuesto predial, o una racionalización en el pago de los servicios públicos, designando gradualmente al monto del pago, un porcentaje determinado, el cual se hará efectivo por intermedio de los tesoreros municipales para transferirlos luego a los diversos servicios seccionales de salud y su consiguiente distribución.

o las personas, como el medio ambiente.

Alternativa ésta, encaminada a esperar que las personas en el grado de su capacidad económica, contribuyan al mejoramiento y ampliación de la atención preventiva y curativa, mediante recursos necesarios que garanticen a mediano y largo plazo la financiación del sector, con miras a una redistribución del ingreso.

C. Conclusión.

Hemos encontrado que en el transcurrir del estudio

y mediante la confrontación de la investigación con la realidad que el Departamento de Nariño y el Municipio de Pasto presenta un claro déficit en cuanto a la existencia de suficientes funcionales centros asistenciales que no alcanzan a orientar en mejor forma la planificación en sa lud.

A la vez el personal administrativo que labora en las entidades, tanto de Hospitales, Puestos y Centros de Salud, no desarrollan un adecuado rendimiento de los recursos disponibles, lo que lleva a agudizar las deficiencias en la prestación del servicio, tanto en la atención a las personas, como al medio ambiente.

### C. Recomendación.

1. Consideramos necesario llevar a cabo un programa de auditoría e investigación, en todos los establecimientos existentes de salud en nuestro medio, con el objeto de verificar, revisar su radio de acción, la dotación cuantitativa y cualitativa de equipos médicos y hospitalarios, las características de sus instalaciones, ubicación y capacidad, para tener así el criterio claro y suficien-

te para enfrentar positivamente al desarrollo poblacional, quien exige que la oferta de servicios sea adecuada a las necesidades.

2. Es importante realizar una verdadera revisión del órgano administrativo de las entidades de salud que permitan conocer las justas necesidades de operación con el fin de obtener el rendimiento de los recursos disponibles. Labor ésta que debe ser desarrollada por un grupo de investigadores profesionales, que tendrán como miramiento la buena prestación de servicios, analizando el rendimiento eficiencia-costo.

3. En otro particular, el avance científico y tecnológico de gran incidencia en salud, lleva a los hospitales e instituciones asistenciales ir renovando sus equipos y contar con una instrumentación actualizada, representando un beneficio para la comunidad, de manera especial en los hospitales pediátricos, base fundamental para el hombre del mañana, sin olvidar que el hombre actual, también necesita estos servicios para poder alcanzar un buen desenvolvimiento en todas las situaciones que lo rodea. Estas exigencias tendrán una canalización efectiva

con un aporte por parte del gobierno, al asignar una partida efectiva y específica con criterio técnico a todas las Instituciones de Salud, para garantizar efectivos servicios y poder cubrir gran parte del déficit presupuestal. La reestructuración a todos estos enfoques establecerá las justas necesidades administrativas, técnicas y de servicios.

#### D. Conclusión.

#### E. Recomendación.

Se encuentra hoy, que la vida moderna, la industrialización en lugar de proporcionar al hombre el bienestar que éste busca, está produciendo el efecto contrario, destruyendo su salud, lenta pero inexorable, al contaminar progresivamente el medio ambiente donde desarrolla su vida.

Esta destrucción del biosistema directa o indirectamente hecha por la mano del hombre (desforestación, experimentos nucleares, etc.) ya por la industrialización, ya por la contaminación de aguas con su incidencia en la tierra y en la salud ciudadana, ya por el aniquilamiento de los bosques con sus efectos en el caudal de los ríos

han repercutido notablemente en la morbi-mortalidad poblacional. La disposición física y química de los residuos, evita de los índices de enfermedades y de función.

Irónicamente se une a este hecho, las directrices gubernamentales, fomentando el mantenimiento de la salud, con el consumo de licores, cerveza, cigarrillos y juegos de loterías, convirtiendo al país en un estanco de juegos de azar.

#### D. Recomendación.

Se hace indispensable que el sector salud, reglamente un programa primario de higiene y proceso educativo en salud, con el fin de combatir la contaminación ambiental, consecuencia de un desarrollo irracional, y que en unas regiones es más acelerado que en otras, y cuenta por lo tanto con medidas de saneamiento en términos de control y previsión. Programas que llevarían a utilizar por ejemplo todos los medios disponibles de comunicación para emprender campañas cívicas preventivas de salud en las áreas de: vigilancia y riesgo epidemiológico, conducción adecuada de aguas negras, un eficiente matadero, etc., a la vez que procurar establecer una Institución acondicio-

nada, donde se puede aprovechar el reciclaje, conociendo la composición física y química de los residuos, evitando los índices de enfermedad y de función, para que con su participación busque las soluciones, estimulando y activando.

Por otra parte no se puede considerar como un hecho irreversible, que el único medio de fortalecer la salud, sea fomentando el consumo de los elementos nocivos para la salud y el juego de azar, sino que se hace necesario sacar a la población colombiana de ese medio vicioso que lo envuelve, buscando medidas de control y dando un enfoque multidisciplinario, con características hacia una orientación sistematizada y racional, en la producción de licores y el manejo de los juegos. Características y medidas que lleven a revisar la calidad de los productos, el análisis de la producción del coeficiente porcentual de impuestos, controlar periódicamente las ventas, para evitar evadir impuestos y hacer cumplir estricta obligación de tributar los impuestos en forma oportuna.

trabajo y su cotidiana exigencia.

Por todo lo anterior y debido a la deficiente o ninguna participación de la comunidad nariñense y de Pasto, en el proceso de salud, es importante establecer una metodología, organización y participación de la comuni-

dad, con el fin de darle a conocer claramente lo que representa el servicio de salud, sus aspectos relacionados con el diagnóstico, ejecución y evaluación para que con su participación busque las soluciones, estimulando y activando la mejor utilización de los recursos con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios, elevado el nivel de atención de la salud. En muy escasos y se ubican a grandes distancias tanto a nivel de la Seccional de Barrio Sin haber alcanzado las gentes un buen nivel de vida, hoy comienzan a reclamar algo más, "calidad de vida", palabras que sintetizan el concepto humanista de no solo vivir, sino tener una existencia mejor. El pueblo ya no es un iluso, no pide extraordinarias reformas, lo que solicita es tan solo aquello que debe integrar la más elemental justicia humana: educar a sus hijos, protección de la salud familiar, tranquilidad contra los infortunios de la vida y la incertidumbre del mañana, y recreaciones sanas para alejar las tensiones acumuladas en su diario trabajo y su cotidiana angustia. tiene el carácter, erradicación de la insalubridad.

Con una suficiente y eficaz asignación presupuestal por parte del Estado al Sector Salud, la utilización racional de sus recursos y la participación decidida de la

comunidad se alcanzará unos objetivos más aceptables, para la búsqueda del bienestar social de la población.

#### E. Conclusión.

La distribución de los establecimientos encargados de prestar el servicio de salud son muy escasos y se ubican a grandes distancias tanto a nivel de la Seccional de Nariño como del Municipio de Pasto.

#### E. Recomendación.

Es urgente hacer una redistribución y localización de los Hospitales, Centros y Puestos de Salud, teniendo en cuenta las concentraciones poblacionales, las facilidades de vías de comunicación y desarrollo productivo, para así lograr una efectiva prestación de la salud, contando más que todo con una atención de carácter preclínico antes que curativo, pues la prevención tiene el carácter, erradicación de la insalubridad.

Razón por la cual en forma urgente se requiere una re-estructuración en la Seccional de Salud de Nariffo en su forma administrativa, porque la prestación del servicio deja mucho que desear, en comparación con las otras seccionales, pues con menor presupuesto per cápita dan a la comunidad un servicio de mejor calidad.

Finalmente, cabe hacer hincapié en que el Estado en forma única y exclusiva es quien debe subsidiar a la salud de sus gobernados, puesto que un pueblo con buenas condiciones humanas y físicas, puede alcanzar una adecuada relación socio-económica.

Actividad es el conjunto de acciones combinadas cualitativa y cuantitativamente según criterios de eficiencia, desarrolladas en secuencia lógica, cronológica y funcional, constituyendo una unidad completa a fin de brindar un servicio específico de salud a la comunidad objetivo y alcanzable.

### TERMINOLOGIA

AREA DE PENETRACION: Es el lugar geográfico en el que se realiza una actividad de salud pública. Caracterizada por ser un espacio físico delimitado, que puede ser un establecimiento de salud, un barrio, un grupo de personas, etc. El área de penetración es el espacio físico en el que se realiza una actividad de salud pública.

AREA PROGRAMATICA: Territorio en el cual un organismo de salud realiza actividades de Salud Pública.

ATENCIÓN AL AMBIENTE: Es un servicio que consiste en la promoción y mejoramiento de las condiciones ambientales y físicas.

A

**ACTIVIDAD:** Es el conjunto de acciones combinadas cualitativa y cuantitativamente según criterios de eficiencia, desarrolladas en secuencia lógica, cronológica y funcional, constituyendo una unidad completa a fin de brindar un servicio específico de salud a la comunidad definible y mensurable.

**AREA DE PENETRACION:** Es el lugar geográfico en el sector rural caracterizado por no existir una atención médica establecida, sino que por el contrario la atención a la salud se hace en forma esporádica, ya sea por parte de auxiliares, como por parte de médicos profesionales.

**AREA PROGRAMATICA:** Territorio en el cual un organismo sanitario ejerce actividades de Salud Pública.

**ATENCION AL AMBIENTE:** Es un servicio que con la utilización y aprovechamiento de sus recursos humanos y

materiales correspondientes, trata de mantener el equilibrio del ecosistema, preservando de riesgos y daños y en lo posible corregir hechos que lo alternen, como también busca que la comunidad pueda racionalmente utilizar sus elementos para generar vida y desarrollo.

**CONTROL OBSERVADA:** Es el promedio obtenido con base en el análisis estadístico de lo ejecutado en

**ATENCIÓN A LAS PERSONAS:** Es un servicio que en la utilización y aprovechamiento, trata de mantener en la comunidad adecuadas coberturas de salud, en referencia a acciones preventivas y atender la demanda en cuanto a acciones curativas.

**ATENCIÓN DE ENFERMERIA:** Es la actividad final que se refiere a los servicios directos que proporciona el personal de enfermería al paciente y que consiste en controles, visitas, especiales, charlas educativas y visitas de supervisión.

**Cuentas de supervisión:** Sistema de cuentas que proporcionan el marco para describir las relaciones de mercado dentro, y entre las economías nacionales en términos cuantitativos. Estas cuentas permiten la comparación del presente con el pasado reciente.

**COBERTURA:** Es la relación porcentual entre el número de sujetos atendidos con una determinada actividad y

el número de sujetos totales. *efectividad de la política*  
*económica, mantener cierta guía para la política*

**CONCENTRACION:** Es el número de veces que se ha repetido una actividad en un mismo sujeto.

**CONTROL:** Es el resultado de las acciones ejercidas por  
**CONCENTRACION OBSERVADA:** Es el promedio obtenido con base en el análisis estadístico de lo ejecutado en un mismo período dado.

**COSTO OBSERVADO:** Es el costo registrado en la vigencia  
**CONCENTRACION PROYECTADA:** Es la conceptualización de lo que cada nivel local, regional, universitario, *CO* define como *standarización óptima de concentración* a alcanzar a corto, mediano y largo plazo. *acciones económicas y administrativas que se proyectan para la vigencia*

**CONSULTA:** Es el resultado de las acciones de salud que se ejercen sobre un paciente ambulatorio.

**CUANTIFICACION:** Es el total de actividades programadas.

**CONTABILIDAD SOCIAL:** Sistema de cuentas que proporcionan el marco para describir las relaciones del mercado dentro, y entre las economías nacionales en términos cuantitativos. Estas cuentas permite la comparación del presente con el pasado reciente; además puede proporcionar una información estadística muy ú

til que ayudan a valorar la efectividad de la política económica y obtener cierta guía para la política futura.

**DIAGNÓSTICO:** Entenderemos la palabra diagnóstico como las experiencias desarrolladas en el país para identificar enfermedades, causas y efectos que se producen en el ser humano, mediante el examen de síntomas que presenta. También se utiliza para identificar el grado o calidad de un programa, de una entidad de salud, de una prestación de servicio.

**COSTO OBSERVADO:** Es el costo registrado en la vigencia fiscal anterior.

**COSTO PROYECTADO:** Es el resultante del costo observado, añadiendo o substrayendo las correcciones monetarias y administrativas que se prevén para la vigencia fiscal siguiente, estimada para cada nivel.

**GASTOS GENERALES:** Se refiere a los aspectos económicos necesarios para el apoyo y mantenimiento de los servicios básicos de la institución. Lo constituyen los gastos por servicios públicos, de comunicaciones, viáticos, gastos de viaje, combustible, lubricantes, reparaciones, mantenimiento y otros.

**CUANTIFICACION:** Es el total de actividades programadas o realizadas en un organismo de salud y el total de instrumentos programados o utilizados para el desarrollo de las mismas, cuando se refiere a varios niveles de atención, se expresa en términos absolutos y porcentuales con respecto al total general.

**INSTAURACION:** Es el conjunto de recursos combinados cualitativa y cuantitativamente, según criterio de eficiencia.

ción, para producir una actividad específica de ex-

D

**DIAGNOSTICO:** Entenderemos la palabra diagnóstico como las experiencias desarrolladas en el país para identificar enfermedades, causas y efectos que se producen en el ser humano, mediante el examen de síntomas que presenten. También se utiliza para identificar el grado o calidad de un programa, de una entidad de salud, de una prestación de servicio.

**NIVEL DE VIDA:** En Economía se refiere generalmente a la cantidad de bienes y servicios que consume realmente una persona con sus recursos.

G

**GASTOS GENERALES:** Se refiere a los aspectos económicos necesarios para el apoyo y mantenimiento de los servicios básicos de la institución. Lo constituyen

los gastos por servicios públicos, de comunicaciones, viáticos, gastos de viaje, combustible, lubricantes, reparaciones, mantenimiento y otros.

I

**INSTRUMENTOS:** Es el conjunto de recursos combinados cualitativa y cuantitativamente, según criterio de efi-

ciencia, para producir una actividad específica de salud, y condensa el proceso, siendo expresión técnica de la política formulada y contenida en términos generales, los elementos necesarios para la programación en todos los aspectos.

**MORBILIDAD:** Sinónimo de enfermedad.

**POBLACION ASIGNADA:** Es el número de personas que le corresponde atender al sector oficial, ya que el resto de la población es atendida por otras agencias de

**NIVEL DE VIDA:** En Economía se refiere generalmente a la cantidad de bienes y servicios que consume realmente una persona con una renta dada.

**POB. EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA:** Es el número de personas que habitan en el área programática.

**NIVEL NACIONAL:** Es la estructura que integra toda la capacidad operativa del sector salud.

**POB. POR CAPACIDAD OPERATIVA DEL SECTOR SALUD:** Es la proporción de sujetos a atender en relación a la capacidad operativa del sector salud.

**NIVEL UNIVERSITARIO:** Lo conforman los Hospitales Universitarios donde se hace docencia para las facultades de Ciencias de la Salud.

**POB. POR DESARROLLO DE CIENCIAS DE LA SALUD:** Es la proporción de sujetos a atender en relación al universo, de acuerdo a la cantidad de recursos asignados y disponibles en el nivel Regional.

**PLAN NACIONAL DE SALUD:** El Plan Nacional de Salud

Este se ha diseñado como la herramienta operativa que oriente y conduzca el proceso, siendo expresión técnica de la política formulada y conteniendo en términos generales, los elementos necesarios para la programación en todos los aspectos. El plan tiene relación con actividades pasadas y futuras del gobierno.

**POBLACION ASIGNADA:** Es el número de personas que le corresponde atender al sector oficial, ya que el resto de la población es atendida por otras agencias de salud, que rigen la aplicación de los recursos en tiempos, lugares y cantidades determinadas.

**POBLACION TOTAL:** Es el total de personas que habitan en el área programática. No se enfocará en establecer

una metodología que involucre la coordinación necesaria.

**PORCENTAJE TOTAL PARA EL NIVEL LOCAL:** Es la proporción de sujetos a atender en relación a la cantidad de recursos asignados y disponibles en el nivel local.

La metodología tratará de conseguir en todos los servicios

**PORCENTAJE TOTAL PARA EL NIVEL REGIONAL:** Es la proporción de sujetos a atender en relación al universo, de acuerdo a la cantidad de recursos asignados y disponibles en el nivel Regional.

**PRESUPUESTO:** Estimación formal de ingresos y gastos para un período, tanto en los negocios como en el gobierno. El presupuesto contiene normalmente una indicación de la política a seguir para lograr los objetivos fijados. El presupuesto nacional tiene relación con actividades pasadas y futuras del gobierno expresadas en términos financieros.

**PROGRAMA:** Es la organización de la secuencia de actividades que rige la aplicación de los recursos en tiempos, lugares y cantidades determinadas. económica presente en la producción de bienes y servicios.

**PROGRAMACION:** Este término se enfocará en establecer una metodología que involucre la coordinación necesaria entre los objetivos de atención a las personas, al ambiente, etc., relacionándolos con las actividades de infraestructura que apoyan dichas metas; esta metodología tratará de conseguir en todos los servicios de salud una integración de actividades y sus recursos tratando de garantizar que la mayoría de ellos se utilicen en la atención de las prioridades de la población a quien se dirige.

**SUJETO DE PROGRAMACIÓN:** Es el grupo de personas y lugares donde se desarrollan las actividades finales.

**RENDIMIENTO PROYECTADO:** Es la conceptualización de lo que cada nivel local, regional, universitario o de máxima tecnología, defina como standardización óptima de rendimientos a alcanzar a corto, mediano y largo plazo.

**RENDA NACIONAL:** Es la suma de todas las rentas, de todos los residentes, sociedades y organismos gubernamentales procedentes en la actividad económica presente en la producción de bienes y servicios.

**SUMINISTROS:** Son los insumos que se utilizan para producir una actividad final. En atención a las personas se refiere a medicamentos, material médico quirúrgico, alimentos y otros. En atención al ambiente se re-

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Se entiende por Sistema Nacional de Salud, el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos de promoción, protección, ejecución y coordinación.

**UNIDAD LOCAL:** Es el área que comprende el Hospital local con sus centros y puestos de salud y sus corres-

**SUJETO DE PROGRAMACION:** Es el grupo de personas o lugares donde se desarrollan las actividades finales.

**UNIDAD REGIONAL:** Es el área constituida por varias u-

**SUJETOS CRITICOS:** a) Para atención a las personas, son los grupos de edad, sexo y estado fisiológico mayormente sometidos a riesgo, daño de enfermedad y de morir; b) para atención al ambiente, son los sitios o lugares donde habitan o de donde provienen los alimentos básicos para esta población, mayormente sometida

**VIS** a riesgo y daño de enfermedad o de morir, **cidas** como una familia en su lugar de residencia.

**SUMINISTROS:** Son los insumos que se utilizan para producir una actividad final. En atención a las personas se refiere a medicamentos, material médico quirúrgico, alimentos y otros. En atención al ambiente se refiere a elementos para control de calidad de agua, de alimentos, contaminación y material para el desarrollo de programas de disposición de desechos.

## U

**UNIDAD LOCAL:** Es el área que comprende el Hospital local con sus centros y puestos de salud y sus corres-

pondientes áreas de influencia.

**UNIDAD REGIONAL:** Es el área constituida por varias unidades locales que tienen como sede un hospital de mayor complejidad y que posee un organismo dependiente, adscrito o independiente de atención al ambiente.

V

**VISITA:** Es el resultado de las acciones ejercidas como una familia en su lugar de residencia.

A manera de información damos a conocer ciertos aspectos legales y fiscales sobre los cuales se establece el cumplimiento de las normas, decretos y leyes que rigen al Sector Salud en toda su cobertura, y el Presupuesto Nacional.

a. Decreto Ley número 694 de abril 10 de 1974 "Por el cual se establece la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud".

#### NORMAS LEGALES Y FISCALES ESTABLECIDAS

b. EN EL PRESUPUESTO NACIONAL 10 de 1974 "Por el cual se establece el Régimen de Coordinación y Dependencia entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y las Instituciones y Agencias que funcionan en los subsectores privados, de la Seguridad Social, Oficial y Mixto".

c. "Decreto Ley número 673 de abril 17 de 1974 "Por el cual se modifica la composición de las estructuras orgánicas de los establecimientos públicos adscritos al Ministerio de Salud Pública, se determinan sus objetivos y funciones y su régimen de dirección".

A manera de información damos a conocer ciertos aspectos legales y fiscales sobre los cuales se establece el cumplimiento de las normas, decretos y leyes que rigen al Sector Salud en toda su cobertura, y el Presupuesto Nacional.

Decreto Ley número 705 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece el subistema Nacional de Planificación del Sistema Nacional de Salud".

a. Decreto Ley número 654 de abril 10 de 1974 "Por el cual se establece la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud".

Decreto Ley número 706 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece la organización y funcionamiento de los servicios de atención de salud".

b. Decreto Ley número 655 de abril 10 de 1974 "Por el cual se establece el Régimen de Coordinación y Dependencia entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y las Instituciones y Agencias que funcionan en los subsectores privados, de la Seguridad Social, Oficial y Mixto".

Decreto número 709 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece el subistema Nacional de Planificación del Sistema Nacional de Salud".

c. Decreto Ley número 673 de abril 17 de 1974 "Por el cual se modifica la composición de las estructuras orgánicas de los establecimientos públicos adscritos al Ministerio de Salud Pública, se determinan sus objetivos y funciones y su régimen de dirección".

Presupuesto General de la Nación".

d. Decreto Ley número 702 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece el subsistema Nacional de suministros del Sistema Nacional de Salud."

e. Decreto Ley número 705 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece el subsistema Nacional de Planeación del Sistema Nacional de Salud". empaques y cajetillas, de tabaco o cigarrillo.

f. Decreto Ley número 706 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece la organización y funcionamiento de los servicios "Seccionales de Salud". normas y funciones de los Departamentos Administrativos".

g. Decreto número 708 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece la organización Administrativa del Nivel Local Regionalizado del Sistema Nacional de Salud".

h. Decreto número 709 de abril 20 de 1974 "Por el cual se establece el sub-sistema Nacional de Inversiones del Sistema Nacional de Salud".

i. Decreto Ley número 294 de 1973 "Por el cual se establecen las Normas Orgánicas del Presupuesto General de la Nación".

j. Decreto número 077 de 1976 "Por el cual se estructura la Dirección General del Presupuesto. Ministerio de Hacienda y Crédito Público".

k. Decreto número 1188 de 1974, Artículo 18 "Por el cual se reconoce que el "Tabaco es nocivo para la Salud" con publicidad en todos sus empaques y cajetillas, de tabaco o cigarrillo.

l. Decreto 1050 de 1968 de la Administración Pública Nacional, "Por el cual se integran normas y funciones de los Departamentos Administrativos".

m. Decreto 077 de 1976 "Por el cual se estructura la Dirección de Presupuesto Nacional".

n. Decreto número 2058 de 1974 "Por el cual se dá a conocer la preparación, presentación, trámite y manejo de los Presupuestos Departamentales".

ADMINISTRACION PUBLICA. Escuela Superior, ESAF  
Revista de Administración y Desarrollo 1979.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Marzo 27  
 de 1980. Primera Edición. Editorial: Redactores  
 Asociados. Tomos I & Tomo II. Plan de Inversión  
 Nacional (PIN).

DIRECCION DE INVESTIGACIONES. Ministerio de In-  
 terior. Reportes. Exposición Nacional sobre pro-  
 gramas de investigación en Planificación de Inversión  
 Cartagena. **BIBLI-O-GRAFIA**

HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Guía para la Programación  
 del Presupuesto General de la Nación. Publica-  
 ciones Ministerio de Hacienda. Febrero de 1977.

HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Informe Consolidado  
 de los Presupuestos del Sector Público. Año 1980.  
 Dirección General de Presupuesto. Bogotá, 1980.

HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Ministerio. Guía pa-  
 ra la programación del Presupuesto General de la Na-  
 ción. Bogotá, febrero 1977.

HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Proyecto de Presup-  
 uesto Sectorial Central. Dirección General de Presu-  
 puesto. Publicaciones Ministerio de Hacienda. Bogo-  
 tía, julio de 1980.

- INFANTE VILLARREAL, Arturo. Evaluación Económica del Proyecto de Inversión. Cali, Colombia, 1979.
- ADMINISTRACION PUBLICA. Escuela Superior, ESAP. Revista de Administración y Desarrollo 1979. de Administración Moderna" Tercera Edición. Traducida y
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Marzo 27 de 1980. Primera Edición. Editorial: Redactores Asociados, Tomos 16 y Tomo II. Plan de Integración Nacional (PIN).
- LEONOR MONICA. Seguros Sociales para Trabajadores Independientes. Tomo 48, Abril 15 de 1976.
- DIRECCION DE INVESTIGACIONES. Ministerio de Salud. Memorias. Primera reunión Nacional sobre programas de investigación en Planificación de Salud. Cartagena, Abril 27-29 de 1977. de 1976. Bogotá D.E.
- HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Guía para la Programación del Presupuesto General de la Nación. Publicaciones Ministerio de Hacienda. Febrero de 1977.
- MINISTERIO DE SALUD. Manual normativo para la Pro-
- HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Informe Consolidado de los Presupuestos del Sector Público. Año 1980. de Dirección General de Presupuesto. Bogotá, 1980.
- HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Ministerio. Guía para la programación del Presupuesto General de la Nación. Bogotá, febrero 1977.
- HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Proyecto de Presupuesto Sector Central. Dirección General de Presupuesto. Publicaciones Ministerio de Hacienda. Bogotá, julio de 1980.

- INFANTE VILLARREAL, Arturo. Evaluación Económica del Proyecto de Inversión. Cali, Colombia, 1979.
- KOONTZ, Harold y O'DOMNELL Cryril. "Curso de Administración Moderna" Tercera Edición. Traducida y Adaptada por Ignacio Pérez Salgado. México 13 D.F. Editor 1971.
- LEGISLACION ECONOMICA. Seguros Sociales para trabajadores independientes. Tomo 48, Abril 15 de 1976. Bogotá D. E.
- LEGISLACION ECONOMICA. Sistema para fijar precio a drogas. Tomo 49, Agosto 15 de 1976. Bogotá D.E.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Manual de Normas Generales. Bogotá, Talleres Minsalud 1976.
- MINISTERIO DE SALUD. Manual normativo para la Programación de Actividades del Sistema Nacional de Salud. Anexo 2. Manual Simplificado de Cálculo de Costos. Bogotá, julio 23 de 1977.
- MINISTERIO DE SALUD. Manual Normativo para la programación de Actividades del Sistema de Salud. Bogotá, julio 23 de 1977.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Manual Normativo para la programación de Actividades del Sistema Nacional de Salud. Comité de Revisión. Bogotá D.E., Julio 23 de 1977.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Rediseño del Sistema Nacional de Salud, Documento RSSG 4. Propuesta Preliminar para un perfil organizativo y funcional del sistema. Abril 17 de 1973.

QUINTO CONGRESO COLOMBIANO DE: Regionalización  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Rediseño del Sistema Nacional de Salud, Documento RSSG-26. Resultados y Propuestas del grupo de Estudio número 12. Recursos Humanos y Estatuto de Personal. Bogotá, Diciembre 18 de 1973.

1972 - 1979.  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Rediseño del Sistema Nacional de Salud, Documento RSSG-33. Estructura legal para el Sistema Nacional de Salud. Abril 25 de 1974.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO. Anuario  
ORDENANZA DE PRESUPUESTO. Presupuesto Departamental de Rentas e Ingresos y Liquidación de Apropia- ciones 1978. Pasto 1978.

SERVICIO DE: Catálogo de Submédicos del Centro de  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LOS OBJETIVOS. Objetivos políticos y estrategias para el cambio. Publicaciones Beneficencia Cundinamarca, Bogotá D. E. 1974.

1979.  
QUINTO CONGRESO COLOMBIANO DE: Estructura y Funcionamiento. Modelo de un servicio Seccional de Salud descentralizado. Bucaramanga 1973.

Hospitalario, Bogotá - 1978.  
QUINTO CONGRESO COLOMBIANO DE: Recursos Huma-

nos del Trabajador de la Salud. Modelo de un Servicio Seccional de Salud descentralizado. Bucaramanga 1973.

QUINTO CONGRESO COLOMBIANO DE: Regionalización y Niveles de Atención Médica. Bucaramanga 4 al 8 de diciembre de 1973.

SECRETARIA DE SALUD. Estudio de los Hospitales Adscritos y Vinculados, Servicios de Salud de Bogotá. 1974 - 1979.

SERVICIO DE: Programación. Enero-Diciembre de 1979 290 páginas. Bogotá, D.E. Marzo 26 de 1979.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO. Anuario Estadístico año de 1979. Sección de Información. Junio de 1980.

SERVICIO DE: Catálogo de Suministros del Centro de Salud. Bogotá D. E. 1973.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NARIÑO. Informe Estadístico 1978. Sección de Información, Mayo de 1979.

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA. Proyección, Políticas y Mecanismos aplicados al problema financiero y Hospitalario. Bogotá - 1976.

A N E X O S

A N E X O S

CALCULO No. 1

PARA LAS PROYECCIONES N. DEPARTAMENTAL

AÑO	x	y	xy	x <sup>2</sup>
1977	1	819.36	819.36	1
1978	2	1,660.46	3,320.92	4
1979	3	2,501.56	7,504.68	9
1980	4	3,342.66	13,370.64	16
TOTAL	10	12,617.53	30	

2.5      1,117.23

Σ      ȳ

CALCULO No. 1

PARA LAS PROYECCIONES H. DEPARTAMENTAL

ANO	x	y	xy	x <sup>2</sup>
1977	1	819.36	819.36	1
1978	2	940.23	1.880.46	4
1979	3	1.119.73	3.559.19	9
1980	4	1.589.63	6.358.52	16
TOTAL	10	4.468.95	12.617.53	30
	2.5	1.117.23		
	$\bar{x}$	$\bar{y}$		

$$b = \frac{12617.93 - (2.5)(1117.23)}{30 - 4(2.5)^2} = \frac{12617.93 - 11172.30}{30 - 25} = 289.04$$

$$a = \frac{4468.95 - 289.04(10)}{4} = \frac{4468.95 - 2890.40}{4} = 394.63$$

$$y_6 = 394.63 + 289.04(6) = 2.128.87$$

$$y_7 = 394.63 + 289.04(7) = 2.417.91$$

$$y_8 = 394.63 + 289.04(8) = 2.706.95$$

$$y_9 = 394.63 + 289.04(9) = 2.996.00$$

Fórmulas:  $b = \frac{\sum xy - n \bar{x} \bar{y}}{\sum x^2 - n (\bar{x})^2}$ ;  $a = \frac{\sum y - b \sum x}{n}$

$$a = \bar{y} - b \bar{x}$$

$$b = \frac{12617.53 - 4(2.5)(1117.23)}{30 - 4(2.5)^2} = \frac{12617.53 - 11.172.30}{30 - 25}$$

$$= \frac{1445.23}{5} = 289,04$$

$$a = \frac{4468,95 - 289.04(10)}{4} = \frac{4468,95 - 2890,40}{4}$$

$$= \frac{1.578,55}{4} = 394,63$$

$$y = a + bx$$

$$y_5 = 394.63 + 289.04(5)$$

$$394.63 + 1445.20 = 1839.83$$

$$y_6 = 394.63 + 289.04(6)$$

$$394.63 + 1.734.24 = 2.128.87$$

$$y_7 = 394.63 + 289.04(7)$$

$$394.63 + 2.023 = 2.417.91$$

$$y_8 = 394.63 + 289.04(8)$$

$$394.63 + 2.312.32 = 2.706.95$$

$$y_9 = 394.63 + 289.04(9)$$

$$394.63 + 2.601.37 = 2.996$$

CALCULO No. 2

PARA LAS PROYECCIONES H. INFANTIL

ANO	x	y	xy	x <sup>2</sup>
1977	1	385.29	385.29	1
1978	2	508.40	1.016.80	4
1979	3	789.08	2.367.24	9
1980	4	919.58	3.678.32	16
TOTAL	10	2.602.67	7.447.65	30
	2.5	650.66		
	$\bar{x}$	$\bar{y}$		

$b = \frac{7.447.65 - 4(2.5)(650.66)}{30 - 4(2.5)^2} = \frac{7.447.65 - 6.506.60}{5}$
---

$$Fórmulas: b = \frac{xy - n \bar{x} \bar{y}}{x^2 - n (\bar{x})^2}; a = \frac{y - b x}{n}$$

$$a = \bar{y} - b \bar{x}$$

$$b = \frac{7.447.65 - 4(2.5)(650.66)}{30 - 4(2.5)^2} = \frac{7.447.65 - 6.506.60}{5}$$

$$= 188.21$$

$$a = \frac{2.602.67 - 188.21(10)}{4} = \frac{2.602.67 - 1882.10}{4}$$

$$= 180.14$$

$$a = \bar{y} - b \bar{x}$$

$$a = 650.66 - 188.21(2.5)$$

$$a = 650.66 - 470.52$$

$$a = 180.14$$

$$y = a + bx$$

$$y_5 = 180.14 + 188.21(5)$$

$$180.14 + 941.05 = 1.121.19$$

$$y_6 = 180.14 + 188.21(6)$$

$$180.14 + 1129.26 = 1309.40$$

$$y_7 = 180.14 + 188.21(7)$$

$$180.14 + 1317.47 = 1.497.61$$

$$y_8 = 180.14 + 188.21(8)$$

$$180.14 + 1505.68 = 1688.82$$

## CALCULO No. 3

PARA LAS PROYECCIONES H. SAN PEDRO

$$y_9 = \frac{180.14}{180.14} + \frac{188.21}{1693.89} (9)$$

$$= 180.14 + 1693.89 = 1874.03$$

AÑO	X	Y	XY	X <sup>2</sup>
1977	1	756.19	756.19	1
1978	2	894.75	1,788.30	4
1979	3	978.88	2,927.64	9
1980	4	1,276.65	5,114.60	16
TOTAL	10	3,904.87	10,586.00	30
	2.5	976.21		
	2			

CALCULO No. 3

PARA LAS PROYECCIONES H. SAN PEDRO

AÑO	x	y	x <sup>2</sup>	xy
1977	1	756.19	1	756.19
1978	2	894.15	4	1.788.30
1979	3	975.88	9	2.927.64
1980	4	1.278.65	16	5.114.60
TOTAL	10	3.904.87	30	10.586.00

$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} = \frac{10}{5} = 2.0$	$\bar{y} = \frac{\sum y}{n} = \frac{3.904.87}{5} = 780.974$
$\sum (x - \bar{x})^2 = 10$	$\sum (y - \bar{y})^2 = 1.388.16$
$\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y}) = 1.717.72$	
$r = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}} = \frac{1.717.72}{\sqrt{10 \cdot 1.388.16}} = 0.94$	

$$\text{Fórmulas : } b = \frac{\sum xy - n \bar{x} \bar{y}}{\sum x^2 - n (\bar{x})^2} ; \quad a = \frac{\sum y - b \sum x}{n}$$

$$a = \bar{y} - b \bar{x}$$

$$b = \frac{10586 - 4(2.5)(976.21)}{5} \quad \frac{10.586 - 9762.10}{5} = 164.78$$

$$a = 976.21 - 164.78 (2.5)$$

$$a = 976.21 - 411.95$$

$$a = 564.26$$

$$y = a + bx$$

$$y = 564.26 + 164.78 (x)$$

$$y_5 = 564.26 + 164.78 (5)$$

$$564.26 + 823.90 = 1.388.16$$

$$y_6 = 564.26 + 164.78 (6)$$

$$564.26 + 988.68 = 1.552.94$$

$$y_7 = 564.26 + 164.78 (7)$$

$$564.26 + 1.153.46 = 1.717.72$$

$$y_8 = 564.26 + 164.78 (8)$$

$$564.26 + 1315.24 = 1.882.50$$

$$y_9 = 564.26 + 164.78 (9)$$

$$564.26 + 1.483.02 = 2047.28$$

TABULACION DE ENCUESTAS N° 1

INFORMACION PERSONAL - ZONA URBANA

Localización	Sexo	Edad	Estatus Civil	Personas a cargo	Educación					
	M	F								
Departamento de Barriles	100	92	a - hasta 10 años	4	a - Solteros	50	a - Ninguna	20	a - Primaria	0
			b - 11 a 20 años	20	b - casados	21	b - 1 a 3	51	b - Primaria	50
			c - 21 a 30 años	75	c - viudas	21	c - 4 a 6	75	c - Secundaria	60
			d - 31 a 40 años	46	d - Unión Libre	17	d - 7 a 9	27	d - Técnico	7
			e - 41 a 50 años	0			e - 10 en adelante	11	e - Universitario	10
			f - 51 en adelante	7					f - Otro	7
			TOTAL	100	92	157	157	157	157	157

Fonte: Bata Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 1

INFORMACION PERSONAL -- ZONA URBANA

Localización	Sexo		Edad	Estado Civil	Personas a cargo	Educación			
	M	F							
Departamento de Bariloche	120	82	a - hasta 10 a.	4	a - Ninguna	58	20	a - Ninguna	8
			b - 11 a 20 años	20	b - 1 a 3	96	91	b - Primaria	68
			c - 21 a 30 años	75	c - viudos	11	33	c - Bachiller	66
			d - 31 a 40 años	46	d - Unión Libre	17	27	d - Técnico	2
			e - 41 a 50 años	0	e - 10 en adelante	11	16	e - Universitario	16
			f - 51 en adelante	7	f - Otros	2	2	f - Otros	2
TOTAL	182	182				182	182		182

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 2

INFORMACION PERSONAL - ZONA RURAL

Localidad	Sexo	Edad	Estado Civil	Personas a cargo	Educación
Marifio	M F	a - 10 años	a - Soltero	a - Ninguna	a - Ninguno
		b - 11 a 20 años	b - Casado	b - 1 a 3	b - Primaria
		c - 21 a 30 años	c - Viudo	c - 4 a 6	c - Bachiller
		d - 31 a 40 años	d - Unión Libre	d - 7 a 9	d - Técnico
		e - 41 a 50 años	e - 10 en adelante	e - 10 en adelante	e - Universitario
		f - 51 en adelante	f - Otros	f - Otros	f - Otros
TOTAL	368	368	368	368	368

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 4  
 INFORMACION PERSONAL -- POBLACION TOTAL

Localización	Sexo	Edad	Estado Civil	Personas a cargo	Educación		
Departamento de Maricao	M F	a - hasta 10 años	11	a - Soltero	175	a - Ninguna	50
		b - 11 a 20 años	59	b - Casado	290	b - 1 a 3	118
		c - 21 a 31 años	223	c - Viudo	33	c - 4 a 6	99
		d - 31 a 40 años	136	d - Unión Libre	52	d - 7 a 9	208
		e - 41 a 50 años	90	e - 10 en adelante		e - Universitario	65
		f - 51 en adelante	31			f - Otros	19
<b>T O T A L</b>			<b>550</b>		<b>550</b>	<b>550</b>	

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 4

RENTA OBTENIDA -- ZONA URBANA

Ocupación y Oficio	N°	Salario Individual	N°	Sector Trabajo	N°	Aporte Familiar	N°
a - Profesional Independie.	10	a - Menos de 4.000	30	a - Privado	62	a - Menos de 2.000	45
b - Profesional Empleado	11	b - 4.001 a 6.000	65	b - Público	31	b - 2.000 a 6.000	88
c - Empleado	103	c - 6.001 a 12.000	26	c - Semioficial	12	c - 6.001 a 10.000	18
d - Eventual	4	d - 12.001 a 16.000	25	d - Independiente	59	d - 10.001 a 15.000	16
e - Otros	36	e - 16.001 a 20.000	18	e - Ninguno	18	e - 15.001 a 20.000	12
f - Ninguno	18	f - 20.001 a 24.000	15			f - 20.001 en adelante	3
		g - 24.001 en adelante	5				
<b>T O T A L</b>	<b>182</b>		<b>182</b>		<b>182</b>		<b>182</b>

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 5

RENTA OBTENIDA - ZONA RURAL

Ocupación u Oficio	N°	Salario Individual	N°	Sector Trabajo	N°	Aporte Familiar	N°
a - Profesión Independ.	20	a - Menos de 4.000	60	a - Privado	63	a - Menos de 2.000	360
b - Profesional Empleado	22	b - 4.001 a 8.000	131	b - Público	-0-	b - 2.001 a 6.000	8
c - Empleado	206	c - 8.001 a 12.000	77	c - Semioficial	17	c - 6.001 a 10.000	21
d - Eventual	14	d - 12.001 a 16.000	50	d - Independiente	225	d - 10.001 a 15.000	-
e - Otros	55	e - 16.001 a 20.000	36	e - Ninguno	75	e - 15.001 a 20.000	12
f - Ninguno	49	f - 20.001 a 24.000	28	f - Ninguno	55	f - 20.001 en adelante	-
		g - 24.001 en adelante	11			g - 20.001 en adelante	-
<b>T O T A L</b>	<b>368</b>		<b>368</b>		<b>368</b>		<b>368</b>

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 6

RENDA OBTENIDA - POBLACION TOTAL

Ocupación u Oficio	N°	Salario Individual	N°	Sector Trabajo	N°	Aporte Familiar	N°
a - Profesional Independ.	30	a - Menos de 4.000	90	a - Privado	145	a - Menos de 2.000	405
b - Profesional Empleado	33	b - 4.001 a 8.000	196	b - Público	31	b - 2.001 a 6.000	96
c - Empleado	11	c - 8.001 a 12.000	78	c - Semi-oficial	17	c - 6.001 a 10.000	21
d - Eventual	18	d - 12.001 a 16.000	75	d - Independiente	284	d - 10.001 a 15.000	17
e - Otros	91	e - 16.001 a 20.000	54	e - Ninguno	73	e - 15.001 a 20.000	12
f - Ninguno	67	f - 20.000 a 24.000	41			f - 20.001 en adelante	3
		g - 24.001 en adelante	16				
<b>T O T A L</b>	<b>550</b>		<b>550</b>		<b>550</b>		<b>550</b>

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 7  
PREVISION SOCIAL - ZONA URBANA

Utilización del Servicio	N°	Concepto del Servicio	N°	Concepto de las Fórmulas	N°	Pago de Drogas	N°
a - I. S. S.	18	a - Max Buena atención	50	a - Malas Fórmulas	61	a - Deben pagar extra	30
b - H. Infantil	30	b - Regular atención	5	b - Regulares Fórmulas	5	b - Deben pagar el total	18
c - H. Deptal.	32	c - Mala atención	127	c - Buenas Fórmulas	116	c - No se paga	135
d - H. San Pedro	34						
e - Centro de Salud	12						
f - Puestos de Salud	16						
g - Médico Particular	14						
h - Otros	11						
i - Ninguno	9						
TOTAL	182		182		182		182

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 8

PREVISION SOCIAL - ZONA RURAL

Utilización Del Servicio	N°	Concepto del Servicio	N°	Concepto de las Fómulas	N°	Pago de Drogas	N°
a - I. S. S.	30	a - Buena atención	81	a - Buenas fómulas	210	a - Deben pagar extra	60
b - Otros Hospitales	210	b - Regular atención	9	b - Regulares fómulas	96	b - Deben pagar total	242
c - Centro de Salud	26	c - Mala atención	278	c - Malas fómulas	62	c - No se paga	82
d - Puestos de Salud	5						
e - Médico Particular	30						
f - Otros	25						
g - Ninguno	46						
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>		<b>368</b>		<b>368</b>		<b>368</b>

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 9

PREVISION SOCIAL - POBLACION TOTAL

PREVISION SOCIAL - POBLACION TOTAL

Utilización Del Servicio	Nº	Concepto del Servicio	Nº	Concepto de las Fórmulas	Nº	Pago de Drogas	Nº
a - I. S. S.	48	a - Buena atención	131	a - Buenas Fórmulas	180	a - Deben pagar extra	90
b - Otros Hospitales	312	b - Regular atención	14	b - Regulares Fórmulas	156	b - Deben pagar total	242
c - Centro de Salud	39	c - Mala atención	405	c - Malas Fórmulas	214	c - No se paga	218
d - Puestos de Salud	17						
e - Médico Particular	44						
f - Otros	36						
g - Ninguno	55						
TOTAL	550		550		550		550
TOTAL							188

Fuente: Esta Investigación.

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 10

UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO -- POBLACION URBANA

Distancia al Servicio	N°	Efectividad de la atención	N°	Precio para el Usuario	N°
a - A la Capital	45	a - Inmediato	25	a - Barato	9
b - En el mismo barrio	14	b - Demorado	140	b - Cómodo	6
c - Barrio Aledaño	42	c - No lo atienden	11	c - Regular	2
d - Barrio Extremo	61	d - Otros	6	d - Costoso	149
				e - Demasiado caro	16
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>		<b>182</b>		<b>182</b>

Fuente: Esta Investigación.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 11

UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - POBLACION RURAL

Distancia al Servicio Situation of the Service	N°	Efectividad de la atención Effectiveness of the attention	N°	Precio para el Usuario Price for the user	N°
a - A la Capital a - To the Capital	97 142	a - Inmediato a - Immediate	36 61	a - Barato a - Cheap	3 12
b - En el mismo Barrio b - In the same Barrio	35 49	b - Demorado b - Delayed	109 243	b - Cómodo b - Comfortable	10 16
c - Barrio Aledaño c - Neighboring Barrio	173	c - No lo atienden c - They do not attend	218	c - Regular	49
d - Barrio Extremo d - Extreme Barrio	63	d - Otros d - Others	5	d - Costoso d - Expensive	230
				e - Demasiado Caro e - Too Expensive	77
TOTAL	368		368		368

Fuente: Esta Investigación.  
Source: This Investigation.

TABULACION DE ENCUESTAS N° 12

UBICACION, EFECTIVIDAD Y COSTO SOCIAL DEL SERVICIO - TOTAL POBLACION

Distancia al Servicio	Nº	Efectividad de la atención	Nº	Precio para el usuario	Nº
a - A la Capital	142	a - Inmediato	61	a - Barato	12
b - En el mismo Barrio	49	b - Demorado	249	b - Cómodo	16
c - Barrio Aledaño	215	c - No lo atienden	229	c - Regular	50
d - Barrio Extremo	144	d - Otros	11	d - Costoso	379
				e - Demasiado Caro	93
<b>TOTAL</b>	<b>550</b>		<b>550</b>		<b>550</b>

Fuente: Esta Investigación.

AN	29365
T	Riascos Belalcázar, Luis Fernando.
614.793	Estudio sobre el servicio de
R481	salud en Nariño, su presupuesto
Ej. 1	to y la incidencia en el municipio de Pasto
NOMBRE	
Nº del Carnet	2142034
NOMBRE	Felipe Ochoa A.
Nº del Carnet	2142034
NOMBRE	Felipe Ochoa A.
No del Carnet	Felipe Ochoa A.

AN  
 T  
 614.793  
 R481  
 Ej. 1

29365