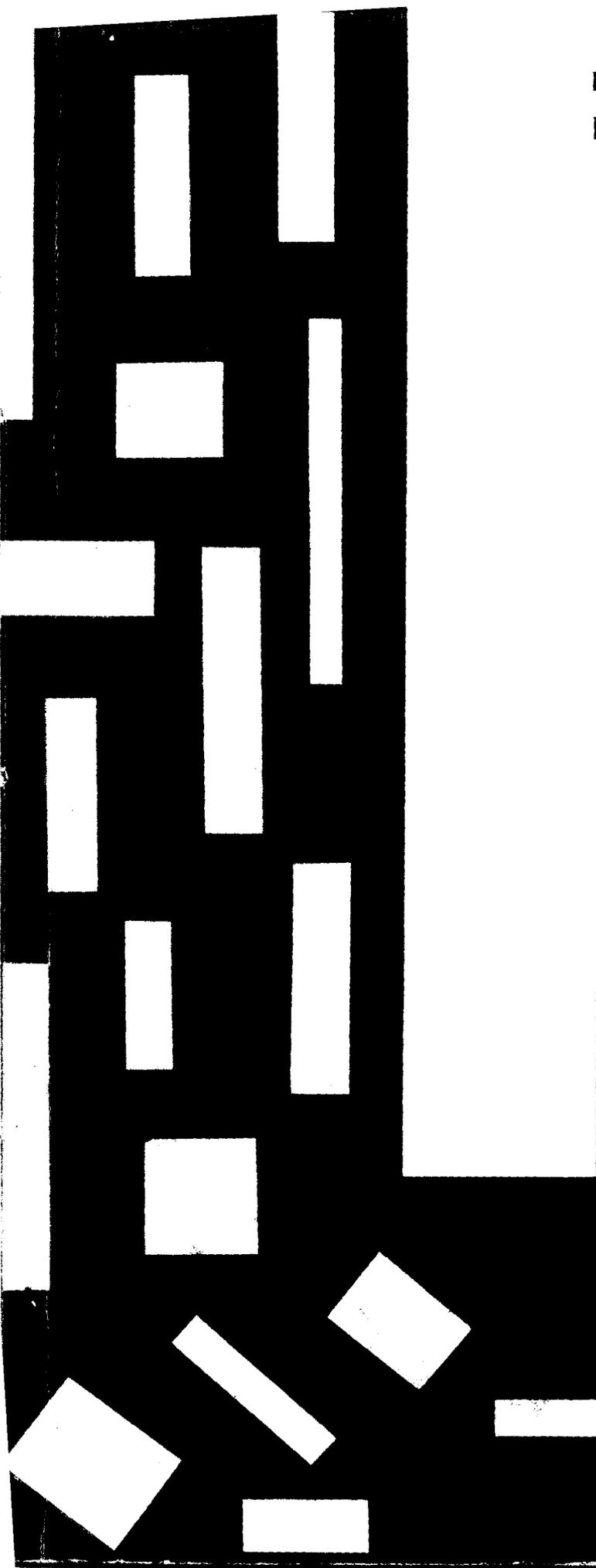
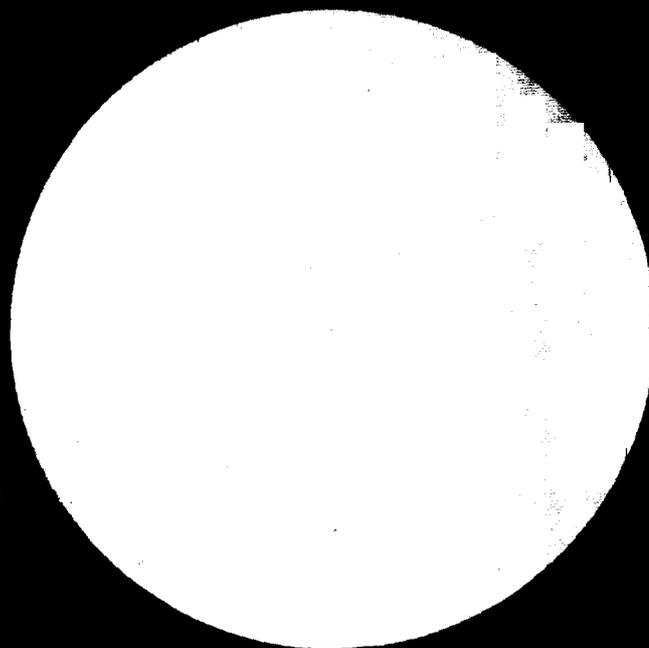


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

**XIX CONFERENCIA
SANITARIA
PANAMERICANA**

octubre de 1974

informe sobre los progresos
alcanzados en salud en los
ultimos 4 años



REPUBLICA DE COLOMBIA .
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

**XIX CONFERENCIA
SANITARIA
PANAMERICANA**

octubre de 1974

LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D.C.

informe sobre los progresos
alcanzados en salud en los
últimos 4 años

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

XIX Conferencia Sanitaria Panamericana
octubre de 1974

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS ALCANZADOS
EN SALUD EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS

CORRIGENDUM

Página 5:

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dr. Haroldo Calvo Nuñez	MINISTRO
Dr. Mario Gaitán Yanguas	VICEMINISTRO
Dr. Abel Dueñas Padrón	SECRETARIO GENERAL

Página 6:

ORGANISMOS ADSCRITOS

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Dr. Roberto Rueda Williamson

INSTITUTO NACIONAL PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

Dr. Hernando Groot Lievano

INSTITUTO NACIONAL DE FOMENTO MUNICIPAL

Dr. Rafael Paredes Manrique

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

Dr. Pablo Alberto Isaza Nieto

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

Dr. Julio Enrique Ospina Lugo

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dr. José María Salazar Bucheli

MINISTRO

Dr. Guillermo Restrepo Chavarriaga

VICEMINISTRO

Dr. Sofonías Yacup Revelo

SECRETARIO GENERAL

ORGANISMOS ADSCRITOS

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Dr. Rafael de Zubiría Gómez

INSTITUTO NACIONAL PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD
Dr. Pablo Morillo Cajiao

INSTITUTO NACIONAL DE FOMENTO MUNICIPAL
Dr. Rafael Paredes Manrique

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO
Dr. Pablo Alberto Isaza Nieto

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Dr. Mario Gaitán Yanguas

C O N T E N I D O

	Página
Introducción	9
PRIMERA PARTE — Sector Salud en Colombia — 1970	11
Capítulo I — Delimitación del Sector	13
<u>Aspectos Legales</u>	13
<u>Recursos</u>	14
De Capacidad Física Instalada	14
Financieros	14
Humanos	15
<u>Cobertura</u>	15
Geográfica	15
Poblacional	15
Capítulo II — Situación de Salud	17
<u>Aspectos Demográficos</u>	17
Indicadores Generales para 1970	21
Mortalidad General	21
Mortalidad por edad	21
Mortalidad por causa	21
Mortalidad Materna	22
<u>Situación en las personas</u>	23
Nutricional y alimentaria	23
Materno Infantil	23
Enfermedades Transmisibles	24
Enfermedades Inmunoprevenibles	24
Enfermedades Venéreas	24
Tuberculosis	24
Erradicación de la Malaria	25
Campaña Antipiánica	25
Control del Aedes Aegypti	25
Control de Lepra	25
Odontología	26
Cáncer	26
<u>Situación en el medio</u>	27
Rabia	27
Disposición final de desechos sólidos	27
Contaminación Atmosférica	27
Aguas de Abastecimiento Público	28
Control de Calidad de Aguas	28
Control de Alimentos	29

	Página
SEGUNDA PARTE— Políticas y Estrategias del Sector — 1970 . . .	31
TERCERA PARTE— Desarrollo de las políticas 1970 — 1974 . . .	35
Capítulo I — Programas y Actividades	37
<u>A las Personas</u>	37
Atención Médica	37
Materno Infantil	39
Enfermedades Transmisibles	41
Enfermedades Inmunoprevenibles	41
Enfermedades Venéreas	42
Tuberculosis	42
Erradicación de la Malaria	43
Campaña Antipiánica	47
Erradicación del Aedes Aegypti	49
Lepra	49
Salud Oral	51
<u>Al Medio Ambiente</u>	52
Contaminación Atmosférica	52
Fluoruración de Aguas de Abastecimiento Público	52
Control de Rabia	52
Disposición de desechos sólidos	54
Abastecimiento Público de Aguas	54
Control de Alimentos	55
Zoonosis	55
Capítulo II — Recursos Utilizados	57
<u>Humanos</u>	57
<u>Financieros</u>	62
Capítulo III — Relaciones Internacionales	67
CUARTA PARTE — Institutos Adscritos	69
Fondo Nacional Hospitalario	71
Instituto Nacional de Cancerología	91
Instituto Nacional de Fomento Municipal	95
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	97
Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud	103
QUINTA PARTE — Rediseño del Sistema Nacional de Salud	115
Exposición de motivos del proyecto de ley	119
Ley 9a. de 1973	137
Decretos Leyes de 1974	139

INTRODUCCION

El presente informe contiene las actividades que el Sector Salud ha desarrollado durante los últimos cuatro años a través de sus Institutos Adscritos o vinculados, los Servicios Seccionales de Salud y las Instituciones, Entidades y Organismos integrados al Sector.

Con el objetivo de obtener un mayor ajuste entre el nivel de aspiraciones de la población en materia de Salud y en cumplimiento de lo acordado en el Plan Decenal de Salud para las Américas, el Gobierno Nacional ha promovido un cambio en todas las estructuras del Sector, con base en facultades extraordinarias concedidas al Ejecutivo por medio de las Leyes 2a. y 9a. de 1973, con lo cual creemos se pueda lograr un mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, acorde con la dinámica de los procesos demográficos y socioculturales de nuestra población.

PRIMERA PARTE

**SECTOR SALUD EN
COLOMBIA
1970**

CAPITULO I — DELIMITACION DEL SECTOR

I ASPECTOS LEGALES

Entiéndese por Sector Salud toda aquella área social que tiene a su cargo el fomento, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud de toda la comunidad.

Con un criterio jurídico administrativo, el Sector ha sido delimitado por el Decreto 654 de 1974 en los siguientes Sub-sectores:

1. "OFICIAL Y MIXTO que comprende todos los organismos, Instituciones, Agencias y Entidades de Salud que funcionan en el país y que responden a las siguientes características:

1.1. Aquellas que dependen directamente del Gobierno;

1.2. Las que están adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud Pública.

1.3. Aquellas cuyo financiamiento es mixto porque reciben aportes estatales permanentes para su funcionamiento y en cuyos órganos directivos está representado el Gobierno, las que tendrán el carácter de integradas al Sistema Nacional de Salud".

Para efectos administrativos y programáticos el Sub-sector oficial y mixto se encuentra dividido así:

Nivel Nacional: Constituído por el Ministerio de Salud Pública y sus organismos adscritos:

Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud. INPES.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF.

Instituto Nacional de Fomento Municipal. INSFOPAL.

Fondo Nacional Hospitalario. FNH.

Instituto Nacional de Cancerología.

Nivel Seccional: Constituído por los Servicios Seccionales de Salud en los Departamentos, Intendencias y Comisarias y el Distrito Especial de Bogotá.

Nivel Local: Constituído por las unidades aplicativas u operativas del Sistema, Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Socorro y otras agencias que prestan servicios de salud.

2. "EL SUB-SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL, que comprende todos los organismos, Instituciones, Agencias y Entidades cuya finalidad es la prestación de servicios de salud a una población beneficiaria, la cual las recibe como contraprestación en reconocimiento de una relación patrono-laboral independiente del origen del financiamiento respectivo".

Está constituído por los Servicios ofrecidos por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, las Cajas de Previsión Social, algunos Ministerios, (Defensa Nacional, Obras Públicas, Educación) los que prestan algunos institutos descentralizados, (Telecom, Sena, Incora, FF. NN., Ecopetrol, Puertos de Colombia) y finalmente los prestados por otras instituciones (Universidades, La Corporación Autónoma Regional de la Salud, El Fondo Nacional de Caminos Vecinales, etc.).

3. "EL SUB-SECTOR PRIVADO que comprende todos los organismos, instituciones, agencias y entidades de salud que funcionan en el Territorio Nacional, bajo el régimen de derecho privado que no reciben auxilios estatales permanentes para su funcionamiento y que en sus órganos directivos no está representando al Gobierno".

II RECURSOS

De Capacidad Física Instalada:

El recurso Institucional analizado con el criterio de Atención Ambulatoria y Atención Hospitalaria, está referido así:

1) ORGANISMOS DE ATENCION AMBULATORIA:

El Sub-sector oficial y mixto en 1970 contaba con Centros, Puestos de Salud y otros en un número de 1.454, es decir un 88 o/o del total existente en el país.

El Sub-sector de la seguridad social contaba con un número de 227 organismos de Salud de Atención Ambulatoria, esto es un 11 o/o del total.

En relación con el Sub-sector privado los datos son incompletos y por lo tanto no se contabilizan en los cálculos anteriores.

2) HOSPITALARIOS:

El Sub-sector oficial y mixto contaba en 1970, con 531 hospitales, correspondientes al 72 o/o de los hospitales del país con 31.420 camas que corresponden al 75 o/o del total.

El Sub-sector de la Seguridad Social contaba con 22 hospitales un 3 o/o del total, y contaba con 4.945 camas que corresponden a un 11 o/o del total de camas hospitalarias.

El Sub-sector privado contaba en 1970 con 158 Instituciones Hospitalarias que corresponden al 21 o/o del total de las Instituciones y el 13 o/o del total de las camas del país en un número de 5.698 (Cuadro No. 1).

CUADRO N° 1

NUMERO Y RELACION PORCENTUAL DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y CAMAS POR SUB - SECTORES 1.970

SUB - SECTOR	INSTITUCIONES		CAMAS	
	Nº	%	Nº	%
OFICIAL Y MIXTO	5 3 1	7 2 6	3 1 4 2 0	7 4 7
SEGURIDAD SOCIAL	4 3	5 8	4 9 4 5	1 1 7
PRIVADO	1 5 8	2 1 6	5 6 9 8	1 3 6
TOTAL	7 3 2	1 0 0 0	4 2 0 6 3	1 0 0 0

68 de 8

Recursos Financieros:

CUADRO N° 2
FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD
1 9 7 0

SUB - SECTOR	EN MILES	%
OFICIAL Y MIXTO	1' 8 7 0. 5 6 4	5 3 4
SEGURIDAD SOCIAL	1'. 4 9 5 4 8 3	4 2 7
PRIVADO	1 3 2. 2 1 5	3 8
T O T A L	3'. 4 9 8 2 6 2	9 9 9

Para el Sub-sector Oficial y Mixto que corresponde a un 53.4 o/o del total del gasto en Salud, en 1970 la nación aportaba el 79 o/o, los departamentos el 10 o/o y los municipios el 11 o/o.

En 1971 el porcentaje de gastos de salud a cargo de la Nación aumentó todavía más por la asignación del 8 o/o del impuesto a las cervezas y a partir de 1973 el incremento fue mayor por la Ley del Situado Fiscal.

Recursos Humanos:

El recurso humano para la Salud está distribuido en la siguiente forma: de 55.367 personas que trabajan dentro del Sector un 65.5 o/o que equivalen a 36.260 empleados pertenecen al Sub-Sector Oficial y Mixto, un 24.7 o/o es decir, 13.672 trabaja en el Sub-sector de la Seguridad Social y 5.435 un 9.8 o/o se encuentra dentro del Sub-sector Privado.

CUADRO Nº 3

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD SEGUN SUBSECTORES EN 1.970

CLASES	OFICIAL Y MIXTO	SEGURIDAD SOCIAL	PRIVADO	TOTAL
MEDICOS %	5 473 58 20	3 332 35 43	599 6 37	9 404 100 00
ODONTOLOGOS %	761 51 03	713 47 81	17 1 14	1 491 100 00
ENFERMERAS %	581 55 33	340 32 40	129 12 28	1 050 100 00
RESTO DE PERSONAL PROFESIONAL %	724 54 90	509 38 60	86 6 50	1 319 100 00
AUX DE ENFERMERIA %	12 227 69 90	3 399 19 40	1 873 10 70	17 499 100 00
RESTO PERSONAL TECNICO AUX. %	3 051 70 60	1 066 24 70	204 4 70	4 321 100 00
PERSON ADMTVO %	13 403 66 20	4 313 21 30	2 527 12 50	20 243 100 00
CARGOS %	36 260 65 50	13 672 24 70	5 435 9 80	55 367 100 00

FUENTE Informe del Ministerio de Salud Pública al Congreso de la Republica 1971 - 1972

Sofaco

El Sub-sector de la Seguridad Social, tiene cobertura nacional, en especial en la zona urbana ya sea por medio de sus agencias o instituciones propias o por contratación con el Sub-sector Oficial y Mixto.

El Sub-sector Privado teóricamente tiene cobertura nacional, especialmente en las zonas urbanas.

Poblacional:

A pesar de la dificultad de precisar las coberturas reales, debido a la existencia de usuarios que pueden concurrir indistintamente a más de una institución pueden considerarse las coberturas poblacionales así:

El Sub-sector Oficial y mixto

Legalmente ofrece servicios a aquellos que careciendo de recursos económicos para adquirirlos del Sub-sector Privado, o de una relación laboral para exigirlos del Sub-sector de la Seguridad Social, necesitan servicios de salud, sin distingo de edad, sexo o raza.

Su responsabilidad asciende aproximadamente a un 55 o/o de la población o sea unos 13.5 millones de habitantes; no se incluye la población inaccesible que representa un 26 o/o de la población, o sea cerca de 4 millones de habitantes en su gran mayoría de la zona rural del país.

El Sub-sector de la Seguridad Social

Tiene a su cargo aproximadamente 2'200.000 personas entre asegurados y beneficiarios que corresponde al 9 o/o de la población total.

El Sub-sector Privado

Según estimaciones del Ministerio de Salud, atiende 3'500.000 habitantes que corresponden a un 15 o/o de la población del país.

III COBERTURA

Geográfica:

El Sub-sector Oficial y Mixto tiene una cobertura geográfica nacional a través de los Servicios Seccionales de Salud y las instituciones de utilidad común hospitalarias que existen en casi todos los municipios del país y aquellos en que no existe hospital, hay Centros y Puestos de Salud.

SEGUNDA PARTE

POLITICAS Y
ESTRATEGIAS
DEL SECTOR
1970

El conocimiento por parte del Ministerio y la obligación de mejorar sustancialmente la salud de los colombianos, en concordancia con las aspiraciones de la población en todos los aspectos referentes a la prevención y recuperación, motivó la adopción, por el Gobierno de un conjunto de políticas y estrategias que fueran factibles, dentro de las limitaciones impuestas por la disponibilidad nacional de recursos para la solución de los problemas identificados. Estas políticas y estrategias comprendían 10 aspectos fundamentales, a saber:

1. Ampliación de los niveles de cobertura de los Servicios de Salud correspondientes al sub-sector público, en especial de las actividades comprendidas en el programa Materno - Infantil y en aquellos grupos de población marginada en las zonas urbanas y rurales: Se ha pretendido en esta política, llegar a cubrir en forma progresiva la totalidad de la población y, de esta manera hacer realidad el principio de salud como derecho.
2. Conservar los niveles alcanzados en la erradicación y control de las enfermedades transmisibles y expandir los programas específicos correspondientes, hasta cubrir no menos del 80 o/o de cada uno de los grupos de población susceptible.
3. Incrementar los programas de saneamiento básico, con el fin de lograr la disponibilidad de agua intradomiciliaria para el 80 o/o de la población del país, según participación uniforme y equitativa de los habitantes urbanos y rurales. En esta política se trata, en primer término de asegurar la adecuada disponibilidad de agua y subsiguientemente, de mejorar la calidad de la misma, en la medida de las posibilidades. En cuanto a los servicios de Alcantarillado, se seguirán los mismos lineamientos descritos para el abastecimiento de aguas, con las debidas particularizaciones impuestas por las condiciones urbanas o rurales de los programas correspondientes. En términos muy generales y sin metas específicas de coberturas, se trata de atender a la conservación de un medio ambiente satisfactorio para la vida humana y también se procurará evitar al máximo, el detrimento de los recursos naturales.
4. Fortalecer y orientar acciones intersectoriales, que preliminarmente sirvan de base para la redefinición de una política alimentaria y nutricional, cuyos propósitos sean los de solucionar el grave progresivo problema que representa la desnutrición de nuestro país.
5. Reforzar y acelerar el proceso de planificación de Salud, en tal forma que sea posible definir y establecer mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, con la finalidad de sentar las bases para la creación de un sistema único de salud en el país.
6. Acelerar y normalizar el proceso de integración local con la participación de todas las instituciones y establecimientos de salud que funcionan en cada área: fortaleciendo el concepto de "hospital" como centro de las actividades de salud, para lograr una realización armónica de los programas y la configuración operativa de un sistema de regionalización.
7. Elevar la productividad de los recursos destinados para salud, tanto humanos como institucionales, mediante una racional política de formulación y cumplimiento de

normas, delegación de funciones y adecuación de los establecimientos a las necesidades de programas actuales.

Se dará preferencia al aprovechamiento máximo de la capacidad instalada y la instauración de mecanismos de referencia de pacientes, para mejorar la calidad de atención médica.

En cuanto a las inversiones para construcción, se destinarán los recursos preferencialmente para la determinación de obras ya iniciadas y se atenderá a las donaciones de los respectivos equipos.

En las inversiones en obras nuevas para la construcción, se destinarán los recursos preferencialmente para la terminación de obras ya iniciadas y se atenderá a la dotación con los respectivos equipos.

Las inversiones en obras nuevas se decidirán en función de prioridades, dictada por la política de regionalización de recursos.

8. Orientar, estimular y fortalecer prioritariamente la investigación aplicada operativa en las instituciones de sub-sector público, con el fin de mantener actualizados los conocimientos y disponer de bases reales para la información actual, que permitan el diseño de nuevos mecanismos para la prestación de los servicios.
9. Estimular la participación de las universidades en la definición de los diferentes tipos de personal técnico y científico que el país necesita y procurar el fortalecimiento de los vínculos entre los sectores de salud y educación, para realizar la planificación conjunta en lo referente a la formación y capacitación de los recursos humanos para la salud.
10. Procurar la coordinación intersectorial entre los programas de salud y las iniciativas nacionales de vivienda, educación, agricultura y servicios públicos, con el propósito de obtener su efectiva contribución al fomento de salud y a la prevención de las enfermedades.

TERCERA PARTE

DESARROLLO DE
LAS POLITICAS
1970 – 1974

CAPITULO I — PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

A LAS PERSONAS

ATENCION MEDICA

CUADRO N° 12

EGRESOS DE LAS INSTITUCIONES DEL SUBSECTOR
OFICIAL Y MIXTO DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE 1.971 - 1.973

AÑOS	TOTAL DE EGRESOS	GRADO DE USO	EGRESOS POR 1.000 HABITANT.	RENDIMIENTO EGRESOS CAMA
1.971	793.755	67.9	6.6	23.9
1.972	815.525	68.2	6.6	24.5
1.973 *	798.421	60.8	6.3	23.8

* Esta información se presenta con el total

CUADRO N° 13

CONSULTAS REALIZADAS POR INSTITUCIONES DEL
SUBSECTOR OFICIAL Y MIXTO EN LOS AÑOS
1.970 - 1.971 - 1.972 - 1.973

AÑOS	CONSULTAS		COBERTURA * %	DEMANDA SATISFECHA
	TOTAL	1ª VEZ		
1.970	7'203.221	3'856.075	33.3	6.2.2
1.971	7'375.686	3'886.160	32.5	6.1.7
1.972	7'556.161	4'004.463	32.6	6.1.4
1.973	8'043.404	4'429.126	35.4	6.4.2

(FUENTE: OFICINA DE PLANEACION - MINSALUD)

192

* SOBRE POBLACION A CARGO DEL SUBSECTOR APROXIMADAMENTE 55% DE LA POBLACION TOTAL DEL PAIS

CUADRO N° 14

CONSULTAS MEDICAS REALIZADAS EN INSTITUCIONES DEL SUBSECTOR
OFICIAL Y MIXTO POR DEPARTAMENTOS
AÑOS 1970 Y 1973

SECCIONES DEL PAIS	CONSULTAS REALIZADAS		COBERTURA % *		N° CONSULTAS POR 1000 HABIT	
	1970	1973	1970	1973	1970	1973
ANTIOQUIA	631 788	1' 245 570	25	50	383	740
ATLANTICO	253 066	315 255	29	26	515	577
BOLIVAR	249 171	444 337	28	36	539	876
BOYACA	202 358	258 376	19	25	311	363
CALDAS	253 270	410 239	28	45	528	877
CAUCA	129.984	186 007	20	26	342	461
CESAR	148.591	120 256	26	17	717	268
CORDOBA	95.135	106 675	13	14	229	228
CUNDINAMARCA	382.193	419.844	34	40	583	617
CHOCO	46.990	63.676	29	34	411	523
DISTRITO ESPECIAL	1'981.610	1'173.187	75	30	1485	730
GUAJIRA	48.186	62.672	23	19	375	390
HUILA	156.655	197.055	34	38	593	696
MAGDALENA	184.117	150.060	19	20	381	350
META	73.691	107.944	27	44	546	660
NARIÑO	131.921	155.418	16	20	307	345
NORTE DE SANTANDER	177.593	161 099	28	28	531	452
QUINDIO	120.912	143 138	33	39	642	721
RISARALDA	147 894	234.586	30	44	532	788
SANTANDER	253.407	290.671	50	27	409	444
SUCRE	90 687	134 196	19	40	307	641
TOLIMA	251 984	253.986	29	20	512	467
VALLE	1'094 626	1'217 514	39	44	951	966
ARAUCA	-	32 158	-	55	-	901
CAQUETA	49.643	70.368	94	39	578	670
PUTUMAYO	23 448	47.015	41	29	570	988
SAN ANDRES	14.604	22.991	55	63	984	1225
AMAZONAS	9.750	11.018	40	43	608	616
GUAINIA	5.104	7.327	79	73	1144	1442
VAUPES	8 477	14 190	30	47	491	724
VICHADA	6.426	4.585	34	18	624	442
TOTAL	7'203 221	8'043 404	33.3	35.4	622	642

Fuente: Oficina de Planeación - Minsalud

* Cobertura en base a la población a cargo del subsector oficial y mixto

10104

MATERNAL INFANTIL

Cobertura Geográfica:

En 1970 el Programa estaba realizando actividades de acuerdo a las normas del nivel central en 453 municipios del país; esto representa un 49 o/o con relación al total del país.

De los 453 municipios el 30 o/o contaban con el recurso de Promotoras Rurales de Salud.

El Programa año por año ha venido extendiendo su cobertura geográfica y para el 31 de diciembre de 1973, 670 municipios adelantaban el Programa, esto representa un 73 o/o en relación con el total de municipios del país.

De 453 municipios en 1970 a 718 en 1973 el Programa ha logrado un incremento del 58 o/o.

En 1970, 139 municipios contaban con el recurso de Promotoras, en 1973, 236 contaban con ese recurso lo cual representó un incremento del 70 o/o.

CUADRO Nº 15

POBLACION BENEFICIARIA CUBIERTA POR EL PROGRAMA 1.970 - 1.973

1970			1971		
POBLACION TOTAL BENEFICIARIA	POBLACION BENEFICIARIA*	%	POBLACION TOTAL	POBLACION BENEFICIARIA*	%
16,893,537	9'739 418	58%	17'433.454	12'225.377	70%

1972			1973		
POBLACION TOTAL	POBLACION BENEFICIARIA*	%	POBLACION TOTAL	POBLACION BENEFICIARIA*	%
17,990,628	17'074 736	95%	18,565,609	18'429.878	99%

* Cubierta por el programa

Sofia c a

Cobertura de Servicios:

Es significativo el aumento de las coberturas a partir del año 1970 especialmente en el Grupo Infantil que pasó para el menor de 1 año en 1970 del 48 o/o al 61 o/o en 1973, del grupo de 1-4 años del 17 o/o al 24 o/o y del grupo de 5-14 del 8 o/o al 15 o/o, según puede verse en el Cuadro No.18.

En el grupo de embarazadas hubo un pequeño incremento del 34 o/o en 1970 al 38 o/o en 1973.

CUADRO Nº 16

ACTIVIDADES MEDICAS 1.970 - 1.973 COBERTURAS

GRUPOS	AÑOS							
	1970		1971		1972		1973	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
- EMBARAZADAS	34	51 522	37	70 938	30	137 081	38	247 196
- INFANTIL								
- 1 AÑO	48	57010	49	80 820	42	158 732	61	311 972
- 1-4 AÑOS	17	75905	20	119 711	18	250 414	24	450 340
- 5-14 AÑOS	8	75005	10	128 169	11	316 087	15	592 064
- M.E.F	18	71292	26	104901	33	135 521	35	147 374

■ COBERTURA EN BASE A LAS M.E.F. (MUJERES EN EDAD FERTIL) BENEFICIARIAS DEL PAIS

CUADRO Nº 17

ACTIVIDADES MEDICAS 1970 - 1973 CONSULTAS

GRUPOS	AÑOS			
	1970	1971	1972	1973
- EMBARAZADAS	98.245	133 950	346 876	475 838
- INFANTIL				
- 1 AÑO	91 658	125 024	315 867	450.945
- 1-4 AÑOS	125.790	192 567	497 347	694 032
- 5-14 AÑOS	113.073	181 181	457 820	878 737
- M.E.F	130 800	182 838	190.314	255 306

- CITOLOGIAS TOMADAS	40 601	79 721	86 221	175 032
----------------------	--------	--------	--------	---------

Sofia c a

CUADRO Nº 18

ACTIVIDADES MEDICAS - CONSULTAS PUERPERAS-CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO 1.970-1.973

GRUPOS	AÑOS					
	1971		1972		1973	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- PUERPERAS **	15 695	10,5	18 903	52	37 842	7
- INFANTIL ***						
- 1 AÑO (Control de crecimiento y desarrollo)	17 126	137	40 411	113	104 337	19
- 1-4 AÑO (Control de crecimiento y desarrollo)	11 419	5,9	45 906	85	104 317	13

* NO SE OBTUVO INFORMACION

** % DE CONSULTA A ESTE GRUPO CON RELACION AL TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS AL GRUPO OBSTETRICO

*** % DE CONSULTAS A ESTOS GRUPOS EN RELACION CON EL TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS A CADA UNO DE ESTOS

Con relación a las coberturas obtenidas en actividades de servicios a mujeres en edad fértil, se observa que de una cobertura de 1.8 o/o en 1970 y con relación al número de mujeres en edad fértil (beneficiarias) aumentó en 1973 a 3.5 o/o.

Consultas:

Es muy notorio el incremento de las consultas de todos los grupos que para el caso de embarazadas pasó de 98.245 a 475.838. Cuadro No.19.

CUADRO N° 19

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA AUXILIAR DE ENFERMERIA
1970* - 1973

ACTIVIDADES	1971	1972	1973
CONTROLES A PRENATALES	44 230	58 437	99 325
CONTROLES A USUAR ANOVULATORIO	49 565	62 392	187 788
CONTROLES A NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	51 094	64 843	114 934
CONTROLES A NIÑOS DE 1 - 4 AÑOS	74 589	91 930	159 564
VISITAS A PUERPERAS	20 139	21 234	42 065
VISITAS DE SUPERVISION DE PROMOTORAS	5 344	4 909	10 111
PARTICIPACION EN LA CONSULTA M(Entrevista)	- *	- *	538 872
EDUCACION A GRUPOS	- *	21 750	41 628

* No se obtuvo informacion

VE LEOP

Para el Grupo Infantil de 330.521 consultas en 1970 pasó a 2'003.714 en 1973.

En cuanto a actividades de servicios a mujeres en edad fértil, de 130.800 consultas en 1970 pasó a 255.306 en 1973.

Se tomaron en 1970, 40.601 citologías y en 1973, 175.032.

Consultas para supervisión de crecimiento y desarrollo del niño menor de 4 años. Cuadro No.20.

CUADRO N° 20

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PROMOTORA RURAL DE SALUD
1970* - 1973

ACTIVIDADES	1971		1972		1973	
	ANUAL POR PROMOTORA	TOTAL ACTIVIDAD	ANUAL POR PROMOTORA	TOTAL ACTIVIDAD	ANUAL POR PROMOTORA	TOTAL ACTIVIDAD
PERSONAS ENTENDAS EN CENTRO DE SALUD	59	35 874	67	78 466	67	61 059
VISITAS (EMBARAZADAS PUERPERAS NIÑOS)	102	126 784	103	115 737	104	94 022
PARTOS REMITIDOS A HOSPITAL	3	3 355	4	4 455	3	2 747
PARTOS SUAVES ATENDIDOS POR PROMOTORA	2	2 555	2	2 519	2	1 750
PRIMEROS AUXILIOS E INYECCIONES ORALES	57	46 307	43	53 434	44	39 989
CURACIONES	91	112 360	98	123 325	104	91 931
INYECCIONES APLICADAS	189	234 177	189	237 943	189	180 416
COLABORACION EN INSTALACION O MEJORA DE LETRINAS	8	9 684	9	11 030	8	7 221
CHARLAS EDUCATIVAS A GRUPOS	17	20 861	25	31 641	17	19 373
VACUNACION	17	43 246	21	26 807	14	12 128

* No se obtuvo informacion

VELEOP

Esta nueva actividad se realiza en todos los municipios incluídos en el Programa y como se puede observar ha tenido un incremento notable pues de 28.545 consultas en 1970 pasó a 208.654 en 1973. Estas consultas para 1973 representan un 13 o/o del total de consultas realizadas a los grupos: menor de 1 año y de 1-4 años a quienes se les programa y hace consulta de control de crecimiento y desarrollo.

Actividades de Enfermería:

La evaluación de las actividades de enfermería muestran igualmente un progreso notable como se puede apreciar en el Cuadro No.21.

CUADRO N° 21

ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO
1970 - 1973

TIPO DE PERSONAL	N° DE PERSONAS EN LOS AÑOS				
	1970	1971	1972	1973	TOTAL
Médicos Coordinadores	9	8	13	-	30
Enfermeras	11	5	7	-	23
Médicos Locales	264	68	211	-	543
Auxiliares de Enfermería					
Promotoras Rurales	1 120	616	690	1 305	3 731
Educadoras	2	-	-	-	2
Auxiliares de Educación	-	-	-	-19	19
Total Personas Adiestradas	1 742	659	1 149	1 443	5 193

En controles a prenatales en 1971 se realizaron: 44.230 y en 1973 se realizaron 99.325.

En controles para supervisión de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años, en 1971 se realizaron 125.673 y en 1973 se realizaron 274.998.

Promotoras Rurales de Salud:

Como se puede observar en el Cuadro No.20, los promedios de actividades por promotoras se han mantenido sensiblemente, lo cual demuestra que el tiempo útil de trabajo actual de la Promotora (3 horas) puede dar rendimientos superiores.

Adiestramiento:

En el área de adiestramiento el Programa ha cumplido una gran labor, como se puede observar en el Cuadro No.23. Cabe destacar

las actividades realizadas en 1973 en especial lo referente a Promotoras Rurales de Salud y la capacitación de un nuevo personal como los Auxiliares de Educación.

Supervisión:

En relación a las actividades de supervisión se anota que si bien no se ha incrementado el número de visitas debido a que se le ha dado prioridad a otras actividades como el Adiestramiento, el promedio de permanencia por visita se ha intensificado tratando de mejorar la calidad de la asesoría en las supervisiones respectivas.

CUADRO No. 22

DOTACION DE CONSULTORIOS PARA LA ATENCION MATERNO INFANTIL

1970	1971	1972	1973	1974	TOTAL
41	64	54	40	75	274

Dotación de Consultorios:

Como se puede observar en el Cuadro No.22 se ha venido incrementando cada año la dotación de equipos de consultorios para la atención materno infantil, habiéndose logrado completar este recurso en 274 Organismos de Salud.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

CUADRO No. 23
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
TASAS POR 100.000 HABITANTES 1970-1973

CAUSAS DE ENFERMEDAD	1970		1971		1972		1973	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
DIARREAS Y ENTERITIS	259 481	1 228	222 252	1 019	229 120	1 018	226 832	976 6
INFLUENZA Y SIMILARES	121 933	5774	111 666	5124	110 519	4914	97 271	410 1
GONORREA	40 548	1920	36 005	1552	36 960	1644	44 544	191 9
SARAMPION	34 693	1643	29 866	1371	25 836	1149	26 768	115 3
TUBERCULOSIS APARATO RESP	22 798	1080	19 620	900	19 272	857	20 712	89 2
MALARIA	21 504	1018	17 585	807	24 994	1111	36 188	155 9
SIFILIS RECIENTE	15 685	743	13 976	641	18 631	828	23 357	109 3
TOSFERINA	12 055	571	15 788	724	17 403	774	16 666	71 6
ANGINA ESTREP	11 506	545	9 372	430	9 194	409	8 043	34 7
SARNA	9 081	430	29 908	1372	47 250	2101	38 473	165 6

NOTA: Numero de casos tomado de las notificaciones de los Servicios de Salud. Para enfermedades como Tuberculosis, Malaria y Verrugas, los datos son registrados no son confirmados por laboratorio de diagnóstico.

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Las vacunaciones masivas han sido ejecutadas por vacunadores especiales de los Servicios Seccionales de Salud, por personal del Servicio de Malaria y por personal de Enfermería de los organismos locales de salud y de algunas entidades Asistenciales.

Además de la consolidación y mantenimiento de los demás programas de vacunación, se iniciaron en el último trimestre de 1972 la vacunación masiva contra la poliomielitis en zonas urbanas; y en 1973, último trimestre, la vacunación masiva contra el sarampión, a los mismos grupos de población.

CUADRO No. 24

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES CON PROGRAMA DE VACUNACION TASAS POR 100.000 HABITANTES 1.970

ENFERMEDAD	1970		1971		1972		1973	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
VIRUELA	-	-	-	-	-	-	-	-
TBC APT RESP (2)	12 552	59 4	11 012	50 5	11 652	51 8	11 205	48 3
DIFTERIA	794	3 8	619	2 8	669	3 0	460	2 8
TOSFERINA	12 055	122 3	15 788	155 3	17 403	165 9	16 666	153 9
TETANOS	626	3 0	587	2 7	920	2 3	553	2 4
POLIO	834	3 9	465	2 1	427	1 9	292	1 3
SARAMPION (3)	34 693	252 2	29 866	293 8	25 836	246 3	26 768	247 3

(1) FUENTE: Formulario de Notificaciones de Minisud
(2) FUENTE: Registro del Programa Control de Tuberculosis
(3) TASAS: Sobre población menor de 15 años

CUADRO No. 25

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES CON PROGRAMA DE VACUNACION MUERTES CON CERTIFICADO MEDICO POR 100.000 Hab.

CAUSAS	1970		1971		1972	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
VIRUELA	-	-	-	-	-	-
TUBERCULOSIS AP RES	2 031	9 6	2 223	10 2	2 207	9 8
DIFTERIA	1 27	0 6	1 58	0 7	1 46	0 7
TOSFERINA	2 29	2 3	3 64	3 6	3 89	3 7
TETANOS	5 52	2 6	4 57	2 1	5 74	2 6
POLIO	8 7	0 4	3 7	0 2	5 5	0 2
SARAMPION	1 129	1 15	1 045	1 0 3	9 42	9 0

(1) FUENTE: REGISTRO DEL DANE
(2) TASAS: SOBRE POBLACION MENOR DE 15 AÑOS

Mortalidad por Enfermedades Inmunoprevenibles

Se observa reducción en la mortalidad por Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Sarampión. Se mantiene con oscilaciones para toserina,

y polio. Las tasas de mortalidad por Tétanos superiores a las de morbilidad se explican por la obligatoriedad para el certificado de defunción pero no para la notificación del caso.

CUADRO N° 26

PROGRAMA INMUNIZACIONES - VIRUELA - BCG - DPT - POLIO - SARAMPION
NUMERO DE SUSCEPTIBLES PRIMOVACUNADOS EN LOS GRUPOS DE EDAD
SEÑALADOS COMO OBJETIVOS Y PORCENTAJES DE COBERTURA LOGRADOS
PROGRESIVAMENTE 1970 - 1973

AÑOS	VIRUELA		BCG		DPT		POLIO		SARAMPION	
	MILES	%	MILES	%	MILES	%	MILES	%	MILES	%
1970 y anteriores	13 200	62.5	6 130	62.2	2 029	54.4	237		-	
1971	1 280	66.5	4 49	64.7	364	62.2	145		-	
1972	2 372	74.9	8 12	70.5	613	75.7	354		-	
1973	1 596	70.5	7 66	75.3	416	83.5	479		167	

GRUPOS DE EDAD OBJETIVOS
 VIRUELA TODAS LAS EDADES
 BCG MENORES DE 15 AÑOS
 DPT- POLIO MENORES DE 5 AÑOS
 SARAMPION DE 6 MESES A 4 AÑOS

FUENTE ARCHIVOS DE EPIDEMIOLOGIA MINSALUD

0 5 de 3

ENFERMEDADES VENEREAS

CUADRO N° 27

PROGRAMA CONTROL DE VENEREAS - CASOS NOTIFICADOS
Y TASAS POR 100.000 HABITANTES 1.970-1.973

AÑOS	SIFILIS ADQUIRIDA		GONORREA		OTRAS VENEREAS	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
1.970	15 683	74.3	40 545	192 0	3 192	15.1
1.971	13 976	64.1	36 005	165 2	3 801	17.4
1.972	18 631	82.8	36 960	164.4	3 719	16.5
1 973	25 357	109.3	44 544	191.9	5 402	23.3

FUENTE Formulario de notificaciones de Mincud

VE León

TUBERCULOSIS

CUADRO N° 28

PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL
PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS 1.970-1.973

ACTIVIDAD	1970	1971	1972	1973	CAMBIO 70-73
BACILOSCOPIAS PARA DIAGNOST.	62 270	88 123	119 937	133 085	+ 113.7
CONSUL PARA DIAGNOSTICO	35 040	37 876	47 596	50 350	+ 43.7
TASAS DE MORBILIDAD*	56.8	50.5	50.9	48.2	-- 15.2
% DE CONTACTOS EXAMINADOS	65.2	61.3	72.3	66.4	+ 1.8
ENFERMOS TRATADOS	26 098	32 086	39 172	38 106	+ 46.0

* POR 1000 HABITANTES

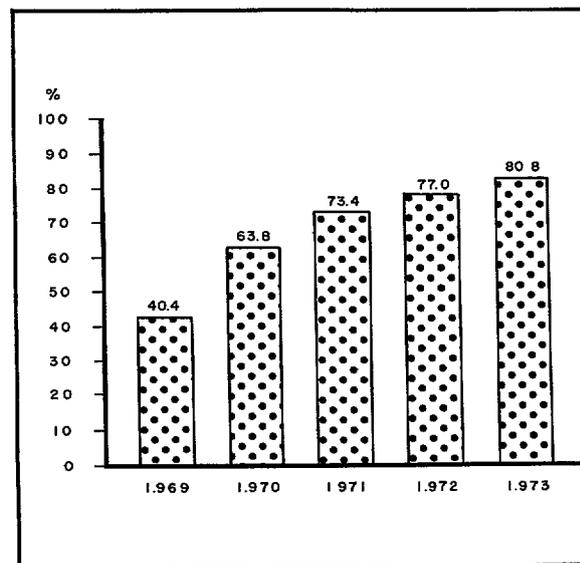
VE León

El Cuadro No.28 presenta un incremento en el número de actividades desarrolladas por los organismos de salud del país en el cuatrenio. Cabe destacarse que mediante al aumento considerable de estas actividades (Baciloscopias, 113.7 o/o), consultas, 43.7 o/o, la morbilidad descendió en el 15.2 o/o, lo cual demuestra que se está ejerciendo un buen control en el problema de la tuberculosis. Además, el número de enfermos tratados durante el período aumentó en el 46 o/o, como consecuencia de la menor pérdida de pacientes.

El porcentaje de municipios con Programa de Control de Tuberculosis, aumentó del 40.3 o/o en 1969, al 81 o/o en 1973; se ha producido un descenso de la morbilidad desde el 56.8 por 100.000 habitantes en 1970 hasta el 48.2 en 1973, pensándose que al final de la década la tuberculosis deje de ser un problema de salud pública en el país.

GRAFICO N° 8

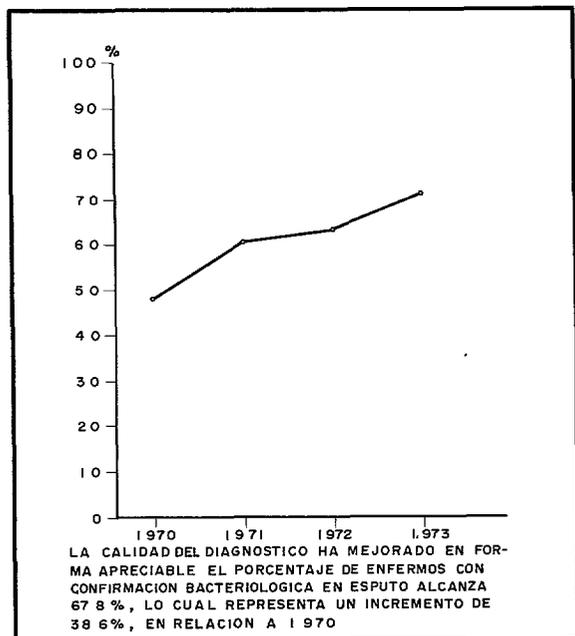
EXTENSION ALCANZADA POR EL PROGRAMA
DE CONTROL DE TUBERCULOSIS.
COLOMBIA 1.969 - 1.973



Sofico

GRAFICO Nº 9

DIAGNOSTICOS CON CONFIRMACION
BACTERIOLOGICA COLOMBIA 1.970-73



La calidad del diagnóstico ha mejorado en forma apreciable. El porcentaje de enfermos con confirmación bacteriológica en esputo

alcanza 67.8 o/o, lo cual representa un incremento de 38.6 o/o, en relación a 1970, según puede verse en el Gráfico No.9.

Equipos de Diagnóstico y Transporte, Material de Laboratorio y Drogas:

Se distribuyeron durante el período a los diferentes niveles de Atención Médica del país, equipos y materiales de diagnóstico, transporte, por valor de \$13.500.000.00, entre los cuales se cuentan 170 microscopios y 24 camperos para labores de supervisión en los Servicios Seccionales de Salud.

ERRADICACION DE LA MALARIA

ACTIVIDADES FINALES 1970 — 1973

1. Operaciones de Rociado:

A continuación se pueden apreciar los datos promedio del cuatrienio en lo referente a las operaciones con insecticidas, discriminadas por fase del Programa:

FASES	Casas Programadas	Rociamientos Programados	Rociamientos Completos	Rociamientos Parciales	Realizados Total	Cobertura Operacional
Ataque	466.347	845.647	740.161	52.908	793.069	90.8
Consolidación	84.585	144.709	126.252	6.435	132.687	91.7
Total	550.932	990.356	866.413	59.343	925.756	91.0

Aunque la cobertura operacional tanto en áreas en fase de Ataque como en las de Consolidación es relativamente satisfactoria, se observa una disminución en el último período del cuatrienio (Ataque: 94.1 Vs. 84.1; Consolidación: 95.9 Vs. 84.8). Cuadro No. 29.

La operación con insecticidas encuentra dificultades para una cobertura completa, principalmente en regiones selváticas con alto potencial malarico, entre las cuales merecen mencionarse las siguientes:

Regiones	o/o Cobertura
Pacífico Central	51.0
Ariari	52.5
Caquetá	55.1
Putumayo	68.6
Catatumbo	69.9
Bajo Cauca	72.5
Sarare	74.6

De estas regiones vale la pena destacar la del Ariari - Meta, en donde la renuencia creciente y sistemática obligó al SEM, después de agotar todos los recursos de motivación, a interrumpir en 1972 las operaciones de rociado en 5 municipios con 234 localidades y 8.685 casas.

En estas circunstancias progresó, durante el primer semestre de 1973, un brote epidémico

CUADRO Nº 29

OPERACIONES DE ROCIADO LLEVADAS A CABO EN EL PAIS EN LOS AÑOS 1.970 - 1.971 - 1.972 - 1.973

1 9 7 0						
FASE DEL PROGRAMA	Casos Programados	Rociamientos Programados	ROCIAMIENTOS REALIZADOS			
			Completos	Parciales	TOTAL	%
Consolidación	51	101	94	3	97	96
Ataque	493	981	858	65	923	94
Total	544	1082	952	68	1020	94

1 9 7 1						
Consolidación	62	124	112	5	117	94
Ataque	451	891	768	65	833	93
Total	513	1015	879	70	949	93

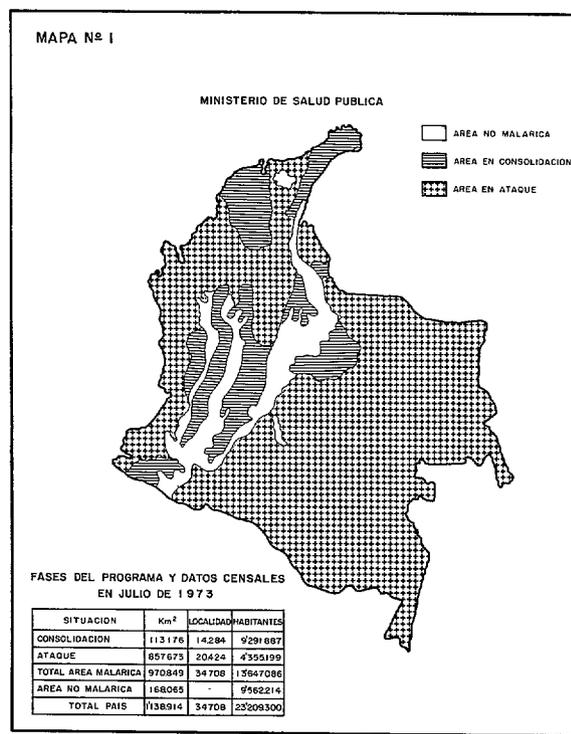
1 9 7 2						
Consolidación	115	211	186	10	196	93
Ataque	444	723	611	43	654	90
Total	559	934	797	53	850	91

1 9 7 3						
Consolidación	111	143	113	8	121	85
Ataque	478	788	623	39	662	84
Total	589	930	737	47	784	84

NOTA Los cifras se presentan en miles

sofa.c.c

con alto grado de morbilidad y mortalidad; a pesar de esta grave situación la aceptación al rociamiento continúa siendo baja.



2. Operaciones de Búsqueda de Casos:

Por esta actividad se evalúan los resultados de las operaciones de rociado y se vigilan los territorios en donde la transmisión ha sido interrumpida.

En el cuatrienio se tomó un promedio anual de 637.773 muestras sanguíneas, resultando positivas 35.244 (5.5 o/o). De 8.000 puestos de información existentes, 1.470 corresponden a Organismos de Salubridad; el 60 o/o de éstos tomó 62.094 muestras de sangre, o sea un promedio de 80 muestras por puesto productivo al año.

A continuación se expresan los promedios de las principales actividades realizadas en el cuatrienio:

Conceptos	Consolidación	Ataque	TOTAL
Población	8.861.822	4.175.139	13.036.961
Muestras examinadas	335.888	301.885	637.773
o/o de población muestreada	3.8	7.2	4.9
Muestras positivas	4.316	30.928	35.244
o/o de Infección	1.3	10.2	5.5

AÑOS	Visitas a Casas Programadas	Visitas a Casas Realizadas	Grado de Cumplim. o/o
1.970	2.395.778	2.117.868	88.4
1.971	2.393.819	2.185.557	91.3
1.972	2.394.311	2.255.441	94.2
1.973	2.394.439	2.325.000	97.1

3. Operaciones de Medicación:

En 1971 esta medicación se extendió a las regiones de Urabá y Putumayo.

En el frente de Urabá por la presencia de una cepa de *P. falciparum* tolerante a Cloroquina, se acordó investigar el grado de resistencia, encontrándose en un 36 o/o de las infecciones en pruebas *in vitro* e *in vivo*.

4. Investigaciones Epidemiológicas:

Las investigaciones epidemiológicas realizadas en el país, de 1970 a 1973 son las siguientes:

AÑOS	LOCALIDADES		CASOS		
	Invest. Con Casos autóctonos	Por Invest.	Invest.	Autóctono.	
1.970	779	170	4.885	3.665	614
1.971	812	290	3.586	3.305	1.074
1.972	816	254	4.078	3.442	839
1.973	2.149	323	4.721	4.023	418

CUADRO Nº 30

ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGICAS EN EL PAIS 1970 - 1973

CONCEPTO	1970			1971			1972			1973		
	Ataque	Consolid	Total									
Población estimada en el país	3.885	8.930	12.463	4.165	8.450	12.615	4.238	8.926	13.224	4.355	9.292	13.647
Localidades visitadas	18.598	15.819	32.417	20.175	13.352	33.527	20.424	14.284	34.708	20.970	14.638	34.708
Localidades con información	12.477	15.645	28.022	13.373	12.182	25.555	14.986	11.823	26.805	13.455	11.388	24.828
%	67	98	80	66	91	76	75	83	77	67	78	72
Localidades positivas	342	816	4.257	3147	607	3.854	3933	970	4.903	4.347	902	5.249
%	274	60	163	235	56	150	262	82	182	324	79	211
Muestras examinadas	306	578	681	259	541	600	303	539	642	340	288	628
% sobre población	79	44	55	62	39	47	70	38	49	78	51	46
Muestras positivas	27004	4895	31.899	18520	3586	22.206	26.690	4073	30.763	51.398	4721	56.119
% Positividad	88	13	47	72	11	37	88	12	48	151	16	89
Índice parasitario medio por 1000 habitantes	70	06	26	45	04	17	62	08	23	118	08	41
P. falciparum	15055	2.170	17.225	10184	1.267	11.451	15.698	361	17.549	31.844	2.048	33.892
P. vivax	11.463	2.590	14.053	8234	2.279	10.513	10.820	2.153	12.973	19.035	2.602	21.638
P. malariae	17		17	4	1	5	6		6	5		5
P. falciparum - P. vivax	469	125	594	173	39	212	176	99	235	514	71	585

NOTA: País en azul en original

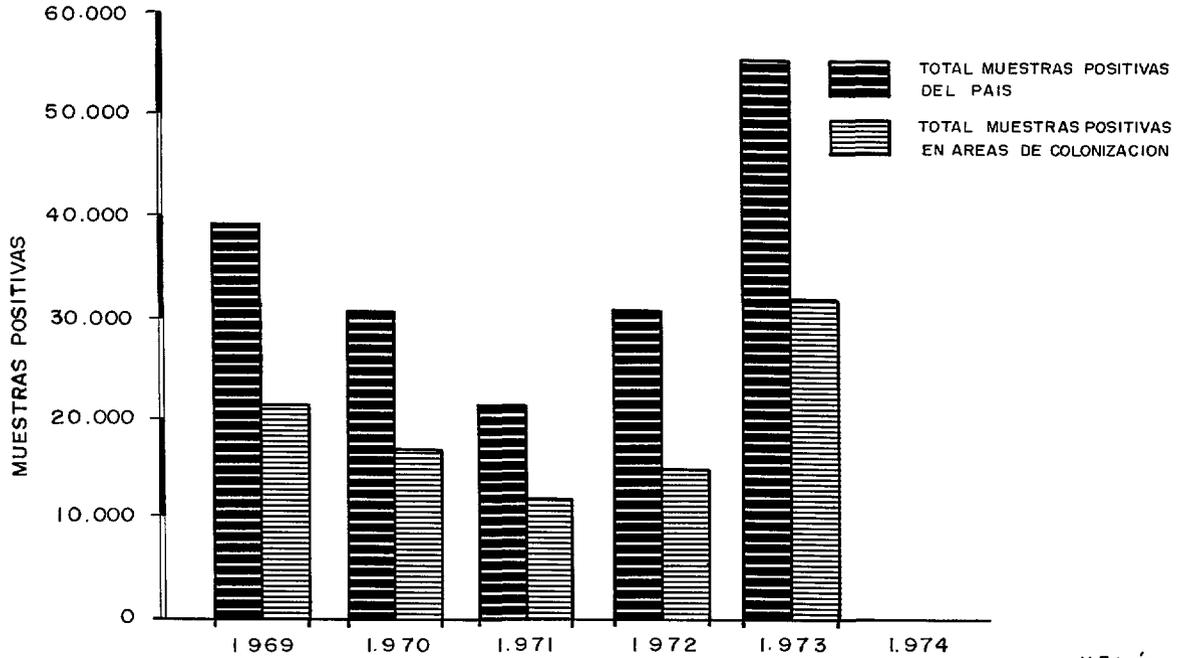
CUADRO Nº 31

POSITIVIDAD MALARICA EN REGIONES DE COLONIZACION Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DEL PAIS 1.970-1.973

REGIONES	1970		1971		1972		1973	
	Nº DE CASOS	%						
MAGDALENA MEDIO	3.788	11.9	1.179	5.3	1.564	5.1	2.819	5.0
BAJO CAUCA	1.447	4.5	1.404	6.3	2.509	8.2	5.229	9.3
URABÁ	3.211	10.1	2.362	10.6	5.765	16.7	10.393	18.5
SAN JORGE	591	1.9	389	1.8	819	2.7	408	0.7
ALTO SINU	898	2.8	2.601	11.7	2.840	9.2	2.092	3.7
CATATUMBO	2.452	7.7	805	3.6	826	2.7	2.198	3.9
SARARE	2.866	9.0	1.122	5.1	3.33	1.1	2.332	4.2
ARIARI	663	2.1	479	2.2	344	1.1	4.707	8.4
CAQUETA	280	0.9	1.29	0.6	1.37	0.4	660	1.2
PUTUMAYO	1.363	4.3	1.148	5.2	1.41	0.5	360	0.6
TOTALES	17.551	55.1	11.611	52.3	15.278	49.7	31.197	55.6

GRAFICO N° 10

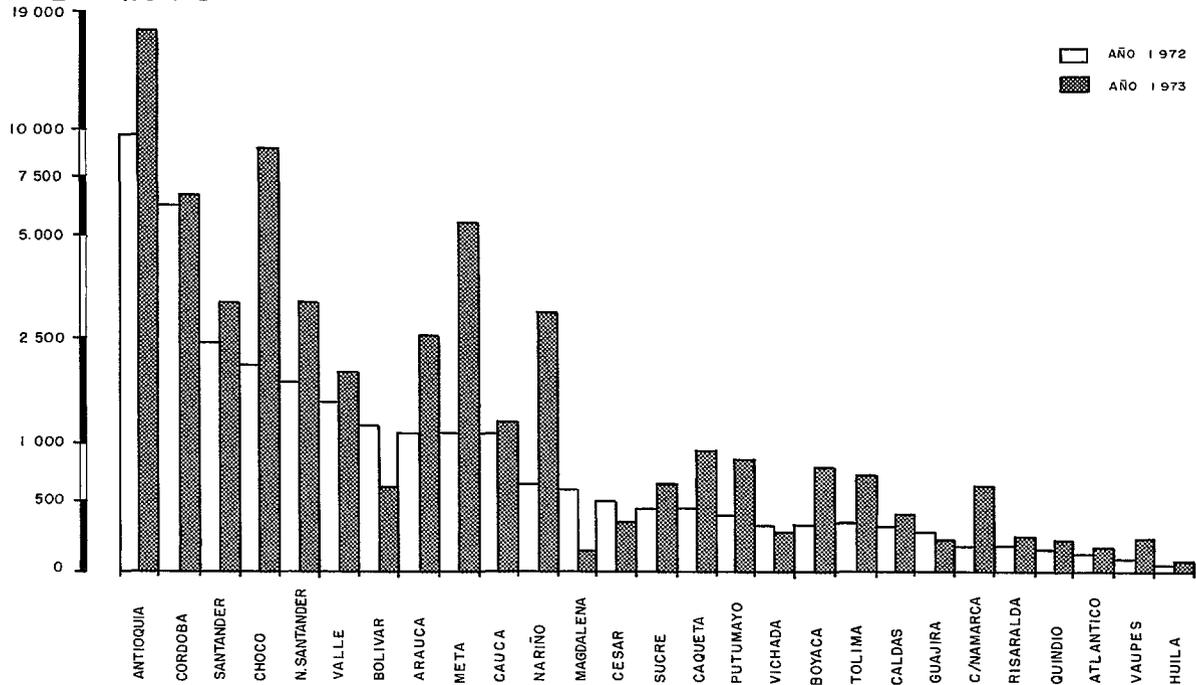
TOTAL DE MUESTRAS POSITIVAS DEL PAIS Y DE LAS REGIONES EN COLONIZACION
AÑOS 1.969 - 1.973

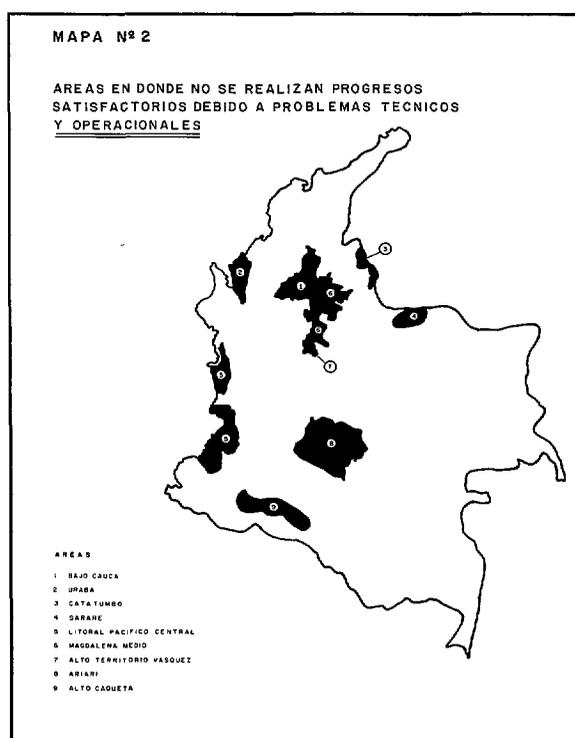


V E León

GRAFICA N° 11

MORBILIDAD PALUDICA POR DIVISION ADMINISTRATIVA
1.972 - 1.973





CUADRO Nº 32

ACTIVIDADES ANTIPIANICAS EN EL PAIS 1.970- 1.973

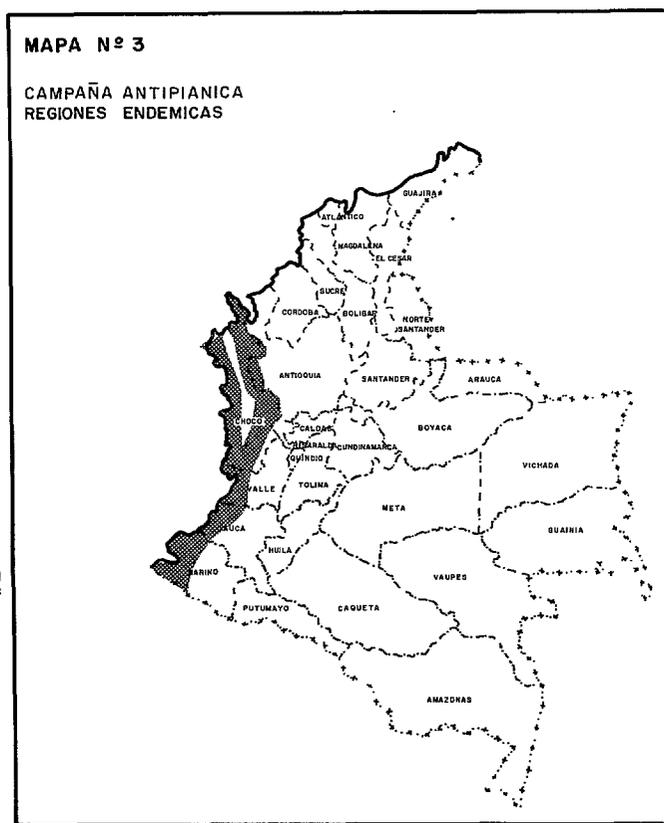
CONCEPTO	1.970	1971	1972	1.973
Km ²	70956	70956	70956	70956
LOCALIDADES EXISTENTES	4800	4890	4892	4892
PROMEDIO VISITA	37	3.5	3.2	2.2
CASAS EXISTENTES	73102	75674	78664	80571
PROMEDIO VISITA	3	3	3.2	2.2
HABITANTES EXISTENTES	423992	434908	453098	463924
ENFERMOS	1.397	741	655	573
INCIDENCIA POR MIL HAB	33	17	14	12
TRATAMIENTOS A ENFERMOS	1.397	741	655	548
TRATAMIENTO A CONTACTOS	4413	3738	2588	1325

CAMPAÑA ANTIPIANICA

En el área de trabajo se realizan actividades de vigilancia epidemiológica por visita cuatrimestral a las casas de los lugares reconocidos como focos residuales y semestral en el resto del área.

Todo caso sospechoso recibe una inyección intramuscular de 1.200.000 U. de penicilina benzatínica y cada uno de sus contactos la mitad de esta dosis; los menores de 15 años reciben dosis proporcionadas a su edad.

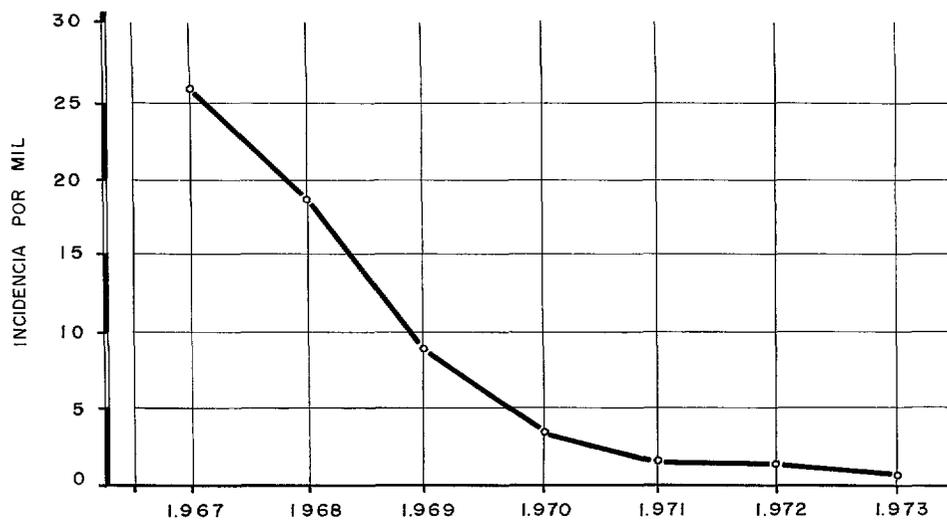
El Cuadro No.32 muestra la situación epidemiológica del Pian en el lapso 1970 - 1973. Como puede observarse la incidencia de la enfermedad ha venido disminuyendo año a año, esperándose obtener al final de 1974 una incidencia de menos de un enfermo por 1.000 habitantes revisados. El número de visitas a casas se estima en 183.003, que corresponde a una concentración de 2.2 visitas al año.



Dibujo Graciela de S

GRAFICO N° 12

CASOS DE PIAN POR 1.000 HABITANTES REVISADOS EN EL PAIS
1.967 - 1.973



VE León

ERRADICACION DEL AEDES AEGYPTI

La Campaña realizada entre 1950 y 1958 negativizó las áreas infestadas; sin embargo, en los años siguientes fueron observadas reinfestaciones en la ciudad de Cúcuta y en algunas localidades de la Guajira. A fines de 1969 se identificó la reinfestación en ciudades importantes del Litoral Norte; la encuesta realizada en 1971 y 1972, encontró el vector en 105 localidades en el norte del país y en el área de Cúcuta.

Entre 1970 y 1971, las operaciones de tratamiento con insecticidas fueron limitadas a localidades del área fronteriza con Venezuela y al ataque de focos encontrados en algunas capitales de departamento. Cuadro No.33.

En 1972 se inspeccionaron 335 localidades de las cuales se hallaron 105 positivas, distribuidas en una extensión aproximada de 152.000 Km², en el Litoral Atlántico y Departamento de Norte de Santander.

La Campaña fue organizada para cubrir trescientas mil casas, el 50 o/o del área infestada. Los resultados preliminares obtenidos fueron favorables y el índice de infestación, sufrió baja significativa.

A partir de 1972 el aumento del presupuesto permitió incrementar las actividades, sin que se lograra cubrir la totalidad del área infestada, e iniciar la vacunación antimalárica en las áreas enzoóticas más importantes, (Cuadros Nos.34 y 35.

CUADRO N° 33

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA CAMPAÑA ANTIAEGYPTI
AÑOS DE 1970 - 1973

AÑOS	PROGRAMACION		ACTIVIDADES REALIZADAS				
	DE LOC	DE CASAS	INSPECCION A CASAS	TRATAM A CASAS	VISITAS A CASAS	DEPOSITOS INSPECC.	DEPOSITOS TRATADOS
1970	25	214 163	248 074	67 759	248 074	1'520 369	726 382
1971	272	570 061	323 291	60 138	323 291	1'426 664	255 864
1972	63	319 599	110 901	187 563	210 513	853 142	2'941 608
1973	52	319 729	371 656	402 244	478 795	2'114 854	6'854 545
TOTAL	412	1'425 552	1'053 922	697 694	1'260 673	5'915 029	10'778 399

CUADRO N° 34

RECURSOS FINANCIEROS (miles)
AÑOS 1.970 - 1.973

AÑO	RECURSOS POR AÑO	% INCREMENTO POR AÑO	GASTOS DE PERSONAL	GASTOS GENERALES
1970	1 285	100	700	585
1971	1 500	117	825	675
1972	7 190	560	3.950	3 240
1973	9 500	739	5 000	4 500
TOTAL	19 475	—	10 475	9 000

CUADRO N° 35

RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS EN LA CAMPAÑA
ANTIAEGYPTI AÑOS 1.970 - 1.973

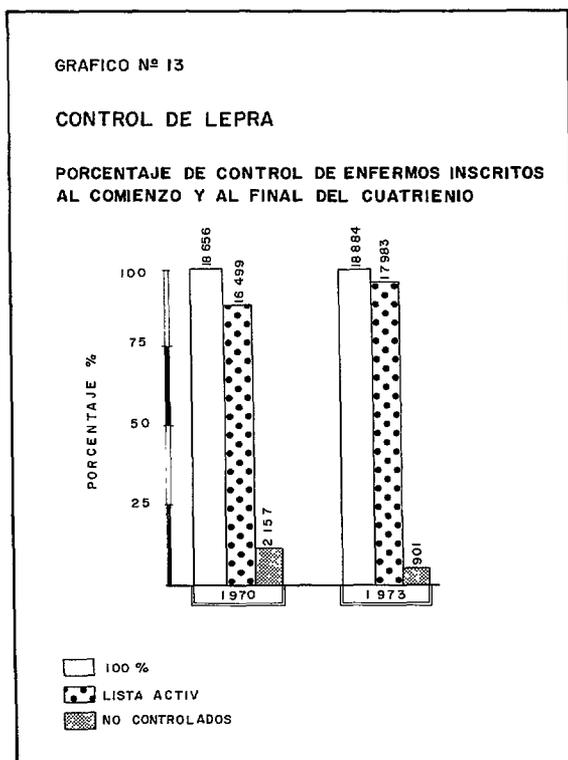
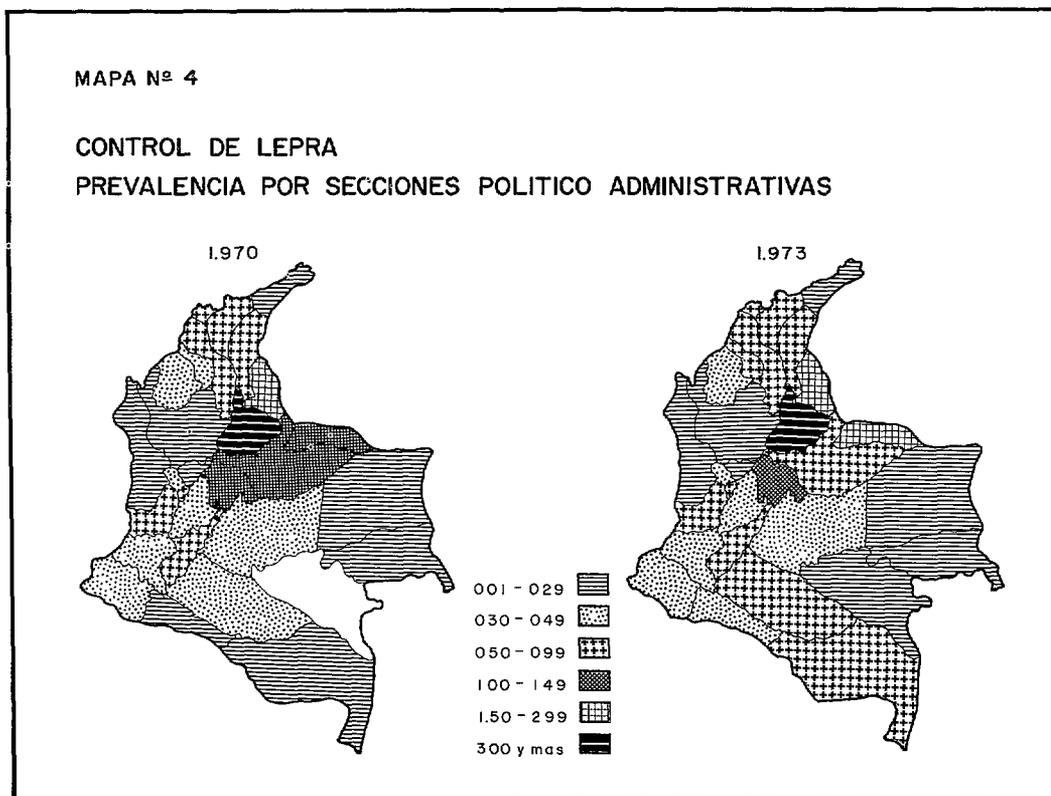
AÑO	PERSONAL TECNICO	SUPERVISORES	VISITADORES	OTROS	TOTAL
1970	2	16	40	—	58
1971	2	16	40	—	58
1972	2	36	140	5	183
1973	2	63	289	45	399

V E León

LEPRA

CONTROL DE LA LEPRA

BUSQUEDA DE CASOS	PROGRAMADO	REALIZADO	% CUMPLIMIENTO	PROYECTO 1974
EXAMENES A CONTACTOS	204 179	124 179	60.8	45 057
EXAMENES EN OTROS METODOS	702 815	476 928	67.9	254 004
TOTAL EXAMENES PARA BUSQUEDA DE CASOS	906.994	601 107	66.3	299 061
ESTIMATIVO DE CASOS NUEVOS A ENCONTRAR	5 422	4 567	84.2	1 099
CONTROL DE TRATAMIENTO DE ENFERMOS				
REVISIONES CLINICAS	117 258	86 953	74.2	29 854
CONSULTAS	126 265	92 715	73.4	30 085
TOTAL EXAMENES A ENFERMOS	243 265	179 668	73.8	59 939
BACILOSCOPIAS DE CONTROL	89 364	74 394	83.2	18 679
TRATAMIENTOS	6947 064	6 303 864	90.7	1 784 484



Egresos de Enfermos en el Cuatrienio:

Fallecidos	1.740
Curados	593
Perdidos	1.453
Otras causas	<u>533</u>
Total Egresos	4.319

Docencia:

De pre-grado, en el Centro Dermatológico de Bogotá y en el Consultorio Dermatológico de Bucaramanga.

De post-grado en el Centro Dermatológico Lleras.

Adiestramiento de Personal. La Campaña y los Centros de Docencia.

Investigación:

Se realizan las siguientes:

1. Ensayo de un nuevo método para medir la resistencia del M. Leprae a las sulfonas.
2. Estudio comparativo, doble ciego, sobre la actividad de la Dapsona y el CG-3123 (Grunenthal) en lepra Lepromatosa.
3. Evaluación de la actividad del D.D.S. a altas dosis en lepra Tuberculoide.
4. Tratamiento de lepra con factor de transferencia (Transfer Factor).
5. Tratamiento de la lepra de Lucio con altas dosis de Sulfonas.
6. Empleo de procedimientos inmunológicos en el estudio y tratamiento de la Lepra.
7. Thalidomida en reacción leprótica. Trabajo conjunto con el Centro Lleras Acosta de Bogotá.

SALUD ORAL

En 1.970 se atendían en los organismos de Salud dependientes del Ministerio las emergencias y exodoncias de todos los grupos de población y las obturaciones de amalgama y silicato en la población escolar. En la actualidad y con la política de "Atención a la Demanda" se desarrollan todas las actividades que la salud oral requiere y que la dotación permita atender, sin embargo, la exodoncia y las obturaciones continúan absorbiendo alrededor del 90 o/o del tiempo del odontólogo.

Cobertura 1970 — 1974:

A partir de 1970 se ha hecho hincapie en el aumento de cobertura lográndose pasar de 5.2 o/o al 7.2 o/o programado para el presente año.

Recursos Físicos:

En 1970 se contaba con servicio en 478 municipios, en estos cuatro años se han distribuido a los Servicios Seccionales de Salud 157 equipos dentales completos, que han permitido aumentar a 625 el número de municipios con servicio; con los 249 equipos ya adquiridos y en vía de distribución, se duplicará en 4 años la capacidad odontológica instalada en los organismos de salud del país.

Recursos Humanos:

En el Cuadro No.36 "Algunos indicadores sobre recursos y atención odontológica" podemos ver la secuencia del crecimiento del recurso humano odontológico, que pasó de 796.070 horas en 1970 a 1.133.950 en 1974, lo cual representa un aumento del 42 o/o.

CUADRO N° 36

INDICADORES DE SALUD ORAL
1.974

INDICADORES	1970	1971	1972	1973	1974 programado
PACIENTES ATENDIDOS DE 1ª VEZ	830452	888599	919924	1049107	1297278
COBERTURA	5.2	5.4	5.4	6.0	7.2
HORAS ODONTOLÓGICAS ANUALES	796070	848870	881870	991900	1133950
HORAS POR 1000 HABITANTES	5.3	5.5	5.6	6.1	6.7
MUNICIPIOS CON SERVICIO	478	492	522	540	625
SUMAS PARA ODONTOLOGIA EN EL PAIS	—	—	86080600	72704144	100544258
% DEL PRESUPUESTO TOTAL PARA ODONTOLOGIA	—	—	—	4.5	4.8
DISTRIBUCION DE EQUIPOS POR EL MINISTERIO	50	50	—	57	249
% UTILIZACION CAPACIDAD INSTALADA	5.5	5.6	6.0	6.0	6.3
SUMAS ASIGNADAS PARA ODONTOLOGIA EN EL PRESUPUESTO NACIONAL	3000000	3000000	3000000	0	0

V. E. Leon

Recursos Financieros:

En cuanto a recursos económicos se puede destacar el hecho de que en 1970 los Servicios Seccionales de Salud del país destinaron 58 millones para la atención odontológica, en 1973 un poco más de 72 millones y en 1974 están destinados más de 100 millones, representando estas cantidades en 1973 el 4.5 o/o del presupuesto total y el 4.8 en 1974.

A L M E D I O A M B I E N T E

CONTAMINACION ATMOSFERICA

Se organizó, en colaboración con la OPS, la Red Nacional de Muestreo Normalizado de la Contaminación del Aire con un total de 15 estaciones distribuídas en 6 principales ciudades del país (6 en Bogotá, 4 en Medellín, 3 en Barranquilla, 1 en Cartagena y 1 en Bucaramanga), incluyendo la medición del índice de corrosividad considerado por la OMS/OPS como otro de los indicadores de la contaminación del aire; es de anotar que esta red constituye actualmente una de las más amplias a nivel panamericano.

Se elaboró y publicó la Ley 23 de 1973 por la cual se conceden facultades extraordinarias al Presidente de la República para expedir el Código de Recursos Naturales y Protección del Medio Ambiente.

Con la idea de cuantificar la contaminación por automotores, se adquirió un medidor automático de monóxido de carbono, que operará inicialmente en Bogotá.

A finales de 1973 se inició el desarrollo del Plan para la ampliación de la Red Nacional de Muestreo Normalizado del Aire a un total de 44 estaciones en 16 localidades del país. Con dicha ampliación el país contará con la Red más extensa dentro de los países que hacen parte del Sistema Panamericano de Muestreo del Aire.

FLUORURACION DE AGUAS DE ABASTECIMIENTO PUBLICO

Aplicación en 140 acueductos del país de sales de fluor, hasta lograr una cobertura de 9'000.000 de habitantes en 1976.

Instalación de 130 equipos de dosificación.

Distribución de sales de flúor y demás equipos reactivos para laboratorio para cada uno de los 140 acueductos.

Realización de por lo menos un análisis diario de fluoruros del agua en cada uno de los acueductos en donde funciona el programa.

Se iniciaron las investigaciones para el empleo de la sal de cocina o cualquier otro vehículo aprovechable como medio de hacer la fluoruración donde sólo se dispone de suministro público de agua.

Recursos Financieros:

1.971	\$	2'250.000.00
1.972	\$	3'285.000.00
1.973	\$	5'250.000.00
1.974	\$	5'500.000.00

Análisis y Evaluación:

Se evaluó por parte de la Escuela Nacional de Salud Pública el beneficio de la fluoruración en la ciudad de Manizales obteniéndose que un 50 o/o de la población carece de caries y del 50 o/o restante el promedio de caries es de 1.62 en menores de 14 años.

CONTROL DE RABIA

Ampliación de la red de laboratorios de diagnóstico para rabia a 25 mediante la integración del Sector Salud y Agricultura, con una cobertura de todo el territorio nacional.

Se está desarrollando el programa de adiestramiento en diagnóstico de rabia, el cual ha capacitado 50 profesionales de los Servicios Seccionales de Salud y Centros de Diagnóstico del Instituto Colombiano Agropecuario, en las técnicas de diagnóstico de rabia.

Construcción de Centros Antirrábicos:

Se inició el programa de construcción y dotación de centros antirrábicos el cual se cumplió en su primera etapa, mediante la construcción y dotación de 22 centros antirrábicos.

Dotación de Equipos:

En la actualidad 21 de los 22 departamentos y las principales ciudades del país, cuentan con los servicios de médicos y veterinarios responsables de programas de control de rabia, dotados de todos los recursos necesarios para desarrollar estos programas.

Actividades Realizadas:

Producción de vacunas antirrábicas 1970-1974 Cuadro No.37.

Coberturas en vacunación canina 1970-1974 Cuadro No.38.

Inversiones en programas de control de rabia 1970-1974 Cuadro No.39.

Incidencia de rabia humana y animal 1970-1974 Cuadro No.40.

En el Cuadro No.37 y en el Gráfico No.14 se aprecia claramente el incremento que ha sufrido en los años 1970-1974 la producción de vacuna antirrábica canina lo cual ha permitido desarrollar las actividades preventivas en control de rabia y la reducción de las vacunas de uso humano, disminuyéndose el riesgo de complicaciones neuromusculares post-vacunales.

CUADRO No. 37

**PRODUCCION DE VACUNA ANTIRRABICA
AÑOS 1970 — 1974**

AÑOS	CANINAS	HUMANAS
1.970	280.000	630.000
1.971	532.000	613.424
1.972	602.000	631.246
1.973	1'086.000	586.894
1.974*	3'800.000	300.000
TOTAL	2'500.000	2'761.564

*Producción esperada.

Vacunación Canina:

CUADRO No. 38

**POBLACION CANINA VACUNADA CONTRA LA
RABIA EN COLOMBIA 1970 — 1974**

AÑO	NUMERO DE VACUNAS	COBERTURA
1.970	147.708	7 o/o
1.971	401.090	18.4 o/o
1.972	580.454	25.8 o/o
1.973	850.000	36.6 o/o
1.974	1'200.000	50.1 o/o

Inversiones:

En el Cuadro No.39 se presenta una relación total de las inversiones en control de rabia en los años 1970-1974.

La partida incluye producción de vacunas antirrábicas, construcción y dotación de centros antirrábicos y adquisición de equipos para control de rabia.

CUADRO No. 39

**INVERSIONES EN EL PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROL DE RABIA EN COLOMBIA**

AÑO	INVERSION
1970	0
1971	6'400.000
1972	6'400.000
1973	8'900.000
1974	8'150.000
TOTAL	29'850.000

Incidencia de Rabia Humana y Animal:

Los resultados de las diferentes actividades desarrolladas en el Programa Nacional de Control de Rabia se pueden apreciar en el Cuadro No.40.

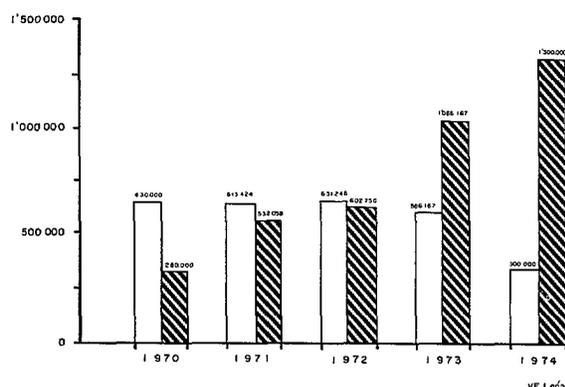
CUADRO No. 40

POBLACION CANINA VACUNADA E INCIDENCIA DE RABIA HUMANA Y ANIMAL. COLOMBIA 1970 - 1974

AÑO	Población Canina Vacunada.	Incidencia Rabia X 100.000 perros.	Incidencia Rabia Humana x 100.000 habit.
1970	7.0	13.93	0.15
1971	18.4	12.63	0.15
1972	25.8	9.69	0.10
1973	36.63	7.59	0.06
1974	50.11	4.77	0.02

GRAFICO N° 14

PRODUCCION DE VACUNA ANTIRRABICA HUMANA Y CANINA EN COLOMBIA 1970 - 1974

**DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS****Cobertura:**

El Programa cubre para 1974 un 20 o/o de la población total de las ciudades intermedias.

Recursos Utilizados:

En cada ciudad el programa se realiza con ingenieros del Servicio Seccional de Salud y de las Empresas Municipales que prestan el servicio.

Para la mejor realización del Programa se han dictado cursos sobre aspectos técnicos administrativos y financieros en los sistemas de recolección, transporte y disposición de basuras, en la Universidad Nacional y en la Escuela de Salud Pública donde se han adiestrado ingenieros del Ministerio de Salud, de los Servicios Seccionales de Salud y de las Empresas Públicas Municipales.

Análisis y Evaluación:

De la programación para el año de 1974, se espera una realización del 100 o/o en lo referente al mejoramiento de los sistemas de recolección y transporte y un 60 o/o en lo referente a la disposición final.

ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUAS

Los Servicios Seccionales de Salud realizan exámenes físico-químicos y bacteriológicos de las aguas de suministro, de acuerdo al número de localidades con acueducto en su respectivo departamento, como mínimo de tres veces por año.

Cobertura:

Con el programa se están realizando controles por lo menos tres veces por año en el 80 o/o de los acueductos con sistema de tratamiento completo, incluyendo desinfección y los cuales están en su gran mayoría a cargo de INSFOPAL y de las Empresas Públicas Municipales.

Análisis y Evaluación:

Desde la implantación en el año de 1972, hasta finales del año 1973, el programa no ha cumplido con la meta propuesta, y se espera en el transcurso de los próximos 2 años, con la creación de los laboratorios regionales de

bromatología y además con la dotación de laboratorios seccionales para análisis mínimos, cumplir a cabalidad el programa. Para esto anualmente se han venido apropiando partidas en el Presupuesto Nacional desde el año de 1972 dentro de un programa cuatrienal de laboratorios. Además en el Laboratorio Nacional de Salud del INPES, el Laboratorio Bromatológico del Distrito Especial y en el Laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, se han adiestrado bacteriólogos de los Servicios Seccionales de Salud en Técnicas de Laboratorio para exámenes físico-químicos y bacteriológicos de las aguas de suministro público.

CONTROL DE ALIMENTOS

Dotación en Laboratorios y Equipos:

Teniendo en cuenta que es necesaria una infraestructura adecuada de laboratorios y equipos para poder desarrollar los programas de higiene y control de alimentos, el Ministerio de Salud ha invertido en el quinquenio 1970-1974 la suma de \$20'278.800.00 en dotación de equipos y laboratorios en los Servicios Seccionales de Salud. Cuadro No.41.

CUADRO No. 41

INVERSION EN EQUIPOS Y LABORATORIOS DE CONTROL DE ALIMENTOS. COLOMBIA 1970 — 1974

AÑO	INVERSION EN PESOS
1.970	128.800
1.971	3'000.000
1.972	3'000.000
1.973	5'500.000
1.974	8'650.000
TOTAL	20'278.800

Control de los Mataderos y Frigoríficas:

Mediante el programa de control y supervisión de los mataderos y frigoríficas se ha logrado un estado sanitario que ha permitido desarrollar adecuadamente los planes de exportación de carnes.

Legislación Sanitaria de Alimentos:

Se ha actualizado la legislación sanitaria de alimentos y está en proceso de elaboración el nuevo Código Sanitario Nacional.

Control de Fábricas de Alimentos:

Mediante un plan de control de fábricas productoras de alimentos en los 3 niveles, nacional y local, se ha logrado una mayor cobertura dando mayor énfasis al control de los alimentos de mayor consumo y mayor riesgo epidemiológico.

Recursos Humanos:

Se inició un plan de adiestramiento para los profesionales responsables de los programas de control de alimentos en el país, desarrollándose cursos de inspección sanitaria de carnes, microbiología e higiene de alimentos e inspección sanitaria de aves de abasto público.

ZOONOSIS

El Ministerio de Salud Pública en el quinquenio 1970-1974 ha desarrollado las siguientes actividades relacionadas con las diferentes zoonosis que afectan la Salud Pública en Colombia:

Brucellosis:

En el año 1970 se realizó el Primer Curso Nacional sobre Diagnóstico y Normalización de Antígenos.

El citado curso fue realizado con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana y asistieron profesionales de facultades de medicina, medicina veterinaria, hospitales universitarios y centros de diagnóstico del Instituto Colombiano Agropecuario, ICA.

Encefalitis Equina Venezolana:

Con la asesoría del Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud INPES, Instituto Colombiano Agropecuario ICA y Oficina Sanitaria Panamericana se realizó el Primer Seminario Nacional sobre Encefalitis Equina Venezolana, donde se fijaron las normas nacionales sobre diagnóstico, vacunas y control de esta zoonosis.

En el año 1974, en coordinación con diferentes sectores de Agricultura y los Servicios Seccionales de Salud, se realizó un Programa de Vacunación de equinos contra la encefalitis equina venezolana, que permitió controlar una epizootia que estaba afectando varias regiones del país.

En los Departamentos del Huila, Tolima, Valle del Cauca y Zona del Magdalena Medio se vacunaron 150.000 equinos, con una cobertura del 80 o/o de los equinos de esas zonas.

Otras Zoonosis:

Se han realizado estudios sobre: Hidatidosis, Toxoplasmosis, Cisticercosis, Viruela Bovina, información que se analizó en el Primer Seminario Nacional sobre Zoonosis que se realizó en el mes de junio en la ciudad de Ibagué.

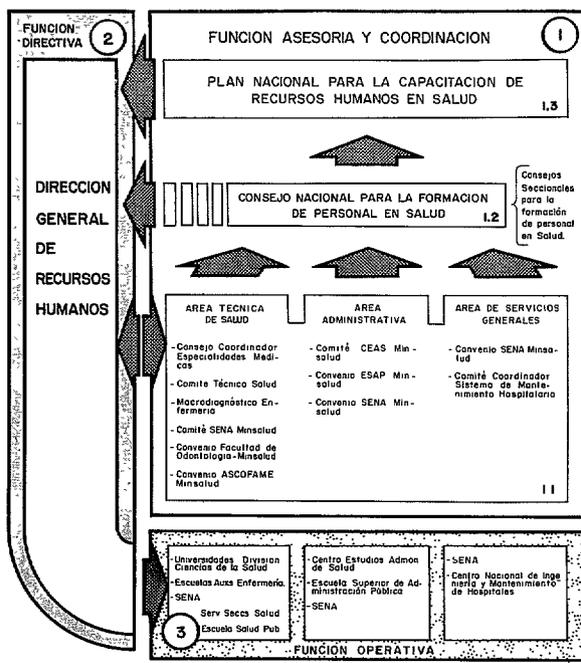
El objetivo del Seminario de Ibagué fue el de trazar un Programa de Vigilancia Epidemiológica de las Zoonosis, mediante la coordinación del Sector Salud y Agricultura.

CAPITULO II — RECURSOS UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

H U M A N O S

Para dar cumplimiento a los programas y actividades del Sector la Dirección General de Recursos Humanos ha desarrollado una estructura de coordinación y apoyo para el adiestramiento de personal que incorpora a múltiples instituciones Inter e Intrasectoriales. Gráfico 15.

GRAFICO Nº 15



Todas las actividades logradas en el período 1970-1974, se clasifican en Subprogramas, los cuales se citan a continuación:

Subprograma 1.

CUADRO No. 42

FORMACION Y CAPACITACION DE PERSONAL A NIVEL PROFESIONAL

MATERIA DEL APRENDIZAJE	No. de Participantes	Meses/ BECA
Médicos de Salud Pública (1)	328	1.967
Residentes de Salud Pública (2)	31	378
Residentes en Ciencias Clínicas	1.731	23.274
Veterinaria de Post-grado	35	385
Ingenieros de Post-grado	9	95
Enfermeras pre y post-grado	426	4.260
Odontólogos de Salud Pública (3)	129	488
Médicos Docentes en Ciencias Básicas	52	518
Arquitectura Hospitalaria	37	227
Laboratorios Clínicos	81	914
Enfermeras de Salud Pública (4)	82	346
TOTAL	2.941	32.852

- (1) Incorpora los siguientes cursos: Básico de Salud Pública, Administración Hospitalaria, Planificación de Salud, Epidemiología y Control de TBC, Pediatría Social.
- (2) Médicos y Odontólogos.
- (3) Incorpora: Curso Básico de Salud Pública, Orientación en Odontología Sanitaria, Planificación de Salud.
- (4) Incorpora: Curso Básico de Salud Pública, Pediatría Social, Planificación de Salud, Enseñanza Materno-Infantil, Epidemiología y Control TBC.

Para la coordinación de los programas dentro y fuera del Sector, se han establecido los siguientes mecanismos:

PROGRAMA	Mecanismo Coordinador	Cursos de Salud Pública.
Médicos Residentes en Ciencias Clínicas.	<p>Consejo Consultivo, coordinador de la Oficina de Administración de Recursos Humanos, para los programas médicos, de residencia, creado por el Decreto No.1473 del 29 de junio de 1971, e integrados por representantes de:</p> <p>Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME.</p> <p>Ministerio de Educación Nacional ICFES.</p> <p>Instituto Colombiano de Seguros Sociales ICSS.</p> <p>Asociación Colombiana de Médicos Residentes e Internos.</p> <p>Asociación Colombiana de Hospitales.</p> <p>Asociaciones Médicas Sindicales.</p> <p>Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.</p> <p>Ministerio de Salud Pública, Oficina de Administración de Recursos Humanos.</p>	<p>Realizados en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Existe convenio suscrito el 4 de julio de 1973 con esa entidad, que garantiza los mecanismos de coordinación necesarios para el adecuado funcionamiento de los programas a su cargo.</p> <p>El Ministerio de Salud forma parte de la Junta Directiva de esa Institución a través de dos representantes:</p> <p>Jefe de la Oficina de Administración de Recursos Humanos.</p> <p>Jefe de la Oficina de Planeación.</p>
Médicos Docentes en Ciencias Básicas.	<p>Es un programa realizado a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, cuyos mecanismos de coordinación se garantizan en el convenio suscrito el 19 de septiembre de 1973, entre el Ministerio de Salud Pública y esa entidad.</p>	<p>Como mecanismos que aseguran la distribución y ubicación racional de los recursos humanos capacitados se han establecido los siguientes:</p> <p>Para los médicos residentes en Ciencias Clínicas: Contrato suscrito entre los beneficiarios y el Gobierno Nacional, quien garantiza el pago de un estipendio mensual residente durante el tiempo que dura su especialización. Igualmente el beneficiario se compromete, en contraprestación, a trabajar como especialista en la localidad y hospital previamente convenidos con los Servicios Seccionales de Salud.</p> <p>Esta misma modalidad se aplica a todos los demás participantes en el sistema de adiestramiento programado por la Oficina.</p> <p>A nivel de pregrado y en el área de Enfermería, la Oficina procura los recursos humanos posibles otorgando becas a los estudiantes, quienes en contraprestación, van a servir en la localidad e institución que se les asigne.</p> <p>Para la planificación de recursos humanos, se han hecho estudios de utilización con respecto a los Recursos Médicos Especializados hasta</p>

obtener índices válidos para un modelo de planificación llegando a establecer un sistema de prioridades que permite atender en tales términos las necesidades de capacitación.

En el diagnóstico de recursos humanos a nivel profesional y también auxiliar, se han hecho los siguientes estudios:

- Estudio de la Enseñanza de la Ingeniería Sanitaria en Colombia.
- Macrodiagnóstico de la Situación de Enfermería en Colombia. (Enfermeras de nivel profesional y auxiliar).
- Inventario de Recursos Humanos en los Servicios Seccionales de Salud.
- Actividades que realiza el personal de enfermería en los establecimientos hospitalarios oficiales y mixtos seleccionados de los niveles de Atención Médica, en Colombia. (Profesionales y Auxiliares).
- Educación de Post-grado en Medicina.

Subprograma 2.

CUADRO Nº 43

FORMACION Y CAPACITACION DE PERSONAL TECNICO Y AUXILIAR.

PERSONAL TECNICO Y AUXILIAR	Nº DE PARTICIPANTES	MESES / BECA
AUXILIARES DE ENFERMERIA	3 567	40.664
AUXILIARES DE ODONTOLOGIA ⁽¹⁾	271	2.921
VISITADORES DE SANEAMIENTO	22	88
PROMOTORES DE SANEAMIENTO I	859	1.718
PROMOTORES DE SANEAMIENTO II	457	2.785
ASISTENTES ADMINISTRATIVOS	157	1.727
AUXILIARES DE ADMINISTRACION	31	162
ESTADISTICOS A NIVEL MEDIO	88	874
AUXILIARES DE ESTADISTICA	313	646
TECNICOS MANTEN. EQUIPO MEDICO	109	525
AUXILIARES DE LABORATORIO	45	240
PROMOTORES RURALES DE SALUD ⁽²⁾	4.279	8.558
AUXS. ADIESTR. EN MATERNO INFANTIL	22	44
DIRECTORES DE DROGUERIA	1.105	-
AUXILIARES DE FARMACIA	-	140
TOTALES	11.325	61.092

(1) Incorpora cursos de Auxiliar de Odontología Social, Auxiliar Higiene Oral, Auxiliar Consultivo
 (2) Programa desarrollado por el Grupo Materno Infantil con aportes parciales de ésta oficina.

Mecanismos de Coordinación para el Subprograma 2

PROGRAMA Mecanismo Coordinador

Auxiliares de Odontología.

Convenios suscritos con las Universidades que tienen Facultades de Odontología. (Antioquia, Cartagena, Valle, Javeriana).

Personal Auxiliar en el área de Salud Pública.

Convenio suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Antioquia.

Técnicos de Mantenimiento Hospitalario.

Convenio suscrito con el SENA el 26 de septiembre de 1973.

Auxiliares de Estadística.

Convenio suscrito con la Universidad Javeriana el 20 de septiembre de 1973.

Auxiliares de Enfermería.

Hay 32 escuelas para auxiliares de enfermería que tienen dependencia de organismos oficiales de salud en el orden administrativo y dependencia de la Oficina de Administración de Recursos Humanos en el orden técnico-pedagógico.

Cursos de Administración de registros hospitalarios.

Convenio suscrito entre la Beneficencia de Cundinamarca, OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública, para la capacitación de personal en ciencias administrativas. Suscrito el 28 de diciembre de 1972.

Debe anotarse que el Ministerio de Salud Pública y la Oficina de Administración de Recursos Humanos en particular, tienen representación en las Juntas que administran estos convenios.

Mecanismos de distribución para el Subprograma 2:

Para incrementar el número de auxiliares de enfermería en el país, así como para asegurar su permanencia en las regiones de su origen, generalmente hay una Escuela de Auxiliares de Enfermería en cada uno de los Servicios de Salud.

El Ministerio a través de la Oficina de Recursos Humanos contribuyó en este lapso a su funcionamiento y dotación con la suma de \$8'775.000.00.

Igualmente se adelantan 11 programas de construcción por la suma de \$11'000.000.00 con el ánimo de mejorar e incrementar la capacidad docente de estos organismos en las zonas estratégicas del país, en donde los rendimientos y necesidades planteadas son más altas (Fusagasugá, Bolívar -Antioquia- Cartagena, Cúcuta, Santa Marta, Manizales, Tumaco, Popayán, Ibagué, Neiva, Bucaramanga).

Para la distribución de personal y su ubicación en los lugares requeridos por los planes de Salud del Ministerio, se utilizan los mecanismos anotados en el Subprograma 1.

En la planificación de los recursos humanos, se han utilizado los estudios de diagnóstico citados en el numeral 2.4 a más de:

- Análisis Ocupacional de Personal Auxiliar de Saneamiento.
- Inventario Nacional de Programas Docentes de Salud.
- Estudio Experimental de Servicios de Salud.

Subprograma 3.

CUADRO N° 44

EDUCACION CONTINUADA

CURSOS	NUMERO DE PARTICIPANTES				
	71	72	73	74	TOTAL
EDUCACION MEDICA (1)	4 6 2	8 3 3	2 0 5 0	2 6 9 6	6 0 4 1
EDUCACION ODONTOLOGICA (2)	4 6 8	3 2 4	3 3 6	4 2 0	1 5 4 8
SANEAMIENTO	3 6	4 0	5 8	1 5 0	2 8 4
ENFERMERIA	-	-	1 6	1 2 7	1 4 3
LABORATORIO CLINICO	-	1 5	1 0	5 0	7 5
IDIOMAS	1 0 0	3 5	4 0	8 0	2 5 5
TECNICAS ADMINISTRATIVAS	1 5	3 1	5 4	3 3 4	4 3 4
BOLSAS VIAJERAS	4 0	3 5	3 3	4 0	1 4 8
T O T A L	1 1 2 1	1 3 1 3	2 5 9 7	3 8 9 7	8 9 2 8
<small>(1) PROYECTO DESARROLLADO A TRAVES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD</small>					
<small>(2) PROYECTO DESARROLLADO A TRAVES DE LAS FACULTADES DE ODONTOLOGIA PROGRAMADO.</small>					

152

BIBLIOTECA

La biblioteca del Ministerio de Salud Pública ha sido transformada en cabeza de un sistema nacional de información bibliográfica apoyada con servicios complementarios de reprografía y audiovisuales.

El desarrollo se ha hecho coordinadamente con las bibliotecas médicas existentes en los sectores docentes y de salud pública, extendiendo sus servicios a través de una red nacional de bibliotecas ubicadas en los Servicios Seccionales de Salud y en los hospitales regionales y contribuido a la capacitación de su personal, dotación bibliográfica y equipo de oficina.

Subprograma 4.

Formación y Capacitación de personal para el mantenimiento e Ingeniería Hospitalarios:

Para atender a este Subprograma, la Oficina, en coordinación con la División de Ingeniería de CORPAL, hizo los estudios preliminares e

ideó la creación de una Escuela de Mantenimiento de Equipo Hospitalario, para la Docencia, Investigación y Normalización del mantenimiento en el sistema hospitalario; habiéndose importado los equipos, construido los locales con instalaciones apropiadas a ese fin y hecho las reservas financieras para su complementación por medio del PNUD. Estas actividades culminaron con la creación del Centro Nacional de Ingeniería y Mantenimiento de Hospitales, el cual realizó las siguientes actividades a partir de 1973:

Adaptación de la planta física (Edificio CORPAL) a las necesidades del centro.

Anclaje de los equipos que se hallaban en bodega.

Organización de talleres, oficinas, aulas y áreas de bienestar estudiantil.

Organización administrativa del Centro.

Contribución al estudio de dotación de equipos médicos en algunos hospitales del país.

Racionalización de los listados y especificaciones del Equipo Médico adquirido por préstamo del Gobierno Británico.

Capacitación de técnicos y profesionales en instituciones especializadas de Venezuela, México, Argentina e Inglaterra.

En cuanto a la capacitación de personal de mantenimiento básico (común a cualquier tipo de organización) el Ministerio ha suscrito un convenio con el SENA, para la investigación previa de las necesidades y la capacitación del personal que sea requerido por esta área en las instituciones estatales de salud.

Subprograma 5.

Reorientación Práctica Profesional Odontológica:

Junto con las actividades de capacitación para personal auxiliar, relacionadas con el Subprograma 2, y de Educación Odontológica Continuada, Subprograma 3, se han desarrollado las siguientes:

- Dotación de equipos odontológicos a las localidades en que se ubicaran las Auxiliares de Odontología Social egresadas de los programas de capacitación. Hasta la fecha se han entregado 19 equipos.
- Organización de modelos de Atención Odontológica en los Servicios Seccionales de Salud de Boyacá, Antioquia, Santander, Cauca, Risaralda y Valle. Simultáneamente se implementaron las unidades de Estomatología en las regionales de Tunja, Rionegro (Antioquia), Bucaramanga, Popayán, Pereira y Cali.

PROGRAMA Mecanismos de Coordinación

Educación Odontológica Continuada.

Convenio para la complementación de programas entre la Federación Odontológica Colombiana y el Ministerio de Salud Pública (proyectado).

Convenio con las Facultades de Odontología de las Universidades Javeriana y de Cartagena.

Capacitación de personal auxiliar, Investigación, Educación Continuada y Desarrollo profesional.

Convenios con: Universidad Javeriana, Facultad de Odontología; Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología; Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología; Universidad del Valle, Departamento de Estomatología.

Actualmente se hace un replanteamiento de estos convenios para su reorientación, incremento de las acciones ya iniciadas e incorporación de otras relacionadas con nuevos sistemas de ejercicio profesional.

Utilización de personal capacitado

Convenio con los Servicios Seccionales de Salud.

Subprograma 6.**CENTROS REGIONALES DE ADIESTRAMIENTO**
(Centros de Estudios de Administración de Salud)**Actividades Realizadas:****Docencia:**

- 4 Cursos para Auxiliares de Administración.
- 6 Cursos para Auxiliares de Registros Médicos y Hospitalarios.
- 3 Cursos para Asistentes Administrativos.
- 3 Cursos de Administración Hospitalaria para médico Director de Hospital.
- 1 Curso de capacitación para Auxiliares de adiestramiento.
- 2 Cursos de capacitación para Promotores de Saneamiento.
- 3 Cursos para Auxiliares de Contabilidad.

- 2 Cursos para Auxiliares de Suministros.
- 2 Cursos para Auxiliares de Personal.
- 1 Curso para Técnicos de Administración.

Investigación (1)

- Flujo de pacientes en consulta externa del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.
- Estudio de tiempos y movimientos en el Departamento de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, D.E.
- Costos de Farmacia del Hospital San Juan De Dios de Bogotá.
- Flujo de algunas patologías desde su hospitalización hasta su egreso.

Administración:

- Elaboración y aprobación del Estatuto del Comité Docente.

F I N A N C I E R O S

- Elaboración y aprobación del Estatuto del Personal Docente.
- Elaboración y aprobación del Reglamento de las Bibliotecas.

2. Financieros:

El período comprendido entre 1970 y 1974 se caracteriza por el notable incremento alcanzado por el Gobierno Nacional en el volumen de gastos realizados, tanto en funcionamiento como en inversión, con recursos provenientes del presupuesto nacional. El Cuadro 45 presenta en cifras absolutas los gastos antes anotados, lo cual permitió alcanzar una tasa de desarrollo y la mejor utilización de la infraestructura en beneficio de la población.

Comparativamente el Ministerio de Salud Pública alcanzó el más sustantivo crecimiento al pasar de un gasto total de \$1.309 millones registrados en 1970 a \$2.620 millones involucrados en la ley de presupuesto de este año.

El Cuadro No.46 presenta los aumentos logrados en el total del presupuesto y en su discriminación en los rubros de funcionamiento e inversión tanto para el gobierno nacional como para el Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas. En lo que hace relación al gobierno nacional los gastos realizados aumentaron en el período referido en un 66.2 o/o mientras en el Ministerio de Salud Pública el incremento fue de un 100.2 o/o. En el renglón de funcionamiento el gobierno nacional logró un 41.8 o/o mientras el Ministerio de Salud registró un 55.3 o/o. La diferencia más significativa se presenta a partir de 1973 cuando aparece en el Ministerio el Situado Fiscal establecido mediante la Ley 46 de 1971, que prevee porcentajes en aumento iniciado con un 13 o/o en 1973 hasta un 15 o/o en 1975 y años siguientes de los ingresos ordinarios del gobierno, que deben dedicarse exclusivamente

(1) Estas actividades se realizan conjuntamente con los estudiantes del último año de Ingeniería Industrial, en virtud de un convenio suscrito entre el Centro y la Universidad de los Andes.

CUADRO N° 45

CUADRO COMPARATIVO DEL GASTO DEL GOBIERNO NACIONAL Y DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ENTIDADES ADSCRITAS

1.970 - 1.974 (\$ = MILES)

GOBIERNO NACIONAL				MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ENTIDADES ADSCRITAS		
AÑOS	TOTAL PRESUP. DE GASTOS	FUNCIONAMIENT.	INVERSION	TOTAL PRESUP. DE GASTOS	FUNCIONAMIENT.	INVERSION
1.970	18.237.579	11.409.099	6.828.480	1.308.802	606.855	701.947
1.971	22.291.391	12.745.962	9.545.429	1.630.220	672.130	958.090
1.972	24.064.251	14.686.052	9.378.199	1.664.338	624.245	1.040.093
1.973	26.212.157	15.025.694	11.186.463	2.051.280	861.995	1.189.285
1.974	30.303.190	16.182.540	14.120.650	2.619.830	942.282	1.677.548

FUENTE: DIRECCION GENERAL DEL PRESUPUESTO BOLETINES INFORMATIVOS AÑOS 1.970-71-72 LEY DE PRESUP.

NOTA: LOS BONOS DE BIENESTAR FAMILIAR QUE FIGURAN EN LA LEY DE PRESUPUESTO NO SE HAN TOMADO COMO EN ELLA APARECE SE INCLUYE SOLAMENTE EL INGRESO REAL QUE POR ESTE CONCEPTO

RECIBE LA ENTIDAD ANUALMENTE .

G.S. de S.

a educación primaria y a salud pública. La distribución de estos porcentajes fue fijada en un 26 o/o para salud y un 74 o/o para educación primaria. Las normas establecidas para el reparto de la cuota correspondiente a salud pública establece la participación por volumen de población y extensión territorial en departamentos, intendencias, comisarias y Distrito Especial de Bogotá. Los recursos obtenidos por este concepto han permitido al Ministerio de Salud acrecentar sus aportes a los hospitales con lo cual se ha logrado una más racional utilización de estas instituciones al igual que un aumento sustancial de la cobertura poblacional.

El rubro de inversiones en el gobierno nacional logró durante el período analizado un 106.8 o/o de incremento mientras el Ministerio de Salud registró un 139 o/o. Esto ha

permitido intensificar y extender la totalidad de los programas a nuevos grupos de población, con el consiguiente beneficio en el mejoramiento en su nivel de salud. Con el objeto de orientar y organizar en una forma más racional las inversiones el Ministerio inició a partir de 1970 una nueva apertura programática, mediante la cual se agrupan una serie de actividades afines. Tal como se presenta en el Cuadro No.47. En cifras absolutas el total de la inversión realizada en 1970 fue de \$702 millones mientras en 1974 se está invirtiendo un volumen de recursos de aproximadamente \$1.700 millones sin tomar en cuenta \$250 millones aproximadamente producto de un crédito de la Gran Bretaña destinado a dotaciones de hospitales, centros y puestos de salud nuevos, mejoramiento de dotación en instituciones en funcionamiento y sustitución de equipos obsoletos. Igualmente no se inclu-

ye en las cifras del cuadro la donación de UNICEF que permitió el equipamiento de los centros y puestos de salud que carecían de éste en 1973.

El Cuadro No.48 presenta el incremento alcanzado por los distintos programas en el período a que se refiere el informe. Es de anotar el notable incremento alcanzado por el programa de Fomento de la Salud que se orienta a la protección de las mujeres en edad fértil, las embarazadas, madres y niños mediante la realización de actividades dirigidas a la educación sanitaria y a nutrición.

El programa de recuperación de la salud también logró un aumento sustancial, 168 o/o, entre 1970 y 1974 lo cual permitió el avance de las construcciones hospitalarias iniciadas en años anteriores, la remodelación, adecuación

y terminación de algunos hospitales lo mismo que la construcción y terminación de centros y puestos de salud en áreas rurales.

La formación de recursos humanos fue objeto de un notable incremento, lo cual se tradujo en la formación y capacitación de personal médico, para-médico y auxiliar que está permitiendo la mejor utilización de los recursos físicos existentes y en aumento importante de la cobertura.

El programa de producción, distribución y adquisición de insumos complementarios también logró un crecimiento significativo en el período que se tradujo en el incremento de la producción de vacunas y productos biológicos, fluoruración de aguas de consumo público, dotación de laboratorios para control de alimentos, construcción y dotación de centros antirrágicos y otros.

CUADRO N° 46

INDICE DE CRECIMIENTO DEL GASTO DEL GOBIERNO NACIONAL Y DEL MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS 1.970 - 1.974

BASE 1.970 = 100.0

GOBIERNO NACIONAL				MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ENTIDADES ADSCRITAS		
AÑOS	TOTAL PRESUP. DE GASTOS	FUNCIONAMIENT.	INVERSION	TOTAL PRESUP. DE GASTOS	FUNCIONAMIENT.	INVERSION
1.970	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1.971	122.2	111.7	139.8	124.6	110.8	136.5
1.972	131.9	128.7	137.3	127.2	102.9	148.2
1.973	143.7	131.7	163.8	156.7	142.0	169.4
1.974	166.2	141.8	206.8	200.2	155.3	239.0

CUADRO N° 47

INVERSION ALCANZADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ENTIDADES
ADSCRITAS MEDIANTE APORTES DEL PRESUPUESTO NACIONAL .DISTRIBUCION
POR PROGRAMAS 1.970-1.974 (\$ Miles)

PROGRAMAS	1.970	1.971	1.972	1.973	1.974
1-FOMENTO DE LA SALUD	95.410	129.500	267.600	272.310	371.500
2-PROTECCION DE LA SALUD	108.289	129.369	120.524	127.900	185.800
3-RECUPERACION DE LA SALUD	103.714	170.892	95.040	163.240	277.228
4-FORMACION DE RECURSOS HUMANOS	16.685	27.000	31.441	79.500	86.740
5-INVESTIGACIONES	-	18.073	16.073	16.500	37.704
6-PRODUCCION DISTRIBUCION Y ADQUISICION DE INSUMOS COMP.	7.250	22.743	24.054	38.650	39.256
7-PERFECCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE PLANEACION ADMINISTRACION E INFORMACION	-	6.000	6.000	11.350	38.660
8-MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD AMBIENTAL.	370.599	454.513	479.361	479.835	640.160
T O T A L	701.947	958.090	1.040.093	1.189.285	1.677.548

FUENTE INFORME DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA AÑOS 1970-71-72 LEY DE PRESUPUESTO 1973-74

NOTA LOS BONOS DE BIENESTAR FAMILIAR QUE FIGURAN EN LA LEY DE PRESUPUESTO NO SE HAN TOMADO COMO EN ELLA APARECE SE INCLUYE SOLAMENTE EL INGRESO REAL QUE POR ESTE CONCEPTO RECIBE LA ENTIDAD ANUALMENTE

CUADRO N° 48

INVERSION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ENTIDADES ADSCRITAS
INDICE DE CRECIMIENTO DE INVERSION LOGRADO
POR PROGRAMAS 1.970-1.974 BASE 1.970=100.00

PROGRAMAS	1.970	1.971	1.972	1.973	1.974
1- FOMENTO DE SALUD	100.0	135.7	280.4	205.4	389.3
2- PROTECCION DE LA SALUD	100.0	119.4	111.4	118.1	171.5
3-RECUPERACION DE LA SALUD	100.0	164.7	91.6	157.3	267.7
4-FORMACION DE RECURSOS HUMANOS	100.0	161.8	188.4	476.4	519.8
5-INVESTIGACIONES	-	100.0	89.9	91.2	208.6
6-PRODUCCION DISTRIBUCION Y ADQUISICION DE INSUMOS COMP.	100.0	316.6	331.7	533.1	541.4
7- PERFECCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE PLANEACION ADMON. E INFORMACION	-	100.0	100.0	199.1	644.3
8- MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD AMBIENTAL .	100.0	122.6	129.3	129.4	172.7
T O T A L	100.0	136.4	148.1	169.4	238.9

El programa de perfeccionamiento de los sistemas de planeación, administración e información del sector salud a pesar de haberse iniciado en 1971 fue el que logró el mayor incremento con lo cual el Ministerio ha realizado estudios de importancia que han permiti-

tido el Rediseño del Sistema Nacional de Salud que tiene como objetivo la creación de un sistema único de salud con el fin de utilizar en forma más racional los recursos disponibles evitando duplicaciones en base principalmente a una mayor integración institucional.

CAPITULO III — RELACIONES INTERNACIONALES

Los compromisos contraídos por los países del Area Andina dentro de los términos del Acuerdo de Cartagena, llevaban implícito el concepto de que el mejoramiento de las condiciones de la salud era fundamental para el desarrollo económico y social de la América Latina.

Dentro de este orden de ideas, el Ministerio de Salud Pública del Perú convocó a la 1a. Reunión de Ministros de Salud del Área Andina que se celebró en la ciudad de Lima entre el 15 y el 18 de diciembre de 1971. Al término de la reunión se firmó el convenio "Hipólito Unanue" sobre cooperación en la Salud de interés común.

En cumplimiento de lo acordado en la 1a. Reunión, entre el 2 y el 6 de julio de 1973, tuvo lugar en Quito la II Reunión, de la cual resultó la creación de los Organismos Permanentes del Convenio y un grupo de resoluciones entre las que merece mencionarse la relativa a reuniones de grupos de expertos en algunos de interés para el área; la III Reunión tendrá lugar en Caracas en diciembre de este año.

Las actividades descritas representan un paso muy importante en la realización de los objetivos del Acuerdo de Cartagena y en el fortalecimiento de los vínculos entre los países del Area.

Durante la XXV Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 1972, Colombia entró a formar parte del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud representada por el Viceministro de Salud Pública. Lo anterior fue el resultado de un gran esfuerzo de los Ministerios de Relaciones Exteriores y de Salud, que culminó con el apoyo de los países de América a la candidatura.

En octubre del mismo año tuvo lugar en Santiago de Chile la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, de la cual resultó el Plan Decenal de Salud, reflejo de una experiencia histórica de los Gobiernos, sus técnicos y los de la Organización Panamericana de Salud; fue un diálogo intenso y constructivo, con el que culminó un período de análisis de los problemas que se llevó a cabo en cada país, en los 3 meses que precedieron a la Reunión de los Ministros. Dicho plan tuvo como base una copiosa información, reunida en cumplimiento de una Resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y bajo el auspicio del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo.

En cuanto a los Convenios con países limítrofes, el 23 de enero de 1970 se firmó el Acuerdo Colombo-Peruano sobre Servicios Médicos en el "Putumayo" y el 30 de abril del mismo año, hubo una declaración de principios en la I Reunión Fronteriza Colombo-Ecuatoriana de Ministros de Salud. El 10 de marzo de 1972 se firmó Acuerdo de Cooperación Sanitaria para la Región Amazónica con la República Federativa del Brasil.

En relación a Panamá, el 29 de marzo del año en curso, se hizo una Declaración conjunta de los Ministros de Salud, con base en el Convenio Sanitario firmado el 16 de marzo de 1960.

En cuanto a Venezuela, anualmente se celebran las reuniones de las Comisiones Permanentes y los Grupos de Trabajo, en cumplimiento del Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza, firmado el 28 de marzo de 1966.

A partir del 1o. de agosto del presente año Colombia entrará a formar parte, por un período de 3 años, de la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Dicha Junta está formada por 30 países y celebra una reunión anual, en la cual establece la política que ha de seguirse, examina la marcha de los trabajos, considera las solicitudes de asistencia, distribuye las asignaciones y fija el presupuesto de los servi-

cios administrativos y la ejecución de la Administración.

En la fecha de elaboración de este Informe está próximo para la firma un Acuerdo Hispano-Colombiano de Cardiología y Enfermedades del Tórax con base en el Acuerdo de Cooperación Técnica y Financiera firmado por los dos países el 20 de noviembre de 1964.

CUARTA PARTE

INSTITUTOS
ADSCRITOS

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

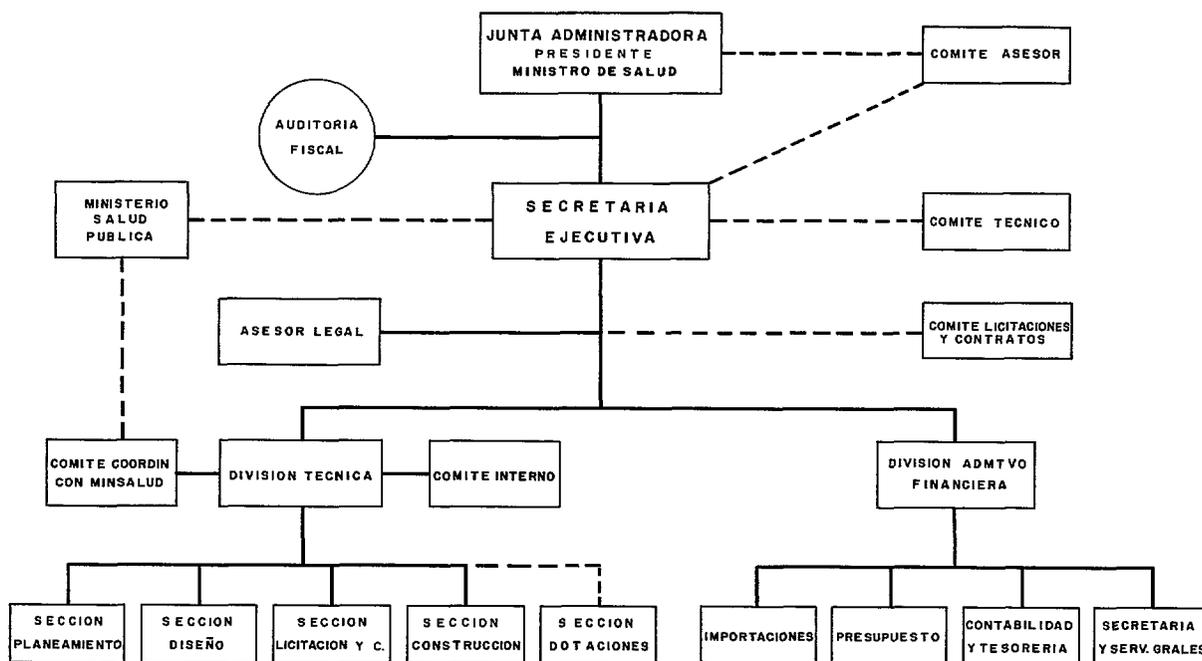
I. GENERALIDADES Y REESTRUCTURACION.

Como una verdad ya unánimemente aceptada, se afirma que la Salud incide notablemente en el desarrollo económico-social de un país. Uno de los principales factores que permiten y favorecen la extensión y desarrollo de los Servicios de Salud es el contar con la infraestructura física adecuada que facilite la implementación de los programas y el aprovechamiento pleno de los limitados recursos

humanos y económicos de que se dispone a fin de obtener de ellos el máximo beneficio en favor de las mayorías nacionales.

Igualmente el creciente desarrollo económico del país y la aparición de nuevas ciudades o el crecimiento explosivo de las existentes, debido al acelerado proceso urbano que se experimenta, crean una presión de demanda de servicios sobre las Instituciones en funcionamiento, las cuales en muchos casos, por su antigüedad y falta de dotación, están francamente en situación de obsolescencia.

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO
ORGANIGRAMA DE LA ESTRUCTURA ACTUAL



Consecuente con esta situación, el Gobierno decidió reforzar la capacidad operativa del Fondo Nacional Hospitalario; entidad encargada de crear, ampliar y mejorar la infraestructura física del Sector, dotándolo de la estructura administrativa, los recursos humanos y financieros que le permitieran cumplir con los objetivos señalados en el Plan Nacional Hospitalario y sus programas anuales de inversión.

Para tal objeto y a partir de 1971, se iniciaron las acciones preliminares tendientes a reestructurar el Fondo Nacional Hospitalario, el cual había experimentado un notable aumento en su capacidad de inversión, por el aumento de los aportes nacionales y potencialmente por el ofrecimiento de créditos externos.

El crecimiento de las disponibilidades del Fondo se puede apreciar en la siguiente serie:

AÑO	INVERSIONES
1968	\$ 17'681.000.00
1969	18'681.000.00
1970	48'298.000.00
1971	155'746.000.00
1972	83'992.000.00
1973	274'875.000.00
1974	251'851.000.00

El cumplimiento de los programas derivados de este creciente volumen de recursos se tornaba cada vez más difícil, por cuanto el Fondo carecía de la estructura orgánica y del personal suficiente y calificado para la operación y control de toda la inversión. Esta circunstancia llevó al convencimiento de la necesidad de su reestructuración técnica y administrativa, con el fin de dotarlo de la organización y de los mecanismos operativos que le hicieron posible cumplir eficientemente sus funciones.

Se planteó igualmente la necesidad de compatibilizar las actividades del Ministerio de Salud con las del Fondo, integrando a éste

la Sección de Arquitectura del Ministerio, para evitar la duplicación de funciones que se venía observando en estos organismos. En 1972, con el propósito de realizar un diagnóstico institucional del Fondo, se solicitó asesoría a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual, después de un exhaustivo análisis, formuló recomendaciones y alternativas de cambio, habiéndose suscrito como resultado, un convenio de asistencia en las áreas técnica y financiera.

Dentro de la síntesis de posibilidades y el que permitía el marco orgánico del Sector en 1973, el Ministerio de Salud Pública y la Junta Administradora del Fondo adoptaron como la más realista y viable aquella que visualizaba a la entidad como un FONDO FINANCIERO EJECUTOR CON RECURSOS TECNICOS COMPLETOS, como Organismo adscrito al Ministerio de Salud Pública. Esta estructura de cambio, contiene una concepción integrada en lo funcional y requiere de una buena coordinación con aspectos técnico-médicos. Esta coordinación deberá abocarse inmediatamente a:

- a) Acción conjunta en materia de planes con la Oficina de planeación del Ministerio y con el Departamento Nacional de Planeación (Sector Salud).
- b) Participación activa de la Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Planeación, División de Atención Médica y su Grupo de Dotaciones del Ministerio de Salud, en los programas del Fondo, mediante comités de estudio mixtos, y el establecimiento de una coordinación sistematizada y permanente.

Para implementar rápidamente acciones que permitieran agilizar la operatividad del Fondo y utilizar de inmediato las posibilidades funcionales de la nueva estructura adoptada, la Junta Administradora estudió y puso en práctica las medidas más urgentes, necesarias y convenientes.

Dentro de estas medidas se puede señalar:

Modificación de la estructura Administrativa, mediante acuerdos de la Junta y autorizaciones al Presidente de la misma.

Integración de la Sección de Arquitectura del Ministerio de Salud, con la Sección de Licitaciones y Contratos del Fondo, creando así un grupo homogéneo que constituya la División Técnica del Fondo, con funciones de coordinar, programar, diseñar, licitar, controlar y evaluar el desarrollo de las obras contenidas en los Planes de Inversión del Fondo. El control se entiende en el aspecto técnico y administrativo interno de las obras; el control económico se ejecutará coordinadamente con la División Financiera del Fondo, independientemente del Control Fiscal de uso y norma en el país.

Creación de nuevos cargos de personal técnico y administrativo de acuerdo a las crecientes necesidades de la Institución.

Reestructuración Nacional (Sector Salud), Ministerio de Salud Pública e ICSS. Este Comité asesorará no solamente a la Junta Administradora como hasta ahora ha venido ocurriendo, sino también a la Secretaría Ejecutiva.

Establecimiento de la Unidad de Caja. Los recursos cualquiera que sea su procedencia, aparecen unificados.

Esto permite establecer un flujo de fondos continuos para cada proyecto.

Autorización para contratar ESTUDIOS ESPECIALES e INTERVENTORIAS, lo cual, unido a la nueva Organización, permitirá contar con información periódica y confiable sobre las inversiones.

Solicitud por parte del Ministerio de Salud Pública de Asistencia Técnica a nivel internacional, para el desarrollo de todo el programa del Sector Salud y muy especialmente para los aspectos técnicos y financieros del Plan Hospitalario.

Adicionalmente a las reformas administrativas señaladas en los acápite anteriores, desde el mes de junio de 1973 por disposición de la Secretaría Ejecutiva y a su nivel, se ha constituido un Comité Técnico Interno, compuesto

por el Jefe de la División Técnica y sus Jefes de Sección, el Jefe de la División Financiera y transitoriamente los Consultores de OPS/OMS. El objeto que persigue la creación de este Comité es proporcionar a la Secretaría Ejecutiva un Cuerpo Consultivo Técnico, que le facilite la coordinación de la mecánica operativa de la Institución; así como el suministro en forma conjunta de los estudios e información necesarios, formando y fomentando las ventajas del trabajo en equipo.

II. PROGRAMACION DE INVERSIONES

Es conveniente destacar el avance técnico que el Fondo ha experimentado en los últimos años en el proceso de formulación de los planes de inversiones, con el establecimiento de un mejor sistema de planificación, evaluación, supervisión directa de las obras, visita a los Servicios Seccionales de Salud y otras medidas tendientes a racionalizar la formulación de dichos planes.

A. CRITERIOS DE PRIORIDADES PARA LA SELECCION DE PROYECTOS.

El Fondo Nacional Hospitalario para la elaboración del Plan de Inversiones tiene actualmente en cuenta los siguientes criterios para establecer prioridades:

- a) Dar prioridad a aquellas obras que se terminan en el ejercicio presupuestario en estudio, lo que minimiza el costo de construcción y lucro cesante y permite dar un pronto servicio de atención médica a la comunidad.
- b) Dar prioridad a las obras que van a dar servicios de atención médica en aquellas regiones del país cuyos índices de camas por habitantes y otros indicadores médicos son los más bajos, comparativamente.
- c) Dar prioridad a aquellas obras de ampliaciones, remodelaciones y/o replanificaciones, que con una baja inversión, aumentarán en gran medida la productividad de los establecimientos hospitalarios.

- d) Dar prioridad a aquellas obras localizadas en zonas que van a tener un desproporcionado crecimiento demográfico con motivo de otros proyectos de desarrollo económico que el Gobierno Nacional haya programado o está llevando a cabo.
- e) Dar prioridad a las obras cuyo resultado "costo-efecto" sea el más relevante.
- f) Dar prioridad a aquellas obras que van a servir capitales de departamento, en primer lugar, y aquellas destinadas a hospitales bases de áreas programáticas, en segundo lugar. Todo esto con el objeto de acelerar el proceso de integración y regionalización, al proporcionar la infraestructura adecuada a los niveles de atención previstos.

B. MODELO DE PROGRAMACION DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA EN SALUD.

Para la utilización a partir del año 1975 el Fondo está desarrollando un modelo matemático que permita decidir sobre alternativas de inversión en infraestructura en Salud (específicamente en construcción y/o dotación de establecimientos hospitalarios). Teniendo en consideración que los recursos financieros y humanos no son suficientes para satisfacer los requerimientos de los distintos proyectos, surge imperiosamente la necesidad de seleccionar aquéllos, de acuerdo con criterios de prioridad preestablecidos, y lograr que los que se lleven a efecto, tengan un orden de prelación tal que el que se selecciona, sea el que produzca un mayor beneficio a la comunidad.

La utilización de esquemas matemáticos puede ser una efectiva ayuda a la Institución en la solución de este problema que se presenta año a año al confeccionar el Presupuesto de Inversiones. Presenta adicionalmente la ventaja de simplificar la selección de proyectos y proporciona la posibilidad de analizar objetivamente la situación existente, al considerar exclusivamente aquellas variables que efectivamente van a influir en los resultados, tanto más, cuando las variables que se elijan

deben ser aquellas que representen situaciones reales susceptibles de expresarse cuantitativamente.

Por último, cabe destacar que una vez que el modelo sea probado con la realidad, es posible mediante el empleo de técnicas de simulación, prever los resultados que se obtendrán. De igual modo al variar algunos parámetros se podrá estimar la forma en que variarán los resultados.

III. PRESTAMOS EXTERNOS

La nueva estructura orgánica del Fondo, su reorganización en los aspectos técnico-administrativos y el notable aumento de su capacidad operativa, han favorecido la gestación y concertación de crédito con Agencias Internacionales de Desarrollo o préstamos directos de Gobierno a Gobierno, así se pueden mencionar las siguientes realizaciones:

CREDITO AID:

En el convenio de empréstito del Sector Salud celebrado entre la República de Colombia, Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación y los Estados Unidos de América, Agencia Internacional de Desarrollo (A. I.D.), préstamo No.514-L-069 de 13 de febrero de 1973, se señalan determinados montos para invertir en apoyo del desarrollo de la infraestructura física del Sector Salud y específicamente en la terminación de hospitales en construcción, ampliación o remodelación y en el programa de Centros y Puestos de Salud en el medio Rural. El Ministerio de Salud otorgó su confianza al Fondo, entregándole para ser incorporado en su Plan de Inversiones las sumas señaladas en el contrato de empréstito, cantidad que asciende a \$32'240.000.00 según los siguientes rubros:

Hospitales Universitarios	\$ 8'800.000.00
Hospitales Regionales	17'200.000.00
Hospitales Locales	1'240.000.00
Puestos y Centros de Salud	5'000.000.00
	<u>\$ 32'420.000.00</u>
	=====

La inversión de estos fondos se encuentra en proceso de ejecución y compromete un total de 19 obras mayores y aproximadamente 80 menores entre Centros y Puestos de Salud.

De las obras mayores 3 son Hospitales Universitarios, 13 Hospitales Regionales y 3 Hospitales Locales. El monto total de camas involucradas en el Plan con la A.I.D. alcanza aproximadamente a 4.300 entre nuevas, ampliadas y mejoradas.

CREDITO PARA DOTACION:

El Fondo Nacional Hospitalario desarrolló un plan de dotación para 1974-1977. Este estudio comprende los hospitales en proceso de

construcción o remodelación, que no fueron incluidos para ser financiados a través del Crédito Inglés, considerado como Fase I.

El estudio desarrollado, denominado Fase II incluye estimativos de costo basados en el nivel de regionalización del hospital, en el equipo disponible, el número de camas, con sultorios etc.

La financiación de la dotación se está realizando principalmente a través de créditos externos como se aprecia en la tabla siguiente:

El documento elaborado denominado "Estudio de Dotación Hospitalaria 1974-1978" se encuentra disponible como referencia en el Fondo Nacional Hospitalario.

F A S E I 73-74		F A S E II 74-77	
Crédito Inglés Aproximadamente US\$ 10 millones de dólares.	II A — (74-78) Crédito Holandés Aproximadamente US\$ 5 millones de dólares.	II B — (74-78) Crédito Alemán Aproximadamente US\$ 4 millones de dólares.	II C — (sin definir) Crédito Externo Aproximadamente US\$ 21 millones de dólares.
Equipamiento seleccionado y en proceso de adquisición y embarque para 72 hospitales.	Préstamo aprobado para financiar dotación en 11 hospitales.	Préstamo en consideración para dotación de 8 hospitales.	Fuente no definida para 100 hospitales que deben ser equipados.

IV. ANALISIS DE LA EJECUCION DE LAS OBRAS POR DEPARTAMENTOS.

Antioquia:

Durante el período 1971-1974, se trabajó en 36 obras que recibieron en total la suma de \$73'186.551.00 de aportes del Fondo Nacional Hospitalario. Este aporte constituyó una complementación muy significativa al desarrollo del Plan Hospitalario del Departamento de Antioquia que comprende 45 obras.

De estas 36 obras, 16 son obras nuevas y 20 ampliaciones y remodelaciones, con un total de 948 camas nuevas, 512 reemplazadas y

2.101 camas mejoradas para un total de 3.561 camas comprometidas en la inversión. Es significativo el desarrollo de los nuevos hospitales regionales de Bolívar, Santa Fé de Antioquia, Yarumal y Yolombó.

El Hospital Pablo Tobón Uribe, recibió el apoyo necesario para la terminación de la primera fase, lo cual permitió iniciar el funcionamiento de la Institución con 120 camas.

La Clínica "Luz Castro de Gutiérrez", luego de su paralización por varios años por falta de estudios, pudo ser continuada estando en fase

de terminación el bloque de hospitalización y servicios generales y poder así extender sus servicios como hospital general en la forma proyectada.

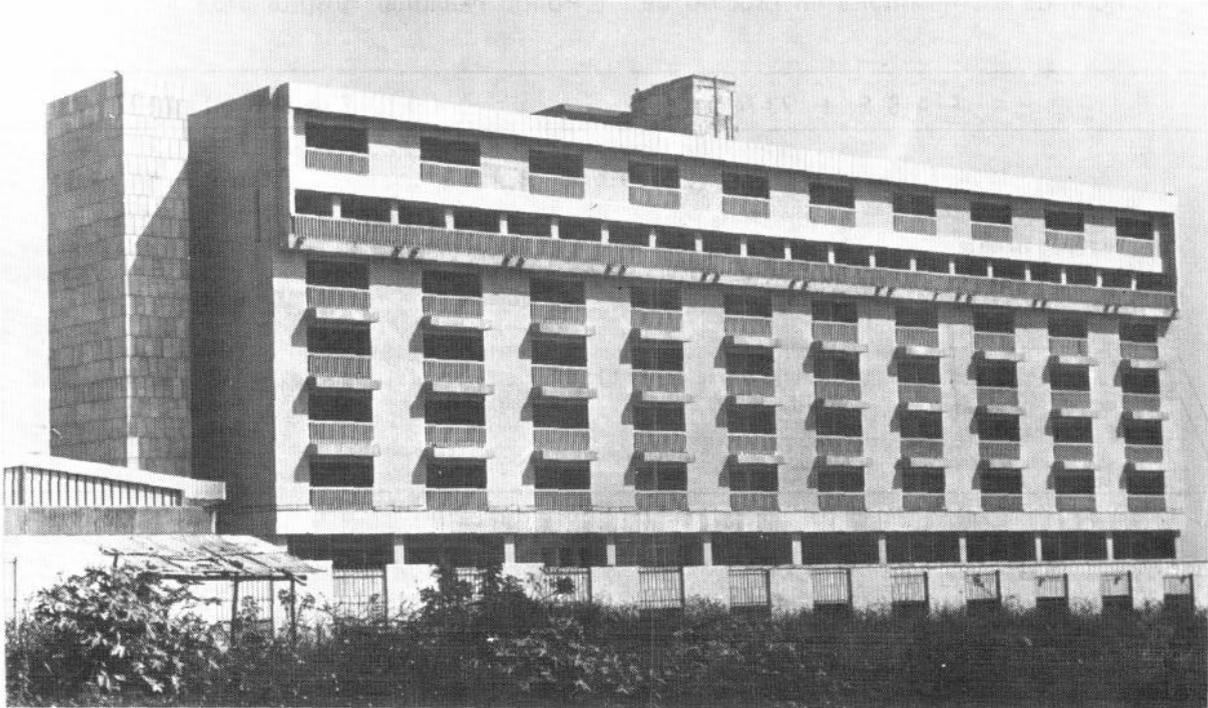
Las obras que se terminaron en el período fueron el Hospital de Bolívar (70 camas), el hospital de Santa Fé de Antioquia (40 camas).

Atlántico:

En los hospitales de Barranquilla y Campo de la Cruz, se invirtieron \$29'851.000.00 con un total de 575 camas, de las cuales 139 son camas nuevas, 378 camas reemplazadas y 58 mejoradas.

Se terminó la ampliación y replanificación del Hospital de Campo de la Cruz con 32 camas y 1.644 M2. de construcción con una inversión de \$1'314.000.00.

En el Hospital Nuevo de Barranquilla se realizaron grandes inversiones, que permitieron la terminación de la Consulta Externa y la Bomba de Cobalto, terminación de la obra negra y la mayor parte de los acabados. Queda solamente por realizar la terminación de algunos sectores de hospitalización y servicios, la adquisición de algunos equipos fijos y la provisión de dotación médica que se hará a través del préstamo Colombia-Holanda que se encuentra en licitación.



HOSPITAL DE BARRANQUILLA

Bogotá, D.E.:

Durante los últimos cuatro años se realizaron inversiones en 11 hospitales, 5 especializados y 6 universitarios, con un monto total de \$80'747.000.00. De las obras mencionadas 3 son nuevas y 8 ampliaciones y remodelaciones, con un total de 1.639 camas nuevas y 2.822 mejoradas. El Hospital San Juan de

Dios recibió aportes que fueron empleados en la terminación de la Torre Docente y del Centro de Salud anexo, en la elaboración de los estudios técnicos necesarios para llevar a cabo el Plan de Desarrollo que va a acometer el hospital y que tiene un valor de \$96'000.000.00.

En el Hospital San Ignacio se apoyó el Plan para la terminación del hospital.

Los Hospitales de la Misericordia, Infantil del Norte y San José, se encuentran en fase de estudios arquitectónicos para el mejoramiento y extensión de sus servicios.

La obra para la ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología fue iniciada y se terminó gran parte de la obra negra.

Bolívar:

En el Departamento de Bolívar los recursos se orientaron hacia 6 hospitales, de los cuales 2 son obras nuevas y 4 ampliaciones y remodelaciones; con 130 camas nuevas, 359 camas

reemplazadas y 250 camas mejoradas, con un total de \$43'129.000.00 invertidos durante el cuatrienio. Merece destacarse el avance logrado en la obra del hospital nuevo de Cartagena con 520 camas y 30.000 M2. de construcción, el cual prácticamente se encuentra terminado y en espera de la dotación que está siendo adquirida con el préstamo Colombia-Inglaterra.

Se reforzó la inversión para la terminación de las remodelaciones de Mompós, Carmen de Bolívar y Magangué, que son hospitales regionales en el sistema regionalizado de Atención Médica.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA

Boyacá:

Se intervino en 12 obras del Departamento de Boyacá, de las cuales 7 son obras nuevas y 5 son remodeladas y ampliadas. Comprenden 571 camas nuevas, 156 camas reemplazadas y 146 mejoradas con una inversión en el período de \$16'260.000.00.

Se inició la obra para el hospital de Miraflores que contará con 50 camas y 1.731 M2. de construcción, este hospital se encuentra en etapa de estructura.

Se programaron e iniciaron estudios para los nuevos hospitales de Duitama y Tunja, que vendrán a reemplazar los antiguos hospitales cuyas instalaciones se encuentran deterioradas.

Caldas:

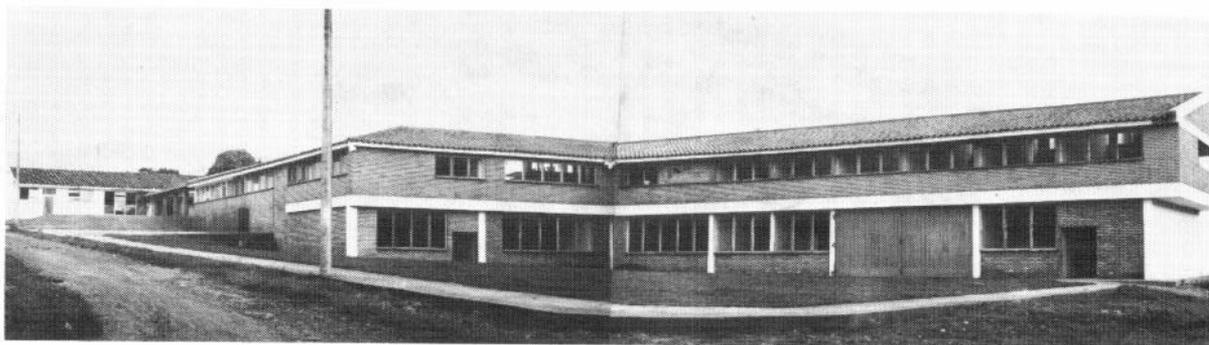
En el Departamento de Caldas las inversiones se efectuaron en 5 hospitales nuevos y una ampliación y remodelación que comprenden 193 camas nuevas, 227 camas reemplazadas y 675 mejoradas con una inversión de \$24'687.000.00 en los últimos 4 años.

Los hospitales nuevos que iniciaron su construcción son los de La Dorada, Ríosucio, Anserma y Chinchiná; algunos de ellos están siendo realizados por etapas para permitir la pronta apertura parcial de sus servicios.

El Hospital Universitario de Manizales fue sometido a ampliaciones y remodelaciones principalmente en las áreas de urgencias, unidad psiquiátrica y laboratorio.

Cauca:

Se consideraron 9 obras, siendo 5 obras nuevas y 4 ampliadas o remodeladas, con 185 camas nuevas, 77 reemplazadas y 480 mejo-



HOSPITAL DE CALOTO (FACHADA PRINCIPAL)

Cesar:

Se incluyeron 4 obras con un total de inversión de \$7'176.000.00; una de las obras es un hospital nuevo y las 3 restantes son ampliaciones y remodelaciones con un total de 195 camas nuevas y 77 camas mejoradas.

En el hospital de Valledupar (120 camas) se amplió la consulta externa, se licitaron equipos fijos de lavandería y calderas y se estudiaron alternativas para su plan de desarrollo. Se inició y se terminó la remodelación del hospital de Codazzi y se iniciaron los estudios para el nuevo hospital de Aguachica que contará con 60 camas.

Córdoba:

Se dio apoyo a 4 obras en este departamento, siendo una de ellas obra nueva y las restantes remodelaciones que comprenden, 40 camas

radas, para una inversión de \$29'239.000.00 en el período considerado.

Dentro de las realizaciones más importantes de esta Seccional, merecen especial consideración la terminación por el sistema de administración directa de los hospitales nuevos para Caloto y Puerto Tejada; el avance logrado en la remodelación del Hospital de Guapi, la terminación de algunas etapas del Hospital nuevo de Santander de Quilichao, la casi terminación del hospital para Miranda y la programación y realización de los estudios para la ampliación y remodelación del hospital Universitario San José de Popayán, que es el eje de la prestación de Atención Médica del Departamento.

nuevas y 601 mejoradas para una inversión de \$5'929.000.00, durante el cuatrienio analizado.

Dentro de las obras más importantes que se adelantaron se encuentra la iniciación y terminación del nuevo hospital de Montelíbano y la ampliación y remodelación de los hospitales de Cereté y Sahagún, obras parcialmente terminadas.

Cundinamarca:

En el Departamento de Cundinamarca se dio apoyo a 11 obras, siendo 3 nuevas y 8 ampliaciones y remodelaciones, con 235 camas nuevas, 470 reemplazadas y 1.223 mejoradas, para una inversión de \$12'851.000.00 durante el período.

Cabe destacarse la terminación de los nuevos hospitales de Girardot y Fusagasugá, la continuación de la obra del hospital nuevo de

Pacho, la iniciación y terminación parcial de la remodelación del hospital de Zipaquirá y la realización de estudios para la remodelación del hospital de Facatativá.

Chocó:

Se programaron 3 obras en el Departamento del Chocó, de las cuales 2 son obras nuevas y una remodelación y ampliación, que comprenden 59 camas nuevas, 111 reemplazadas y 24 mejoradas, para una inversión de \$15'711.000.00 en los últimos 4 años.

Se iniciaron y terminaron los estudios para los nuevos hospitales de Quibdó y Bahía Solano, obras que se encuentran en proceso de licitación y se iniciaron los estudios para la remodelación del hospital de Condoto.

Guajira:

En la Guajira las inversiones se realizaron en 5 hospitales de los cuales uno es obra nueva y las restantes remodelaciones y ampliaciones que comprenden 73 camas nuevas y 65 remodeladas, para una inversión de \$4'698.000.00.

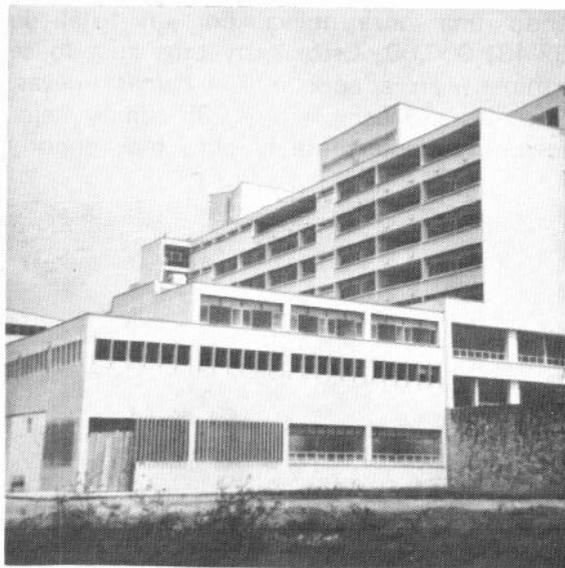
Como las obras más representativas se pueden citar la terminación de la construcción del hospital de Maicao (40 camas) y la ampliación y remodelación del hospital de Ríohacha (65 camas).

Huila:

Se programaron 10 obras de las cuales 3 son nuevas y las 7 restantes remodelaciones y ampliaciones que van a contar con 73 camas nuevas, 436 camas reemplazadas y 184 camas mejoradas, en las que se invirtió la suma de \$32'834.000.00 de aportes del Fondo en los últimos 4 años.

Como la más significativa de las obras realizadas en el Huila se señala la terminación del hospital de Neiva, (360 camas) cuya dotación, que ya está siendo recibida, se tramitó a través del Préstamo Colombia-Gran Bretaña. También merecen destacarse la terminación

del hospital de Garzón y las remodelaciones en los hospitales de Timaná, La Plata, Palermo y Tesalia. Se programaron y realizaron estudios para los hospitales de Pitalito y Gigante, obras de gran importancia para el Departamento.



HOSPITAL DE NEIVA

Magdalena:

Se programaron 6 obras siendo 2 obras nuevas y las restantes ampliaciones y remodelaciones que comprenden 213 camas nuevas, 300 camas reemplazadas y 225 camas mejoradas, para una inversión de \$28'871.000.00 durante el período.

Se destacan la iniciación del hospital nuevo de Santa Marta (420 camas) que se encuentra en fase final de estructura, la remodelación del hospital de Ciénaga próxima a ser terminada, la remodelación del hospital de El Banco y la realización de los estudios para el hospital de Plato.

Meta:

En el Departamento del Meta se incluyeron en los planos del Fondo 5 obras todas de remodelación y ampliación con 74 camas nuevas y 301 camas mejoradas para una inversión de \$2'200.000.00 durante los últimos 4 años.

Se elaboraron las ampliaciones de los hospitales de Villavicencio, Acacías y Granada, obras que se encuentran próximas a iniciarse.

Nariño:

Nariño recibió aportes para 9 obras, incluyendo una obra nueva, por un total de \$32'431.000.00. Estos proyectos cuando se terminen van a aportar 354 camas nuevas, 89 camas de reemplazo y 235 camas mejoradas. Indudablemente la obra más impor-

tante que se realizó es la construcción para el hospital de Pasto con 200 camas, 13.000 M2. y un valor de construcción de \$50'000.000.00 aproximadamente, sin incluir su dotación que ha sido considerada a través del préstamo inglés.

Igualmente merecen destacarse la remodelación y ampliación del hospital de Tumaco obra casi terminada y las remodelaciones en los hospitales de La Unión y Túquerres que se encuentran en proceso de ejecución.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

Norte de Santander:

Se incluyeron en el plan de inversiones del Fondo la construcción de un hospital nuevo y dos hospitales para ampliar y remodelar, con un total de 171 camas nuevas, 335 reemplazadas y 129 camas remodeladas para una inversión de \$19'772.000.00 en el período considerado.

Se inició el hospital nuevo de Cúcuta que contará con 500 camas y 31.000 M2. de construcción, esta obra se encuentra en etapa de estructura.

Se terminó la remodelación del hospital de Convención y se están complementando los estudios para la remodelación del hospital de Ocaña.



HOSPITAL "ERASMO MEOZ" — CUCUTA

Quindío:

Se consideraron como prioritarias 5 obras en el Departamento del Quindío; de estas 4 son obras nuevas y una remodelación y ampliación, con 81 camas nuevas y 500 camas mejoradas y una inversión de \$4'573.000.00. Como las obras más importantes se pueden citar la terminación de algunos detalles faltantes en el nuevo hospital de Armenia, la remodelación del hospital de Montenegro que se encuentra en proceso de ejecución, y la construcción del hospital de Circasia, obra terminada.

Risaralda:

Se incluyeron 7 proyectos de los cuales uno es obra nueva y los restantes de remodelación y ampliación. Comprenden 92 camas nuevas y 704 camas remodeladas con una inversión de \$9'428.000.00 durante el período.

Se adelantaron el hospital nuevo de Santa Rosa de Cabal obra que se encontraba paralizada y remodelaciones y ampliaciones en los hospitales de Pereira, La Virginia, Marsella y Mistrató.

Santander:

Se programaron en el Plan de inversiones 3 hospitales nuevos y 6 hospitales para ser ampliados y remodelados en el Departamento de Santander. Estas obras comprenden 198 camas nuevas, 687 camas reemplazadas y 782 camas remodeladas en las cuales se invirtió la suma de \$12'054.000.00 de aportes del Fondo.

Como realizaciones se encuentra la terminación del Hospital "Ramón González Valencia" después de un dilatado proceso de construcción de cerca de 20 años; la continuación del hospital del Socorro, obra que estaba paralizada, la iniciación de remodelación de importancia que va a favorecer los hospitales

de San Gil, Vélez, Puente Nacional, Barranca-bermeja y la terminación del hospital de San Vicente de Chucurí para 100 camas.

Sucre:

Se incluyeron 4 obras en el Departamento de Sucre, de las cuales una es obra nueva y las restantes son remodelaciones y ampliaciones que comprenden 72 camas nuevas, 98 camas reemplazadas y 155 camas mejoradas en las que se invirtieron \$26'889.600.00. La obra más importante que se realizó y casi se termina es el hospital de Sincelejo con un total de 166 camas; queda pendiente de algunos acabados, de la instalación de las dotaciones fijas y adquisición de los equipos médicos.

Tolima:

Recibieron aportes del Fondo 24 hospitales en este Departamento, siendo 5 obras nuevas y 19 remodeladas para un total de 411 camas, 415 camas reemplazadas y 768 camas mejoradas en las que se invirtió la suma de \$39'886.000.00 en los últimos 4 años.

Se destaca la terminación de los hospitales "Federico Lleras" de Ibagué y hospital de Chaparral, el gran impulso que recibió el hospital del Líbano hasta casi su terminación, las remodelaciones efectuadas en los hospitales del Espinal, Guamo, Saldaña y Armero; elaboración de estudios para el nuevo hospital de Natagaima, Purificación, Espinal y para la remodelación del hospital de Melgar.



HOSPITAL DE IBAGUE

Valle:

Se incluyeron en la programación 15 obras de las cuales 8 son obras nuevas y 7 remodelaciones y ampliaciones, que comprenden 881 camas nuevas, 981 camas reemplazadas y 688 camas mejoradas en las que se alcanzó a invertir la suma de \$53'403.000.00 en el período considerado.

Las obras más importantes fueron la ampliación y remodelación del Hospital Universitario y Hospital "San Juan de Dios" de Cali, obras casi terminadas, el impulso que recibió el hospital de Buenaventura en fase de acabados, las remodelaciones en proceso para los hospitales de Palmira, Buga, Cartago y Zarzal. Se terminó el hospital de Tuluá con 235 camas con una inversión de cerca de \$12'000.000.00.

Se encuentran en proceso de ejecución los estudios para un nuevo hospital en Cali con capacidad de 300 camas y 18.000 M2. de construcción.

Intendencias:

En las Intendencias se acometieron durante el último período gubernamental, 4 obras, con una inversión de \$23'008.000.00. De estas obras, 3 son nuevas y una ampliación y remodelación; comprenden en total 89 camas nuevas, 114 camas reemplazadas, 136 camas mejoradas.

Se destacan la terminación del hospital de Puerto Asís con 20 camas, la iniciación del hospital de Mocoa, la remodelación del hospital de Florencia que se encuentra casi terminada y la iniciación del nuevo hospital de San Andrés que contará con 90 camas y 5.800 M2., construcción que se encuentra en etapa de obra negra.

Comisarías:

En las Comisarías se programaron 6 obras en las cuales se realizó una inversión de \$2'275.000.00 en los últimos cuatro años.

Pueden destacarse las obras realizadas en el hospital nuevo de Puerto Inírida, que está siendo desarrollado por etapas y las obras de remodelación del hospital de Leticia que se encuentra en proceso de ejecución.

V PROGRAMA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

El Fondo Nacional Hospitalario, considerando la importancia de disponer de un estudio consistente sobre la Programación y Construcción de Puestos y Centros de Salud, para ser incluidos en el plan de inversiones del Fondo y a ejecutar con recursos Nacionales y de Crédito Externo (AID/BIRF), constituyó un equipo de trabajo encargado específicamente de desarrollar esta labor y encomendó la responsabilidad de su elaboración a la División Técnica a través de su Sección de Planeamiento.

Asesoró la ejecución del estudio, la OPS/OMS, a través del Consultor en Arquitectura Hospitalaria del Grupo de Asistencia Técnico Administrativa al Fondo Nacional Hospitalario.

El equipo así constituido, dando cumplimiento a instrucciones específicas, coordinó sus actividades con el Ministerio de Salud Pública (Oficina de Planeación, División de Atención Médica), Servicios Seccionales de Salud, Planeación Nacional, Incora, Ica y especialmente con el programa de desarrollo de concentraciones rurales, ya que de acuerdo con la política del Gobierno, las inversiones en este campo deberán ser específicamente señaladas en el programa anteriormente mencionado.

El Plan contempla la creación, terminación o mejoramiento de la infraestructura de Salud, a nivel de Centros y Puestos, utilizando los recursos del Plan de Inversiones del Fondo Nacional Hospitalario y los Seccionales.



PUESTO DE SALUD "EL HATO" - CAUCA

Asimismo considera dentro de un marco de coordinación de actividades, la mejor utilización de los recursos, la mayor integración en la regionalización, la máxima cobertura de población y el refuerzo de las acciones multi-sectoriales en las zonas de concentraciones de desarrollo rural, la utilización de criterios de selección, fijación de prioridades y normalización de proyectos, proporcionando una clara y ágil distribución de los recursos y permitiendo una continuidad en su desarrollo futuro.

En desarrollo del Programa, se ejecutó un estudio preliminar considerando:

1. Análisis de la situación actual a través de un inventario de los organismos existentes y en construcción.
2. Investigación sobre demanda de creación o mejoramiento de servicios.
3. Determinación de criterios para selección de prioridades.

4. Selección de proyectos.

5. Asignación de recursos.

6. Programas y diseños arquitectónicos y normalización de dotaciones.

Con base en dicho estudio se detectaron necesidades de un total de 154 Centros de Salud y 483 Puestos de Salud.

De acuerdo a las prioridades establecidas se programó la construcción de 55 Centros y 214 Puestos de Salud para el período 1973-1974, con una inversión de \$22'600.000.00.

VI RESUMEN GENERAL

Un resumen general de la labor efectuada por el Fondo Nacional Hospitalario puede realizarse analizando las gráficas y cuadros adjuntos; sin embargo, es conveniente señalar

CUADRO N° 49

NUMERO DE PROYECTOS, TIPO DE OBRA, NUMERO DE CAMAS NUEVAS, REEMPLAZADAS Y MEJORADAS E INVERSIONES REALIZADAS DURANTE 1.971 - 1.974 POR DEPARTAMENTOS

SECCIONALES	N° DE PROYECTO POR REGIONALIZACION				TOTAL OBRAS	N° DE PROYECTOS POR TIPO DE OBRA		NUMERO DE CAMAS				TOTAL INVERTIDO
	Esp.	Univ.	Regio.	Locales		Nuevas	Ampl-Rem	Nuevas	Reemp.	Mejorad.	TOTAL	
ANTIOQUIA	1	1	11	23	36	16	20	948	512	2.101	3.561	S 73.186.551
ATLANTICO	-	-	2	-	2	1	1	139	378	58	575	29.851.592
BOGOTA D.E.	5	6	-	-	11	3	8	1.639	-	2.822	4.461	80.747.575
BOLIVAR	1	1	3	1	6	2	4	130	359	250	739	43.129.800
BOYACA	-	-	9	3	12	7	5	571	156	146	873	16.260.000
CALDAS	-	1	3	2	6	5	1	193	227	675	1.095	24.687.000
CAUCA	-	1	5	3	9	5	4	185	77	480	742	29.239.000
CESAR	-	-	3	1	4	1	3	195	-	77	272	7.176.887
CORDOBA	-	-	2	2	4	1	3	40	-	601	641	5.929.000
CUNDINAMARCA	-	1	4	6	11	3	8	235	470	1.223	1.928	12.851.000
CHOCO	-	-	1	2	3	2	1	59	111	24	194	16.711.671
GUAJIRA	-	-	3	2	5	1	4	73	-	65	138	4.698.000
HUILA	-	-	4	6	10	3	7	73	436	184	693	32.834.010
MAGDALENA	-	-	6	-	6	2	4	213	300	225	738	28.871.000
META	-	-	1	4	5	-	5	74	-	301	375	2.200.000
NARIÑO	1	-	6	2	9	1	8	354	89	235	678	32.431.998
N. DE SANTANDER	-	-	2	1	3	1	2	171	335	129	635	19.772.000
QUINDIO	-	-	1	4	5	4	1	81	-	500	581	4.573.000
RISARALDA	1	-	4	2	7	1	6	92	-	704	796	9.428.000
SANTANDER	-	1	5	3	9	3	6	198	687	782	1.667	12.045.140
SUCRE	-	-	4	-	4	1	3	72	98	155	325	26.889.600
TOLIMA	1	-	9	4	24	5	19	411	415	768	1.594	39.686.176
VALLE	-	2	7	6	15	8	7	881	981	688	2.550	53.403.000
SUBTOTAL	10	14	95	87	206	76	130	7.027	5.631	13.193	25.851	605.602.000
INTENDENCIAS	-	-	3	1	4	3	1	89	114	136	339	23.008.000
COMISARIAS	-	-	3	3	6	1	5	27	50	46	123	2.275.000
TOTAL	10	14	101	91	216	80	136	7.143*	5.795	13.375	26.313	630.885.000
OTRAS OBRAS												22.508.000
DOTACION												32.658.000
CENTROS Y PUESTOS DE SALUD												30.595.000
GRAN TOTAL												716.646.000

* Total de camas financiadas durante el período

Sino c o

los siguientes datos que expresan y concretan muy significativamente la positiva labor de esta entidad en los últimos cuatro años.

1. Se ha invertido en obra de construcción, ampliación o remodelación de Organismos de Salud la cantidad de \$716'646.000.00 (Cuadro No.49), en el último cuatrienio, con incrementos apreciables en los últimos años a excepción del año 1972 donde las inversiones decrecieron a \$85'954.000.00

ver Cuadro No.50. Estas cifras de inversión anual al relacionarlas con la población del país, arrojan una inversión por habitante/año en la siguiente forma:

- \$ 6.00 x habitante en el año 1971
- \$ 3.00 x habitante en el año 1972
- \$ 8.00 x habitante en el año 1973
- \$11.00 x habitante en el año 1974

CUADRO N° 50

CUADRO COMPARATIVO DE APORTES PARA CONSTRUCCION Y DOTACION HOSPITALARIA POR PROGRAMAS 1971 - 1974

PROGRAMAS	1971		1972		1973		1974		TOTALES	
	ASIGNADO	%	ASIGNADO	%	ASIGNADO	%	ASIGNADO	%	ASIGNADO	%
UNIVERSITARIO	23'865.000	14	9'984.000	11	60'065.000	30	62'150.000	24	156'064.000	22
REGIONALES B	67'843.000	40	27'258.000	32	62'140.000	31	76'315.000	28	233'556.000	33
REGIONALES A	21'145.000	13	28'375.000	33	40'950.000	21	62'884.000	24	153'354.000	21
LOCALES	26'926.000	16	9'337.000	10	9'035.000	5	39'063.000	14	84'361.000	12
ESPECIALIZADOS	7'350.000	5	2'000.000	25	9'000.000	5	7'688.000	3	26'038.000	3.5
C Y PUESTOS DE SALUD	3'495.000	2	2'000.000	25	11'000.000	6	14'000.000	5	30'595.000	4
DOTACION	16'000.000	10	7'000.000	9	3'000.000	2	6'658.000	2	32'658.000	4.5
T O T A L E S	166'624.000	100%	85'954.000	100%	195'190.000	100%	268'878.000	100%	716'646.000	100%

2. Durante los últimos 4 años el Gobierno estuvo comprometido en la inversión de 12.938 camas nuevas, lo cual representa un promedio de 36 camas en trabajo por día. Paralelamente al trabajo en nuevas camas, también el Gobierno se comprometió en el mejoramiento de 13.375 camas existentes, lo cual representa un promedio de 38 camas en trabajo de mejoras por día.

Se presenta también un resumen de los hospitales incluídos en el Plan Nacional Hospitalario.

Universitarios:

Obras Nuevas: Cartagena, Cali, Bucaramanga, Universitario del Norte - Bogotá.

Ampliaciones y Remodelaciones: San Vicente de Paúl (Medellín), 6 obras en Bogotá: La Samaritana, Lorencita Villegas de Santos, La Misericordia, San Ignacio, San José, San Juan de Dios Manizales, San José de Popayán, Evaristo García de Cali.

Regionales B:

Obras Nuevas: Pablo Tobón Uribe (Medellín), Barranquilla, Tunja, Quibdó, Neiva, Santa Marta, Pasto, Cúcuta, Sincelajo, Ibagué, Armenia.

Ampliaciones y Remodelaciones: Clínica Luz Castro (Medellín), Montería, Valledupar, Villavicencio, Pereira, Sincelajo, San Francisco de Asís, San Juan de Dios (Cali) Ríoacha.

Regionales A:

Obras Nuevas: Santa Fé, Yarumal, Bolívar, Yolombó, Duitama, Miraflores, Soatá, Puerto Boyacá, Guateque, La Dorada, Salamina, Ríosucio, El Bordo, Bolívar (Cauca), Aguachica, Fusagasugá, Girardot, Maicao, Garzón, Pitalito, Plato, Santa Rosa de Cabal, San Vicente de Chucurí, Socorro, Chaparral, Iíbano, Purificación, Buenaventura, Cartago, Tuluá, Mocoa, San Andrés.

Ampliaciones y Remodelaciones: Apartadó, Ríonegro, Caldas, Caucasia, Puerto Berrío, Campo de la Cruz, Carmen de Bolívar, Mangangué, Mompós, Garagoa, Moniquirá, Yopal, Santander de Quilichao, Belalcázar, Guapi, Codazzi, Sahagún, Zipaquirá, Facatativa, Villanueva, La Plata, Ciénaga, El Banco, Fundación, Pivijay, La Unión, Tumaco, Túquerres, Ipiales, Sandoná, Ocaña, La Virginia (Risarcaldá), Belén de Umbría, San Gil, Vélez, Barrancabermeja, San Marcos, Corozal, Honda, Armero, Melgar, Espinal, Natagaima, Palmira, Zarzal, Los Chorros (Cali), Florencia, Leticia, Arauca, Puerto Carreño.

Locales:

Obras Nuevas: Urrao, Segovia, Cisneros, Frontino, Cañasgordas, Andes, Abejorral, Amalfi, Maceo, Gómez Plata, Bebeida, Muzo, Anserma, Chinchiná, Caloto, Puerto Tejada, Miranda, Montelíbano, Pacho, Bahía Solano, Génova, Montenegro, Circasia, Pradera, Caicedonia, Ginebra, Argelia, Planadas, Saravena, Mitú.

Ampliaciones y Remodelaciones: Fredonia, Marinilla, Amagá, Pueblo Rico, Santa Barbara, Santa Rosa de Osos, Sopetrán, Carmen de Viboral, Turbo, Samacá, Turmequé, Chimichagua, Sonsón, Ebéjico, Arjona, Villeta, La Mesa, La Palma, Chía, Cáqueza, Condoto, Uribia, San Juan del Cesar, Planeta Rica, Samaniego, San Pablo, Suaza, Baraya, Tarquí, Palermo, Agrado, Tesalia, Gigante, Puerto López, Acacías, Granada, Vistahermosa, Calarcá, Marsella, Mistrató, Puente Nacional, Piedecuesta, Convención, Suaita, Flandes, Saldaña, El Guamo, Rovira, Villarica, Dolores, Carmen de Apicalá, Ataco, Rioblanco, Ortega, Honda, Berbeo, Fresno, Riofrío, Bugalagrande, Puerto Inírida, San José del Guaviare.

Especializados:

Obras Nuevas: Instituto Neurológico (Bogotá), Clínica de Ojos del Club de Leones, (Cartagena), Consejo Nacional de Rehabilitación (Bogotá).

Ampliaciones y Remodelaciones: Clínica Cardiovascular (Medellín), Instituto Nacional de Cancerología (Bogotá), Clínica Chapinero (Bogotá), Hospital Infantil Los Angeles (Pasto), Hospital Mental (Pereira), Hospital Mental (Armero).

Otras Instituciones:

Asilo de Ancianos (Chiquinquirá), Sociedad de San Vicente de Paul, Pensilvania, Casa de Reposo (Chía), Amparo de Niños (Girardot), Sala Cuna del Club de Leones (Girardot), Asilo de Ancianos (Valledupar), Hogar del Anciano (Pereira), Asilo de Ancianos -El Carmen- (Calarcá), Ancianato Samuel Martelo (Corozal).

El Cuadro No.51, la Gráfica No.16 y el Mapa No.5 muestran en forma resumida las actividades realizadas por el Fondo Nacional Hospitalario durante el período.

CUADRO N° 51

INFORME DE OBRAS Y NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS AFECTADAS
POR INVERSION DE 1.971 - 1.974 POR PROGRAMAS

PROGRAMAS	TIPO DE OBRA			NUMERO DE CAMAS			TOTALES (1)	INVERSION ACUMULADA 4 AÑOS
	NUEVAS	AMPLIACION REP. REM.	TOTAL	NUEVAS	REEMPLAZAD	MEJORADAS		
UNIVERSITARIOS	4	10	14	1.331	828	4.359	6.518	156.064.000
REGIONALES B.	11	8	19	2.777	2.478	1.479	6.734	233.556.000
REGIONALES A.	32	50	82	1.675	1.929	3.632	7.236	153.354.000
LOCALES	30	61	91	942	560	2.392	3.894	84.361.000
ESPECIALIZADOS	3	7	10	418	-	1.513	1.931	26.038.000
TOTALES	80	136*	216	7.143	5.795	13.375	26.313	653.393.000

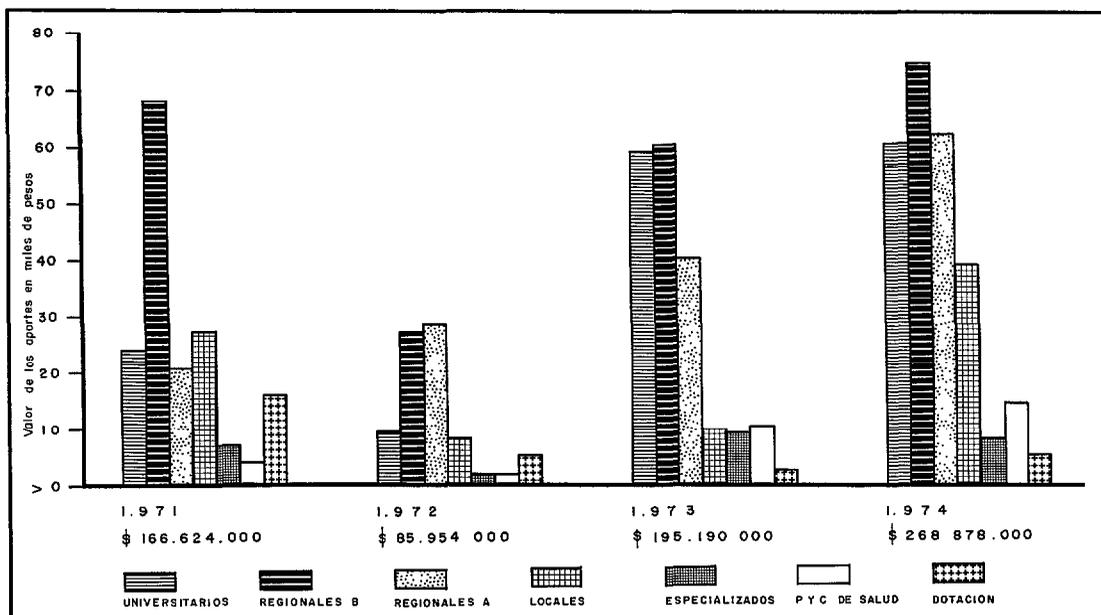
* NO INCLUYE OTRAS INSTITUCIONES (9)

(1) HASTA EL AÑO 1973 EXISTIAN 33.225 CAMAS DE LAS CUALES 26.313 RECIBIERON INVERSION PARA SU DOTACION, MEJORAMIENTO ETC

132

GRAFICA N° 16

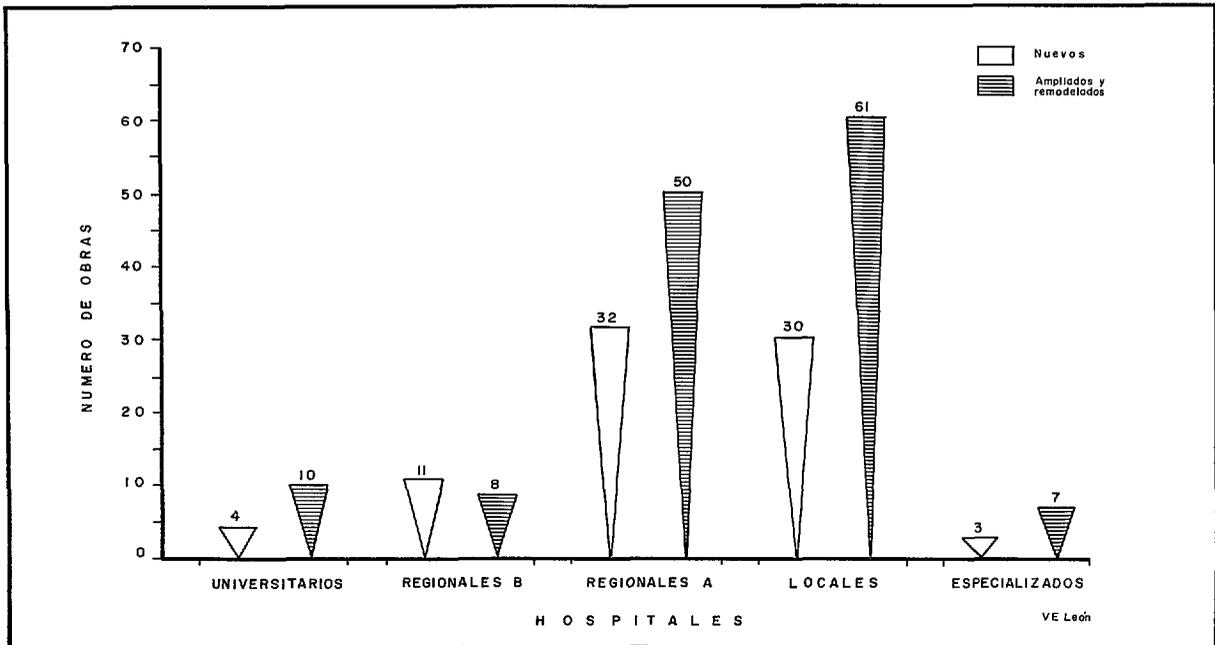
GRAFICO COMPARATIVO DE DISTRIBUCION DE LOS APORTES PARA CONSTRUCCION Y DOTACION
HOSPITALARIA SEGUN NIVEL DE REGIONALIZACION. 1.971 - 1.974



Sofru ca

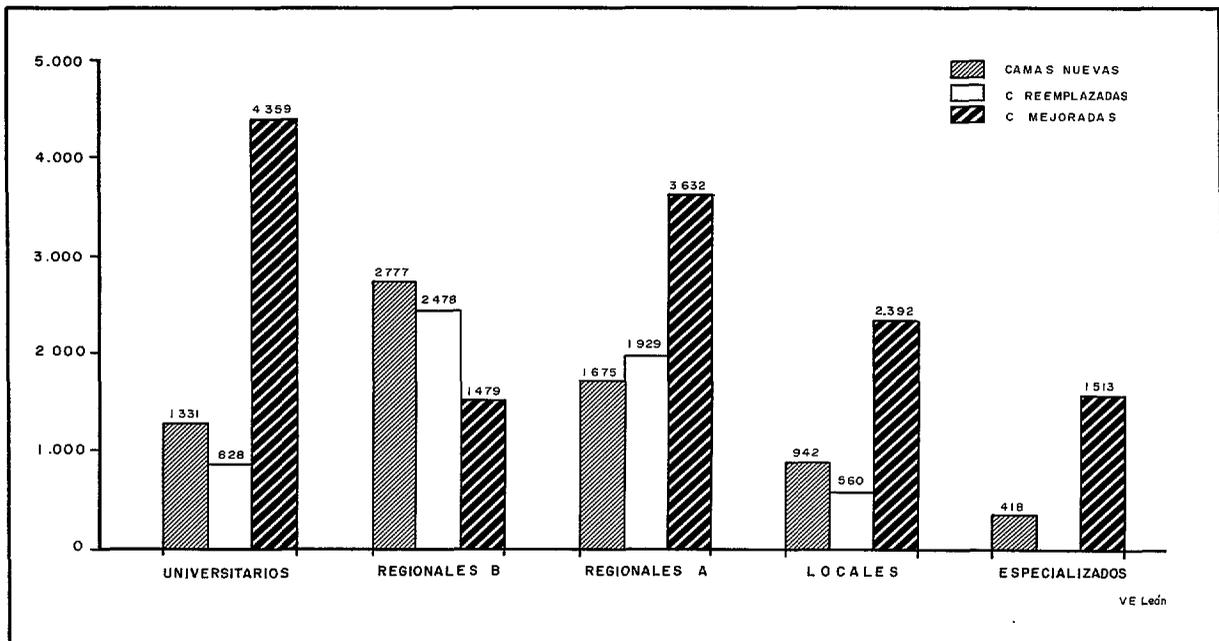
GRAFICA N° 17

NUMERO DE PROYECTOS POR TIPO DE OBRA AFECTADOS POR LA INVERSION DE 1.971 - 1.974 SEGUN NIVEL DE REGIONALIZACION

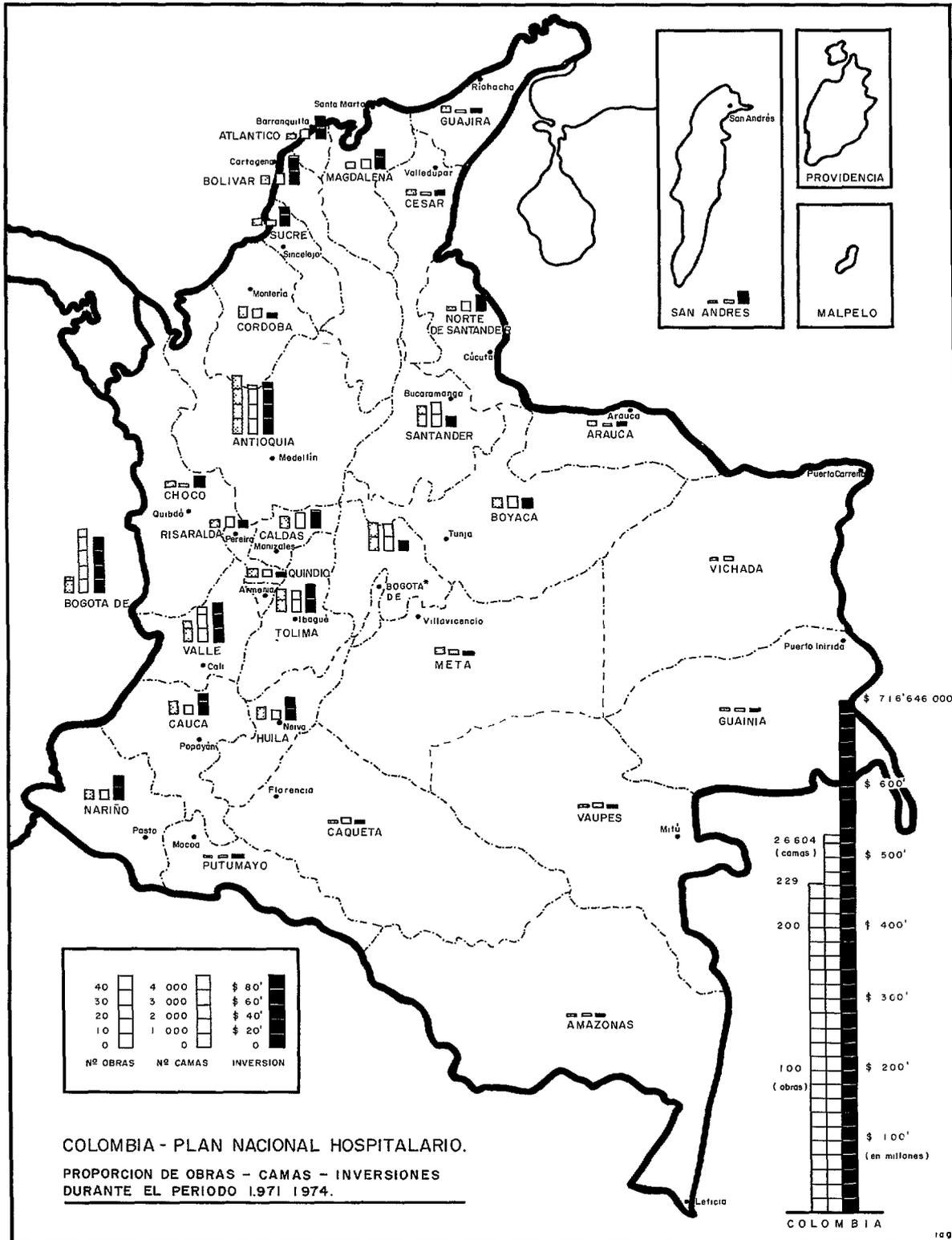


GRAFICA N° 18

CAMAS HOSPITALARIAS AFECTADAS POR LA INVERSION DE 1.971 - 1.974 SEGUN NIVEL DE REGIONALIZACION



MAPA N° 5



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

PROGRAMAS 1970 — 1974

Los programas específicos trazados por el Instituto fueron.

Asistencia médico-diagnóstica y Terapéutica de cáncer, enfermedades precancerosas y afines.

Asistencia Social de los pacientes y bienestar social de los empleados.

Docencia sobre cáncer a niveles de pre y post-grado.

Administración del Instituto.

Estadística médica sobre el Instituto y sobre cáncer.

Investigación experimental básica y clínica aplicada sobre cáncer y ciencias afines.

Control de cáncer: epidemiología, prevención y diagnóstico precoz.

Ampliación de edificio y de servicios.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS 1. 9 7 0 - 1. 9 7 4

ACTIVIDADES	1.970	1.971	1.972	1.973	1.974
PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO	9 387	1 0079	1 0594	1 1623	3 360
CONSULTAS HECHAS POR EL INSTITUTO	6 1339	6 5520	6 7243	7 2091	19 825
OPERACIONES MAYORES EN EL INSTITUTO	1 789	1 892	1 761	1 526	4 73
TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA	1 676	1 774	1 931	1 876	5 16
PACIENTES RADIOGRAFIADOS	7 952	8 330	7 659	8 191	2 114
EXAMENES ANATOMAPATOLOGICOS	6 518	6 929	7 064	7 331	18 89
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO	4 8035	4 1865	3 9423	4 3213	11 017
EXAMENES CITOLOGICOS	1 1902	1 3919	1 7921	1 8848	5 122
BIOPSIAS, EN SALA ESPECIAL DEL INSTITUTO	2 332	2 379	2 386	2 519	6 43
APLICACIONES DE RADIO-ISOTOPOS	2 501	2 668	3 414	2 362	8 79
SESIONES DE FISIOTERAPIA	4 310	4 608	1 1009	1 1193	2 816
CAMAS DISPONIBLES EN EL INSTITUTO	1 42	1 42	1 42	1 16	1 28
INGRESOS HOSPITALARIOS	2 384	2 442	2 379	1 938	4 96
INDICE DE OCUPACION DE CAMAS	84.8%	84.7%	87.4%	87.1%	86.9%
COSTO DE CAMA DIA	2 0377	3 0284	2 9758	3 9871	4 0614

* EN LOS 3 PRIMEROS MESES

VE Leon

COBERTURAS LOGRADAS 1970 - 1974

Aunque se desconocen las cifras de atención de cáncer en hospitales diferentes al Instituto, se puede decir que la campaña contra el cáncer en el país, solamente está cubriendo un 50 o/o de la población, pues el número de enfermos nuevos calculados cada año es de 16.893, mientras que las cifras informadas al Registro Nacional como atendidos son apenas de unos 8.000.

En cuanto al Instituto de Cancerología propiamente dicho, sus instalaciones de consulta, laboratorio, salas de cirugía, equipos de radioterapia, camas para hospitalización, personal médico, para-médico, administrativo y de servicio apenas le han permitido cubrir un 60 o/o de la demanda de servicios.

Por lo que hace a investigación básica y aplicada, solamente se está desarrollando un 25 o/o de lo que pudiera hacerse, pues no hay recursos suficientes para financiarla.

En relación con la campaña de prevención y diagnóstico precoz, no se ha podido cubrir más de un 10 o/o de las necesidades del país.

RECURSOS UTILIZADOS 1970 - 1974**Recursos Físicos:**

La campaña nacional contra el cáncer solamente cuenta con las instalaciones del Instituto Nacional de Cancerología. En algunas Seccionales de Salud se suministran oficina y equipos de oficina a los Coordinadores.

El Instituto cuenta con equipos para diagnóstico y tratamiento y algunos para investigación y docencia, además de los básicos y elementales de administración, estadística, etc. Estos equipos son suficientes actualmente para atender el 60 o/o de la demanda de servicios.

Recursos Humanos:

El número de empleados en el período 1970-1974 ha sido:

CUADRO N° 52**RECURSOS HUMANOS - PERIODO 1.970 - 1.974**

EMPLEADOS	AÑOS				
	1.970	1.971	1.972	1.973	1.974
MEDICOS DE PLANTA	67	70	69	68	70
MEDICOS BECARIOS	21	23	25	24	24
PERSONAL PARA-MEDICO	127	127	125	122	131
ODONTOLOGO	1	1	1	1	1
TRABAJADORES SLES.	8	7	9	10	10
OFICINISTAS	61	65	72	76	78
SERVICIOS GENERALES	127	130	140	153	159
SERVICIO RELIGIOSO	2	2	2	2	2
OTROS (Abogado, Fotograf.	6	5	7	7	7
TOTALES	420	427	450	463	482

CUADRO N º 53

RECURSOS FINANCIEROS - PERIODO 1.970 - 1.974

RECURSOS	AÑOS				
	1.970	1.971	1.972	1.973	1.974 *
SERVICIOS.					
Producto directo	3 944	3 659	4 321	7 032	6 914
Cuentas por cobrar	5 39	5 10	1 089	12 71	2 338
APORTES.					
Gobierno Nacional					
Funcionamiento	1 3657	16499	2 4342	2 2581	2 3950
Ampliación	8 000	1 333	3 000	3 417	3 470
DISTRITO ESPECIAL					
Vigencia actual	998	972	-	750	2 000
Vigencias anteriores	425	-	-	760	250
OTROS INGRESOS					
Prestamo bancario		5 000			
REINTEGROS Y REEBOLS.	67	9	90	-	-
INGRESOS DE CAPITAL					
Recursos de balance	2 699	7 443	11 904	14 296	10 129
TOTALES.	3 0466	35 272	45 939	50 642	49 485

* presupuesto para el año ejecutado solo en sus 3 primeros meses

G S de S.

ANALISIS Y EVALUACION 1970 — 1974

Es evidente que la lucha contra el cáncer en Colombia ha tenido un notorio incremento en los últimos años, como puede apreciarse al comparar las metas logradas con lo que existía en años anteriores.

Un ejemplo de ello es el hecho de que hace 10 años el porcentaje de Carcinomas In-Situ del cuello uterino que se diagnosticaba era apenas el 1.5 o/o mientras que en 1973 fue del 20.2 o/o.

Pero a pesar de ello, es también evidente que para lograr las metas propuestas se necesita

todavía muchos esfuerzos y se requiere hacer inversiones grandes de dinero, como sería el caso del establecimiento y dotación de centros de tratamiento en aproximadamente 7 ciudades del país, distribuidas de acuerdo con la zonificación especial hecha al respecto.

El impacto que estos programas han causado a la población no se puede medir en unidades tangibles pues se trata de resultados educativos, muchos de ellos básicos, para los cuales no existe unidad de medida. Pero sí se traduce en general en la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad en el país y en la prolongación del promedio de vida.

INSTITUTO NACIONAL DE FOMENTO MUNICIPAL
“INSFOPAL”

CUADRO N° 54

PRINCIPALES OBRAS TERMINADAS DURANTE EL PERIODO DE
1. 9 7 0 — 1. 9 7 4

LOCALIDAD	CLASE DE OBRA	COSTO
ANTIOQUIA PTO BERRIO	CONSTRUCCION CAPTACION FLOTANTE, CONDUCCION Y PRIMERA ETAPA PLANTA TRATAMIENTO	6 7 5 1 4 0 0 0 0
ATLANTICO SOLEDA	CONSTRUCCION AMPLIACION ALCANTARILLADO	7 5 8 6 0 0 0 0 0
BOLIVAR EL CARMEN	CONSTRUCCION CONDUCCION ACUEDUCTO Y SISTEMA ELECTRICO	1 6 7 5 1 5 0 0 0 0
BOYACA TUNJA	CONSTRUCCION REPRESA TEATINOS AMPLIACION ACUEDUCTO	2 9 5 9 5 2 0 0 0 0
	CONSTRUCCION PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA ALCANTARILLADO	7 2 1 6 4 0 0 0 0
CESAR VALLEDUPAR	CONSTRUCCION NUEVA CONDUCCION, PLANTA DE TRATAMIENTO Y REDES DE ACUEDUCTO	1 8 3 0 8 8 0 0 0 0
CORDOBA SAHAGUN	CONSTRUCCION CONDUCCION Y RED DE ACUEDUCTO	7 9 3 5 9 0 0 0 0
GUAJIRA MAICAO	CONSTRUCCION CONDUCCION ACUEDUCTO	1 2 9 4 6 5 0 0 0 0
HUILA NEIVA	CONSTRUCCION NUEVA CONDUCCION ACUEDUCTO Y PRIMERA ETAPA PLANTA TRATAMIENTO	1 4 7 8 6 2 0 0 0 0
MAGDALENA STA MARTA	OBRAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	1 6 . 6 9 5 2 5 6 3 9
EL RODADERO	OBRAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	1 5 9 1 4 8 8 2 7 4
NARIÑO TUMACO	CONSTRUCCION PLANTA TRATAMIENTO Y TANQUES ELEVADOS	1 2 2 6 9 6 0 0 . 0 0
NTE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO	CONSTRUCCION PLANTA TRATAMIENTO DE ACUEDUCTO REGIONAL	6 5 5 4 5 0 0 0 0
OCAÑA	CONSTRUCCION ESTACION BOMBEO Y PRIMERA ETAPA DEL ACUEDUCTO	5 8 0 8 9 0 0 0 0
SANTANDER SOCORRO	CONSTRUCCION CONDUCCION Y AMPLIACION PLANTA DE TRATAMIENTO DE SAN GIL	8 0 3 1 9 0 0 0 0
BARRANCABERMEJA	CONSTRUCCION ALCANTARILLADO	5 . 2 2 5 7 0 0 0 0
FLORIDABLANCA	CONSTRUCCION ACUEDUCTO Y PLANTA DE TRATAMIENTO	9 . 5 0 8 6 0 0 . 0 0
GIRON		
SUCRE SINCELEJO	CONSTRUCCION ESTACION DE REBOMBEO ACUEDUCTO Y CONSTRUCCION CUARTA ETAPA ALCANTARILLADO	9 4 1 4 6 0 0 0 0
TOLIMA IBAGUE	CONSTRUCCION AMPLIACION REDES ACUEDUCTO Y PRIMERA ETAPA PLANTA TRATAMIENTO	1 0 8 2 6 8 0 0 0 0
VALLE SEVILLA	CONSTRUCCION PRIMERA ETAPA NUEVA CONDUCCION ACUEDUCTO	8 8 0 7 7 0 0 0 0

VE Leon

Mediante la terminación de estas obras se han obtenido coberturas según aparece en el Cuadro No.55.

Por otra parte se ha obtenido un mejoramiento

en la calidad del agua suministrada al aumentarse la cobertura con tratamiento completo y disminuirse el porcentaje de población que recibe agua sin tratamiento según puede verse en el Cuadro No.56.

CUADRO N° 55

COBERTURAS ALCANZADAS CON SERVICIOS DE
ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO
"INSFOPAL"

AÑO	ACUEDUCTO	ALCANTARILLADO
1.970	3 754.530 Hab. (70.1 %)	2.558 225 Hab. (47.8 %)
1.973	4.542 907 Hab. (73.2 %)	3.169.815 Hab. (51.1 %)

CUADRO N° 56

COBERTURAS ALCANZADAS CON SUMINISTRO
DE AGUAS TRATADAS

TRATAMIENTO			SIN TRATAMIENTO
TIPO A	TIPO B	TIPO C	
1 392.095 Hab. (37.1%)	490.344 Hab. (13.1%)	546.055 Hab. (14.5%)	1 326.036 Hab. (35.3%)
2.282.846 Hab. (50.3%)	319.645 Hab. (7.0%)	860.182 Hab. (18.9%)	1 080 228 Hab. (23.8%)

GS de S

CUADRO N° 57

PRINCIPALES OBRAS CONTEMPLADAS EN EL PROGRAMA
DE INVERSIONES PARA 1.974

LOCALIDAD	CLASE DE OBRA	COSTO
ABEJORRAL	CONSTRUCCION NUEVA CONDUCCION ACUEDUCTO	3 14 0 0 0 0 0 0
RIONEGRO	CONSTRUCCION ACUEDUCTO	3 74 0 0 0 0 0 0
MAGANGUE	CONSTRUCCION ALCANTARILLADO	2 25 5 0 0 0 0 0
VILLANUEVA	CONSTRUCCION PRIMERA ETAPA ACUEDUCTO REGIONAL	6 5 0 0 0 0 0 0
TUNJA	CONSTRUCCION AMPLIACION CONDUCCION ACUEDUCTO	9 3 1 5 0 0 0 0
POPAYAN	CONSTRUCCION COLECTORES COMBINADOS DE LOS RIOS "EJIDO" Y LOS "SAUCES"	1 6 0 0 2 5 1 3 1 1
EL BORDO	CONSTRUCCION NUEVO ACUEDUCTO	5.935 0 0 0 0 0 0
VALLEDUPAR	AMPLIACION REDES ACUEDUCTO Y TANQUE DE ALMACENAMIENTO	1 2 1 5 0 0 0 0 0 0
SAN ANTERO	CONDUCCION Y REDES ACUEDUCTO	5 1 0 0 0 0 0 0 0 0
LA MESA	CONSTRUCCION TERMINACION CONDUCCION ACUEDUCTO	4 5 0 0 0 0 0 0 0 0
QUIBDO	CONSTRUCCION PLANTA TRATAMIENTO Y REDES ACUEDUCTO	7 6 3 5 0 0 0 0 0 0
PITALITO	CONSTRUCCION AMPLIACIONES DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	4 6 5 0 0 0 0 0 0 0
RIOHACHA	CONSTRUCCION PRIMERA ETAPA PLANTA DE TRATAMEN- TO, Y CONDUCCION Y ACUEDUCTO DESDE EL RIO TAPIAS	3 3 0 0 0 0 0 0 0 0
SANTA MARTA	CONSTRUCCION AMPLIACIONES DEL ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	8 1 0 0 0 0 0 0 0 0
CIENAGA	CONSTRUCCION PLANTA DE TRATAMIENTO Y AMPLIACIONES REDES ACUEDUCTO	1 2 7 0 0 0 0 0 0 0
TUMACO	LINEA DE TRASMISION ELECTRICA Y PRIMERA ETAPA COLECTORES ALCANTARILLADO	6 2 0 0 0 0 0 0 0 0
OCAÑA	CONSTRUCCION PRIMERA ETAPA PLANTA DE TRATAMIENTO, ACUEDUCTO, TANQUE Y REDES ACUEDUCTO Y COLECTORES RIO CHIGUITO	1 4 1 0 0 0 0 0 0 0
BARRANCA BERMEJA	CONSTRUCCION NUEVO ACUEDUCTO	6 2 0 0 0 0 0 0 0 0
SANTA ROSA DE CABAL Y DOS QUEBRADAS	CONSTRUCCION PRIMERA ETAPA PLANTA DE TRATAMIENTO Y REDES DE ACUEDUCTO Y DOS QUEBRADAS	9 7 0 0 0 0 0 0 0 0
SINCELEJO	CONSTRUCCION REDES ACUEDUCTO, POZO Y EQUIPOS	7 0 0 0 0 0 0 0 0 0
IBAGUE	TANQUE ACUEDUCTO Y CANALIZACION LA GUADA- LEJA" ALCANTARILLADO	1 2 3 0 0 0 0 0 0 0
SEVILLA	CONSTRUCCION SEGUNDA ETAPA CONDUCCION ACUEDUCTO	1 1 0 0 0 0 0 0 0 0

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

1. DESARROLLO DEL MENOR Y PROMOCION DE LA FAMILIA.

a) Centros Comunitarios para la Infancia:

Este proyecto fue iniciado a comienzos de 1973, con el fin de crear condiciones propicias para el desarrollo integral del menor, la promoción de la familia y la comunidad.

Concebidos como unidades asistenciales al preescolar, se desarrollan en ellos acciones con los menores de 7 años en las áreas de desarrollo colectivo, estimulación psíquica, cuidados físicos y complementación nutricional.

Las acciones con familias se concentran principalmente en aspectos de educación nutricional, sexual, para la procreación responsable, derecho de familia y economía del hogar.

Las acciones con la comunidad son fundamentalmente de tipo educativo. Se busca transmitir los conocimientos claros sobre los recursos que tienen a su alcance para lograr un desarrollo comunal amplio en las áreas de servicios básicos de saneamiento, recreación, salud y producción.

Entre 1973 y 1974 se programaron y asignaron recursos a nivel nacional para 92 centros con una cobertura deseada de 10.575 preescolares. De estos, 92 están funcionando 23 actualmente.

Para este proyecto el aporte del ICBF será de 36 millones de pesos y el de otras entidades de 15 millones, para un total de 51 millones.

b) Complementación Alimentaria, Educación Nutricional:

Uno de los problemas más graves de los países en vía de desarrollo es la desnutrición de su población y sus consecuencias en el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tiene a su cargo las acciones tendientes a mejorar el estado nutricional de la población.

Hasta el momento este problema ha sido enfrentado con proyectos de complementación alimentaria y educación nutricional. La escasez mundial de alimentos ha hecho necesario reenfocar los proyectos colocándose el énfasis en una educación nutricional que asegure un mejor aprovechamiento de los recursos nutricionales con que cuenta la población de bajos ingresos y la elaboración de un producto nacional, "la Bienestarina" que puede reemplazar a corto plazo la ayuda externa de alimentos.

Con este proyecto se pretende disminuir las tasas morbi-mortalidad por desnutrición en los menores de 7 años, ayudar a un adecuado desarrollo mental, contribuir a mejorar los índices de rendimiento escolar y propender por el cambio de hábitos nutricionales del escolar y su familia.

En el Cuadro No.58, puede observarse la evolución del proyecto a través del período 1971-1973. Preescolares, madres y escolares atendidos y presupuesto ejecutado por regional.

CUADRO N°58

CENTROS COMUNITARIOS PARA LA INFANCIA - 1.974

REGIONALES	TIPO DE CENTRO		COBERTURA		INVERSION (millones de pesos)			
	TOTAL	PORCENTAJE	NIÑOS	PORCENTAJE	I. C. B. F.	ENTIDADES COPARTICIPES	TOTAL	PORCENTAJE
ANTIOQUIA	5	5.4	710	6.7	1 4 5 0	1 9 1 5	3 3 6 5	6.6
ATLANTICO	5	5.4	670	6.3	1 5 4 3	2 8 0 0	4 3 4 3	8.5
BOLIVAR	5	5.4	650	6.2	2 4 5 0	2 7 0	2 7 2 0	5.3
BOYACA	2	2.2	160	1.5	1 2 0 0	-	1 2 0 0	2.3
CALDAS	3	3.3	300	2.9	1 0 3 6	2 8 5	1 3 2 1	2.6
CAUCA	1	1.1	150	1.4	7 0 0	-	7 0 0	1.4
CORDOBA	2	2.2	320	3.0	6 0 0	4 2 0	1 0 2 0	2.0
CUNDINAMARCA(BOGOTA DE)	2 6	2 8.2	3 075	2 9.1	9 7 5 0	2 7 6 9	1 2 5 1 9	24.5
CHOCO	4	4.3	300	2.9	1 4 8 5	-	1 4 8 5	2.9
HUILA	9	9.8	850	8.0	2 2 2 0	2 5 1 0	4 7 3 0	9.3
LA GUAJIRA	2	2.2	320	3.0	7 1 0	-	7 1 0	1.4
MAGDALENA	5	5.4	450	4.3	1 5 8 2	-	1 5 8 2	3.1
NARIÑO	3	3.3	320	3.0	1 6 8 0	3 6 3	2 0 4 3	4.0
NORTE DE SANTANDER	1	1.1	120	1.1	6 0 0	-	6 0 0	1.2
QUINDIO	1	1.1	150	1.4	8 0 0	-	8 0 0	1.6
SANTANDER	2	2.2	200	1.9	1 4 0 0	-	1 4 0 0	2.7
SUCRE	2	2.2	160	1.5	8 5 0	-	8 5 0	1.7
TOLIMA	4	4.3	480	4.5	2 8 0 0	1 0 1 4	3 8 1 4	7.5
VALLE DEL CAUCA	1 0	1 0.9	1 190	1 1.3	3 3 5 0	2 4 5 4	5 8 0 4	1 1.4
T O T A L	9 2	1 0 0	1 0 575	1 0 0	3 6 2 0 6	1 4 8 0 0	5 1 0 0 6	1 0 0

* Se incluyen los modelos A y C.

NOTA Los centros de atención a lactantes y preescolares en el año de 1974, pasan al proyecto Centros Comunitarios para la infancia (Modelo B)

Dichos centros están distribuidos por las regionales en la siguiente forma:

ANTIOQUIA	8	BOYACA	2	CESAR	2	GUAJIRA	1	NARIÑO	2	RISARALDA	3	TOLIMA	6
ATLANTICO	3	CALDAS	3	CUNDY BOG	20	HUILA	2	N SANTANDER	3	SANTANDER	7	VALLE	18
BOLIVAR	3	CAUCA	1	CHOCO	7	MAGDALENA	1	QUINDIO	2	SUCRE	1	VAUPES	1
TOTAL 96													

c) Producción de Bienestarina.

En 1973, el ICBF cubrió un total de 2.2 millones de beneficiarios, con los programas de complementación alimentaria. La ayuda alimentaria externa, para estos programas, ascendió a 40.200 toneladas métricas.

Como consecuencia de la escasez mundial de alimentos, la ayuda externa disminuirá a partir de 1974, en un 10 o/o anual. Para cubrir este déficit y lograr un incremento significativo de la cobertura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar producirá mezclas vegetales de alto contenido biológico y bajo costo.

Para la elaboración de la Bienestarina se está utilizando la Planta de Piedecuesta en Santander del Sur.

2. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA SOCIAL RELACIONADA CON EL MENOR Y LA FAMILIA.

Dentro de este programa se desarrollan entre otros, dos proyectos mayores: defensorías de menores y tratamiento del menor en medio institucional.

a) Defensorías de Menores:

El proyecto de defensorías de menores desarrolla actividades en el área civil para los casos de paternidad, patria potestad, adopción, juicios de alimentos y guardas; en el área penal para los casos de menores infractores y en el área de protección para los menores

CUADRO N° 59

BENEFICIARIOS DEL PROYECTO EDUCACION NUTRICIONAL Y COMPLEMENTACION ALIMENTARIA POR REGIONALES I.C.B.F. 1971—1973

REGIONALES	PRE ESCOLARES				M A D R E S				ESCOLARES				TOTAL BENEFICIARIOS			
	1971	1972	1973		1971	1972	1973		1971	1972	1973		1971	1972	1973	
			Nº	%			Nº	%			Nº	%			Nº	%
ANTIOQUIA	1538	149.529	102.101	446	44.762	39.053	29.069	127	141.649	131.800	97.812	42,7	340.302	320.382	228.982	1000
BOLIVAR	30.475	43.916	48.822	483	9.892	14.222	15.314	152	25.842	18.621	36.874	365	66.209	76.759	101.010	1000
CALDAS	50.380	51.910	41.683	336	16.545	17.000	13.652	110	74.911	73.150	68.819	55,4	141.836	142.060	124.154	1000
HUILA	23.899	35.330	45.770	427	7.545	11.077	14.632	137	33.235	42.140	46.695	43,6	64.679	88.547	107.097	1000
TOLIMA	14.761	33.768	34.104	269	4.600	10.846	10.959	87	59.683	51.979	81.441	64,4	79.044	96.593	126.504	1000
VALLE	54.649	67.566	64.218	293	16.934	21.313	19.096	87	139.522	163.141	136.005	62,0	211.105	252.020	219.319	1000
BOGOTA D.E	37820	102.398	87.848	221	9.693	24.366	17.273	43	273.373	310.904	292.652	73,6	320.886	437.668	397.773	1000
TOTAL	365.875	484.417	424.546	325	109.971	137.877	119.995	9,2	748.215	791.735	760.298	58,3	1224.061	1414.029	1304.839	1000

abandonados. Las defensorías se constituyen en parte legal, representando al menor en los trámites con el fin de asegurar su justo tratamiento y haciendo lo posible por resolver los problemas familiares por la vía de la conciliación, evitando el máximo proceso judicial.

Desde la iniciación de las labores del Instituto hasta la fecha se han realizado un total de 95.158 acciones relativas, investigaciones de paternidad, impugnación de la legitimidad presunta, alimentos, guardas, suspensión y rehabilitación de la patria potestad.

En el Cuadro No.60 se puede observar cuál ha sido el movimiento general de defensorías en el período 1968-1973.

b) Tratamiento del menor en el medio institucional:

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar comenzó a desarrollar este proyecto a partir del segundo semestre del año de 1969 cuando realizó el primer censo de instituciones de protección al menor en el país.

CUADRO Nº 60
PROCESOS CIVILES ADELANTADOS POR LOS DEFENSORES ANTE LOS JUZGADOS DE MENORES 1968-1973

AÑO	JUICIOS CIVILES				TOTAL
	PATERNIDAD	ALIMENTOS	GUARDA	ADOPCION	
1968	4 105	5 983	8 79	172	11 139
1969	6 149	6 257	7 51	196	13 353
1970	14 228	14 698	2 084	572	31 582
1971	7 122	12 548	1 769	512	21 951
1972	4 563	11 709	4 24	491	17 187
1973	4 083	10 994	8 61	518	16 456

FUENTE: Datos suministrados por los defensores de menores 1968-1973

Se estima que existen en el país 400.000 niños, total o parcialmente abandonados y 402 instituciones de protección donde se benefician 56.000 niños, 14 o/o de la población afectada. De estos 56.000 niños solo 12.000 son atendidos por el ICBF a través de instituciones de administración e instituciones de contrato.

Con este proyecto se pretende:

- a) Ofrecer a los menores un ambiente en el cual sean satisfechas sus necesidades básicas y se les proporcionen los cuidados individuales que suplan la carencia de la familia.

CUADRO Nº 61

INSTITUCIONES DE UTILIDAD COMUN NO HOSPITALARIA POR TIPO DE SERVICIO BENEFICIADAS POR EL I. C. B. F. DE 1970 - 1974

TIPO DE SERVICIOS	INSTITUCIONES					NUMERO DE CUPOS					PRESUPUESTO				
	1970	1971	1972	1973	1974	1970	1971	1972	1973	1974	1970	1971	1972	1973	1974
CENTROS DE PROMOCION S	32	22	62	69	54	185	-	-	-	120	2'411.295	3'185.429	5'855.050	5'547.400	4'551.250
CENTROS DE PROTECCION	195	262	181	176	205	6.158	5.752	6.223	6.101	6.685	27'418.693	19'876.218	19'805.400	25'289.600	28'478.620
CENTROS DE REEDUCACION	71	54	59	57	53	4.081	3.543	4.122	3.190	3.552	35'550.291	15'875.427	15'817.550	16'762.080	16'671.200
EDUCACION ESPECIAL	46	39	37	38	47	1.390	1.195	1.168	1.116	1.110	6'534.000	5'005.518	5'716.370	6'686.050	6'889.080
CENTROS RURALES DE B.TAR	18	-	16	14	12	1.490	905	1.512	607	617	2'372.000	2'371.000	1'812.040	750.000	664.000
INTERNADOS INDIGENAS	-	6	26	20	21	-	-	-	380	363	-	902.000	1'873.000	1'291.000	1'420.200
CENTROS DE RECUP. NUTR.	-	1	-	-	1	-	-	-	-	20	-	-	-	-	96.000
HOGARES JUVENILES CAMPES	40	-	25	25	25	2.690	1.170	-	1.366	1.444	1'961.400	1'941.400	1'994.240	712.450	666.450
ANCIANATOS	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126.000
LACTANTES Y PREESCOLARES	58	14	87	109	96	2.903	2.503	4.125	4.588	4.340	7'426.247	7'462.579	9'730.350	13.603.671.90	10.887.200
PROGRAMAS ESPECIALES	-	-	2	3	2	-	-	-	-	-	-	-	1'500.000	953.333.33	550.000
RESTAURANTES ESCOLARES	1	3	2	2	-	10	130	130	130	-	96.000	96.000	96.000	210.000	-
HOGARES SUSTITUTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1'000.000	1'000.000	-
TOTAL	461	401	497	513	519	18.907	15.198	17.280	17.478	18.251	83.769.926	56'715.571	65'000.000	73'005.585.23	71'000.000

- b) Proporcionar capacitación en un arte u oficio acorde a su edad y aptitudes con el fin de garantizar un trabajo productivo al egreso de la institución.
- c) Hacer extensiva la orientación y tratamiento a la familia, cuando exista, para disminuir la institucionalización.
- d) Motivar a la sociedad para que contribuya a la solución del problema del menor abandonado.

La distribución de las instituciones y el número de cupos disponibles puede verse en el Cuadro No.61.

Durante el año de 1970 recibieron aportes 470 instituciones de utilidad común no hospitalaria, agrupadas en 8 servicios, con un cubrimiento de 19.027 cupos, los mayores aportes correspondieron a los grupos de protección y reeducación, en los cuales se involucraron varios servicios que no correspondían a esta clasificación, dando un total de \$83'806.258, como presupuesto para 1970.

En 1971 recibieron aportes 401 instituciones agrupadas en 9 tipos de servicios, con un cubrimiento de 15.198 cupos, rebajándose 3.819 por haberse disminuído el presupuesto en \$27'127.019.00; esta cuantía pertenecía a las Casas de Administración Directiva del ICBF., y no se involucraron en el presupuesto de los \$56'679.239.00 para instituciones de contrato.

En 1972 se dieron aportes a 470 instituciones para un total de 17.150 cupos, con un aumento de 1.952 cupos y un incremento de \$8'320.761.00 para un total de \$65'000.000.

En 1973 recibieron aportes 513 instituciones, para un cubrimiento de 17.348 cupos y un total de \$73'005.585.23 con un incremento de \$8'005.585.23 y un aumento de 198 cupos; el alza de presupuesto se debió al aumento de valor cupo.

En 1974 se han asignado aportes a 519 instituciones para un cubrimiento de 18.551 cupos que representa un aumento de 903 sobre el año anterior. Se disminuyó el presupuesto global en \$2'005.585.23 para un total de \$71'000.000.00.

INSTITUTO NACIONAL PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD "INPES"

DIVISION LABORATORIO NACIONAL DE SALUD "SAMPER MARTINEZ".

Entre las funciones más importantes que cumple el Laboratorio están las investigaciones sobre diversas enfermedades de especial significado para el país, la elaboración de los productos biológicos, los análisis de drogas, cosméticos y alimentos y el control de productos biológicos para consumo humano.

Los estudios sobre enfermedades diversas se realizan en la **Sección de Diagnóstico, Investigación y Referencia** y comprenden las investigaciones básicas y aplicadas, en especial epidemiológicas, tanto en enfermedades comunicables como en aquellas relacionadas particularmente con los problemas del medio ambiente. La Sección hace además los diagnósticos de laboratorio de las enfermedades transmisibles, establece los diagnósticos epi-

demiológicos y sirve como laboratorio de referencia para todo el país. Ha organizado una red de laboratorios para el diagnóstico de la tuberculosis y espera contribuir al establecimiento de un sistema nacional coordinado de laboratorios.

En la **Sección de Productos Biológicos** se elaboran todas las vacunas humanas necesarias para el consumo nacional, exceptuadas las de poliomielitis y sarampión. Igualmente se preparan algunas vacunas veterinarias, en especial aquella contra la rabia, lo mismo que ciertos sueros terapéuticos. La calidad de estos productos se ajusta a las más rígidas normas internacionales lo cual ha determinado el que parte de la producción se dedique a la exportación para otros países de América y del Africa, bien por demanda directa de las naciones interesadas o por solicitud expresa de la Organización Mundial de la Salud. Cuadro No.62.

CUADRO Nº 62

PRODUCTOS BIOLÓGICOS ELABORADOS POR EL LABORATORIO NACIONAL
DE SALUD "SAMPER MARTINEZ" DURANTE LOS AÑOS 1.970 - 1.974
(DOSIS)

PRODUCTOS	1 9 7 0	1 9 7 1	1 9 7 2	1 9 7 3	1 9 7 4*	TOTAL
ANTIVARIOLOSA	9 300 000	4 847 400	4.007 600	2 313 100	1 500 000	30 816 600
ANTITIFOIDICA	9 20 000	3 43 120	1 223 225	39 188	25 0000	1 736 983
ANTIRRABICA (VET)	280.000	53 2058	602 750	1 086 167	250 000	2 994 325
ANTIRRABICA (H)**	90 000	8 7632	90 178	83 841	250 000	6 99.573
B.C.G INTRADERMICA	3.069 100	147 1400	1 111 450	772 450	300 000	10 775 400
FIEBRE AMARILLA	1 628 850	2.03 1540	1.64 1800	2 181 800	1 500 000	10 280 290
TRIPLE D.P.T	290 000	814 320	373 516	280 675	1 000 000	3 939 411
TUBERCULINA	979 200	1 290 000	487 500	694 650	250.000	5 028 550
COLERA	-	313 711	149.975	187.975	50.000	701 661
TOXOIDE TETANICO	642 000	6 5592	1 520 70	266 535	250 000	1.525 697
SUERO ANTIRRABICO	-	1600	5.000	10 000	10.000	20 300

* PRODUCCION ESTIMADA EN (6) MESES ** TRATAMIENTO POR (7) AMPOLLAS

La **Sección de Análisis** se ocupa especialmente de los exámenes químicos y farmacológicos de las bebidas, alimentos, drogas y cosméticos, destinados al consumo humano. Cuadro No.63.

CUADRO Nº 63

**ANÁLISIS Y CONTROL DE DROGAS,
COSMÉTICOS, BEBIDAS, ALIMENTOS
Y VACUNAS 1.970-1.974**

ANÁLISIS Y CONTROL	1.970	1971	1.972	1973	1974*
PRODUCTOS FARMACEUTICOS	1 537	14 02	1 800	1 675	2 300
ALIMENTOS	6 85	7 01	91	7 00	8 00
LICORES Y BEBIDAS	7 20	6 12	849	-	9 00
INSECTICIDAS	56	73	70	-	-
COMPROBACIONES VARIAS	4 0	29	46	-	12 0
EXAMENES PARA MEDICINA LGL	35	38	49	-	12 0
ELABORACION DE MORFINA	4	6	4	-	-
EXAMENES PDTOS BGICOS	2 930	3 467	-	-	-
CONTROLES A					
V. ANTIRRABICA H	1 000	-	6.123	749	600
V. ANTIRRABICA C.	980	-	1 220	1.737	1.000
TOXOIDE TETANICO	125	-	85	174	100
D. P. T.	130	-	183	232	100

* Estimados a junio

En la **Sección de Control Biológico** se realizan los exámenes de los productos biológicos humanos usados en el país, sean estos de origen extranjero o nacional incluyendo los elaborados en el mismo laboratorio.

En todas las Secciones se desarrollan planes investigativos de acuerdo con la naturaleza de aquellas y se realizan igualmente actividades docentes de distinto tipo, muchas de ellas en asocio de las universidades del país.

A continuación se enumeran las actividades desarrolladas por el laboratorio, de acuerdo con sus diferentes reparticiones desde agosto de 1970 a julio de 1974.

Diagnóstico, Investigación y Referencia:

Evolución de T. Rangeli en la hemolinfa de R. Prolixus, factores Genéticos de R. Prolixus y su capacidad de transmitir T. Rangeli. Comportamiento de T. Rangeli en ratones experimentalmente infectados. Epidemiología de Encefalitis Equina Venezolana en el foco enzoótico de Puerto Boyacá. Estudio sobre extensión del virus Encefalitis Equina Venezolana en zonas perienzoóticas. Determinación de nuevos focos enzoóticos de Encefalitis Equina Venezolana. Epidemiología de Encefalitis Equina Venezolana en la Guajira. Inmunidad para Encefalitis Equina Venezolana en zonas epidémicas y epizoóticas. Patogenicidad de Encefalitis Equina Venezolana, para ovinos y caprinos. Patogenicidad para el caballo de distintas cepas de Encefalitis Equina Venezolana. Diagnóstico de brotes epidémicos. Vigilancia epidemiológica de la Fiebre Amarilla. El estudio de la epidemia del Dengue en la Costa Atlántica. Vigilancia epidemiológica del Dengue. Escuestas serológicas en la Amazonía. Estudio epidemiológico de la Encefalitis Equina Venezolana en el Magdalena Medio.

Microbiología:

Inmunoelectroprecipitación en el diagnóstico de las micosis. Aflatoxinas y Aflatoxicosis. Sueros monoespecíficos con antígenos obtenidos por inmunoelectroenfoco. Estudio inmunológico de mielomas. Estudio de Alfa-fetoproteínas. Estudio sobre Beta 1 A globulina (Factor C 3). Localización por microscopía electrónica de Receptores celulares. Producción y suministro de sueros patrones anti-humano, anti-Beta 1 C y anti-globulinas. Diagnóstico de casos de sífilis, de micosis y problemas autoinmunes. Producción de sueros contra proteínas plasmáticas. Normalización de técnicas radioinmunológicas para determinar anticuerpos anti D.N.A. Investigaciones sobre niveles de Ig.S. plasmáticas y Beta 1 C en madres e hijos. Colaboración en estudios de inmuno-ensayo para determinar la célula de crecimiento. Servicio de laboratorio de referencia en enfermedades venéreas. Investigaciones en Inmunología. Producción de reactivos para diagnóstico de Sífilis. Cursos de Adiestramiento en técnicas serológicas. Servicio de enterobacteriaseas.

Lepra:

Granulomatosis del Hamster inoculado con *M. Leprae*. Transmisión directa de la granulomatosis del Hamster a Hamster. Transmisión indirecta de la granulomatosis del Hamster a Hamster. Cultivo invitro del M 1 y del M 1 M.

Fenómenos de Concomitancia en Micobacterias:

Posibles fenómenos de transformación del *M. Leprae* y *M. Lepraemurium*. Transmisión de la lepra humana a los animales del laboratorio. (Gerbos y Monos). Estudio general de las Micobacterias ambientales (Ecología). Posible uso de la Lepromina de granuloma de Hamster como lepromina humana. Uso de la leprolina de Micobacterias aisladas de la granulomatosis del Hamster inoculado con *M. Leprae*. Tratamiento de la granulomatosis del Hamster con D D S Myambutol y D Cicloserina. Aislamiento de *M. Tuberculosis* en expectoraciones de Hamsianos. Concomitancia de los estudios de la Granulomatosis. Micobacterias Ambientales en Armadillos Colombianos. Ensayos terapéuticos de la granulomatosis de Hamster inoculado con *M. Leprae*.

T. B. C. :

Estudio de Micobacterias Atípicas. Estudio sobre resistencia del B. de Koch a ciertas drogas. Estudio sobre infecciones humanas con tuberculosis bovina. Estudio sobre esquemas terapéuticos antituberculosos. Cursos de adiestramiento en técnicas de laboratorio para diagnóstico de tuberculosis. Pruebas de resistencia. Supervisión y asesoría de laboratorios regionales. Preparación de medios de cultivo para Bacilo de Koch. Pruebas de tipificación de Bacterias.

Virología General:

Prevalencia de rabia en ratas domésticas. Comportamiento de distintos virus en cultivos celulares. Exámenes para el diagnóstico de rabia. Exámenes para el diagnóstico de enterovirus. Exámenes para el diagnóstico de respiratorios. Exámenes para el diagnóstico de Viruela. Exámenes regulares de rutina.

Arbo Virus:

Estudio sobre virus C. Patología experimental de los Virus del Grupo C. Diagnóstico de las enfermedades virales transmitidas, por artrópodos (Dengue). Pruebas de neutralización en ratones. Pruebas de hemoaglutinación. Pruebas de inhibición de hemoaglutinación. Pruebas de fijación de complemento.

Entomología:

Distribución geográfica de *Lutzomyia*. Taxonomía de nuevas especies de *Lutzomyia*. Identificación de Artrópodos. Descripción de 7 nuevas especies de *Lutzomyia*.

Parasitología:

Encuesta de morbilidad sobre enfermedad de Chagas en Guateque. Encuesta Nacional sobre enfermedad de Chagas. Epidemiología de Leishmaniasis y Visceral. Inmunología de *T. Cruzi*. Morbilidad de la enfermedad de Chagas en Colombia. Estudio experimental sobre el comportamiento de las infecciones mixtas. Virulencia de distintas cepas de *T. Cruzi*. Morbilidad de *T. Cruzi* en el Municipio de Garagoa. Epidemiología de la Toxoplasmosis. Estudio de sensibilidad de los insecticidas del *Rodnius Prolixus*. Estudio sobre la variabilidad en el comportamiento infectivo de cepas de *Tripanosoma Rangeli* en *Rodnius Prolixus*. Estudio de Leishmaniasis.

Patología:

Patología hepática por arbovirus del Grupo C. Enfermedad de Gaucher estudio de una familia. Patología del virus de la Encefalitis Equina Venezolana en el Hamster, infección natural y experimental. Epidermidisplasia verruciforme. Panencefalitis esclerosante subaguda, PEESA, Parte II. Paquemenengitis hipertrófica Luética. Melanomas primarios del sistema nervioso central. Esclerosis múltiple, estudio anatomoclínico. Estudio de 400 casos de infecciones del Sistema Nervioso Central. Cambios neuropatológicos del Hipotálamo en porfiria. Estructura final del tripanosoma rangeli. Parasitosis Hepática. Estudio de 9 casos con enfermedad

venoclusiva del hígado. Estudio histopatológico del hígado de 2.800 casos para vigilancia de Fiebre Amarilla. Panencefalitis Necrotizante Aguda por virus herpes hominis. Lesiones pancreáticas y del tejido linfoide por virus de Encefalitis Equina Venezolana. Paraplejía epidémica en animales del zoológico de Medellín. Morfología e Histoquímica de inclusiones virales. Eclampsia y coagulación intravascular en material de autopsia. Drepanocitosis en Colombia en material de viscerotomía. Morfología e histoquímica de las inclusiones de PEESA. Estudio histopatológico de material misceláneo de rutina 4.658 casos. Estudio de 7 casos de encefalitis rábica tratados con vacunación específica post-exposición.

Bioquímica:

Estudio cromatográfico de la estructura de la esporotricina. Estudio cromatográfico de lípidos de hongos. Producción, purificación y separación de aflatoxinas. Lipoproteínas y lípidos séricos en Bogotá. Análisis de venenos de serpientes. Viruelas normales de lipoproteínas. Evaluación de medidas preventivas y terapéuticas en hiperlipemias, mediante seguimiento de pacientes. Estudio de la lipoproteína lipasa. Exámenes de laboratorio bioquímico de rutina.

Genética:

Purificación de hormona del crecimiento. Cromosomas del R. Prolixus. Kariotipos de larvas de mosquitos. Nuevos métodos para determinar el sexo del feto. Nuevos métodos para la tinción del Cromosoma y Estudio cromosómico de cuatro especies del género anopheles. Búsqueda de agentes patógenos en 2.000 ejemplares de mosquitos. Establecimiento de un cultivo de mosquitos.

Biología Celular:

Purificación de DNA para estudios sobre lupus eritematoso. Síntesis de proteínas y de RNA en plasmodios. Estudio sobre biología de Marmosa Robinsoni. Establecimiento de una Colonia de Marmosa Robinsoni para estudios de Agentes Patógenos.

Sanidad del Ambiente (Protección Radiológica):

Dosimetría personal por Película. Estudio de Radiofísica Sanitaria en Radio Terapia. Estudio de Radiofísica Sanitaria Nuclear. Estudio de Radiofísica Sanitaria en Radiodiagnóstico. Evaluación de Radioactividad ambiental en aire y leche. Calibración Equipos y dosimetría. Revisión Estudios Radiofísica Sanitaria. Educación y protección radiológica. Legislación y protección radiológica. Registro fuente de Radiación. Calibración Equipos de terapia.

Salud Ocupacional:

Investigación; Condición de la Salud Ocupacional en textiles. Investigación; Condición de la Salud Ocupacional en cerámica y vidrio. Elaboración de documentos sobre el impacto sanitario y económico de las enfermedades accidentales del trabajo en el país. Asesoría técnica y servicios. Educación y divulgación. Normas y reglamentación de la Salud Ocupacional. Estudio sobre riesgos por polvo asbesto y ruido en fábrica de asbesto cemento. Estudio sobre riesgos por temperatura en Siderúrgica de Paz del Río. Control sobre absorción de mercurio en una planta de cloro.

Toxicología:

Estudio de 2.187 casos de Morbimortalidad por intoxicación en 8 hospitales de Bogotá. Toxicidad de plaguicidas para uso agropecuario, normas. Asesoría a centros de Atención Médica en el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones. Determinación de LD 50 de fósforo blanco en ratones. Investigación de tóxicos en muestras varias enviadas al Laboratorio.

Contaminación Atmosférica:

Actividades Generales:

Participación en el Comité Nacional de Contaminación atmosférica para encauzar y coordinar sus actividades. Fomentar la participación de universidades en investigación, prevención y control. Prestar asesorías a entidades oficiales.

Diagnóstico:

Instalación de una estación de muestreo (No.3) Tipo OPS. Operación en 6 estaciones de muestreo Tipo OPS y 4 meteorológicas. Instalación y operación en 3 estaciones de Bogotá para muestreo de polvo para análisis. Instalación y operación de 6 estaciones para evaluación para índice de corrosividad ambiental. Instalación y operación de 2 termohigrógrafos y 4 pluviómetros. Montaje de Sistema portátil para evaluación. Supervisión de 13 estaciones de muestreo tipo OPS.

Laboratorio de Aguas:

Análisis físico-químicos. Análisis Bacteriológicos. Ensayos de tratamiento. Cursos de Operadores. Investigaciones sobre contaminación de aguas. Asesorías e información técnica. Normas y reglamentaciones.

INVESTIGACION APLICADA**DIVISION DE INVESTIGACIONES ESPECIALES**

Las actividades de la División de Investigaciones Especiales del INPES, basadas en políticas, programas y necesidades de los servicios de salud, están orientadas a incrementar, fomentar y complementar investigaciones en los siguientes campos:

Planificación en Salud:

Investigaciones que exploren la mejor aplicación de los conocimientos disponibles para racionalizar el funcionamiento de los servicios de Salud.

Teniendo en cuenta la necesidad de profundizar en el conocimiento del sector y en las interrelaciones de este con los demás sectores de la economía, medir en cuanto sea posible, la bondad e impacto de las decisiones en materia de inversión pública en el sector Salud.

Como se plantea la necesidad de mayor inversión en salud por ser este uno de los factores de incremento de la producción, sería necesario, demostrar mediante adecuados es-

tudios o proyectos investigativos, que el retorno (beneficio) obtenido por esa inversión es efectivamente mayor que el de otras formas alternativas. Dentro del sector mismo, los resultados de alternativas o modalidades de inversión deben ser adecuadamente conocidas y evaluadas.

Condiciones de Salud:

Investigaciones para establecer las condiciones de salud de la población y determinar el impacto de los programas de salud sobre las mismas. Se hará énfasis en las enfermedades transmisibles más prevalentes en el país y las entidades nosológicas de carácter crónico que empiezan a ocupar un lugar preponderante en la morbi-mortalidad nacional.

Organización y Operación de los Servicios de Salud:

Estudio sobre métodos para ampliar los actuales sistemas de prestación de servicios, los sistemas de financiación, costos y calidad de la atención dispensada.

Recursos Humanos:

Desarrollo de diseños para establecer las necesidades actuales y futuras del personal y evaluación de los resultados de los programas de adiestramiento de diferente tipo; además, identificar la capacidad de absorción por el Sector Salud del personal formado.

Sanidad del Ambiente:

Para establecer la magnitud de las alteraciones de algunos de los factores condicionantes del nivel de salud, tales como contaminación de las aguas y contaminación atmosférica. Además, se dará prioridad a investigaciones en el campo de la salud ocupacional con miras a identificar los principales riesgos profesionales. (Accidentes, ruidos, sustancias químicas, etc.).

Demografía:

Estudios orientados hacia la actualización de los elementos que inciden en el crecimiento y desarrollo poblacional y la evaluación de los programas de planificación familiar.

Otros:

Estudio de Recursos Odontológicos. Estudio de Instituciones de Atención Médica. Estudio Experimental de Servicios de Salud. Investigación de Recursos Humanos Institucionales de Salud. Estudio Sanitario de Comunidades Rurales. Investigación sobre el Hábito de Fumar en América Latina. Investigación sobre la Epidemiología de la Enfermedad de Chagas. Riesgos Ocupacionales en la Industria Textil (en proceso). Situación de Médicos de Salud Pública. Financiación del Sector Salud (en proceso). Proyección de Demanda de Servicios y de Recursos Humanos Médico-Odontológicos (en proceso). Prevalencia de Transtornos Convulsivos en Bogotá D.E. (en proceso). Escala de Medición de Actitudes ante el Alcoholismo y Patrones de Ingestión en Bebidas Alcohólicas (en proceso).

DIVISION DE SANEAMIENTO BASICO RURAL

De acuerdo con las políticas formuladas por el Ministerio de Salud, de lograr la disponibilidad de agua intradomiciliaria para el 80 o/o de la población del país, le correspondió a este programa lo relacionado con la población rural, tomándose la decisión de atender inicialmente aquella población rural que viviera nucleada, porque de esta manera, se lograba un mejor cubrimiento a una mayor población en un menor tiempo y a menos costo. Para esto, fue necesario conocer cuál era esta población, y en consecuencia, se realizó el "Estudio Sanitario de Comunidades Rurales", que identificó y cuantificó las comunidades rurales entre 50 y 2.500 habitantes.

Con base en este estudio, se estableció que esta población ascendía a 2'581.369 habitantes y que para 1970 se habían cubierto 660.635 habitantes con agua intradomiciliaria, que corresponden al 25.6 o/o de la población estudiada.

El resultado del estudio ha servido para la programación y es así como se han desarrollado, durante el cuatrienio 1970-1974, actividades en este campo hasta lograr un cubrimiento de 784.788 habitantes, que son el 30.4 o/o de la población rural nucleada, que sumados a lo cubierto anteriormente por el programa dan un total de 1'445.423 habitantes servidos, los cuales corresponden al 56.0 o/o de los núcleos poblacionales rurales, logro que se debe considerar a 30 de julio de 1974.

En relación con alcantarillados para 1970 se había cubierto un 8.8 o/o de la población a servir y al finalizar el cuatrienio 1970-1974 esta cobertura asciende al 14.3 o/o de la población rural nucleada.

Con el programa de Saneamiento Básico Rural, que incluye el suministro de agua intradomiciliaria, sistemas de drenaje (alcantarillados) y unidades escolares para población rural, se está realizando una actividad de prevención en materia de salud que indudablemente contribuye eficazmente al mejoramiento del nivel de salud del país.

A continuación se presentan cuadros correspondientes, que permiten ver cuáles son los logros del programa hasta julio de 1970, y desde agosto del mismo año, hasta julio de 1974, por Seccionales del país.

CUADRO N° 64

ACUEDUCTOS

NUMERO DE OBRAS, POBLACION SERVIDA E INVERSION POR SECCIONES DEL PAIS

AGOSTO 1.970 - JULIO 1.974 - COLOMBIA

SECCIONES	NUMERO DE OBRAS		POBLACION SERVIDA	INVERSION (en miles de pesos)		
	ACUEDUCTOS	PEQUEÑOS ABASTOS		IN P E S	COMUNIDAD Y OTROS	TOTAL
ANTIOQUIA	5 9	20	66.864	15.896	4.243	20.229
ATLANTICO	2 2	5	25.270	8.251	846	9.097
BOLIVAR	2 1	38	29.430	10.540	1.186	11.726
BOYACA	5 1	153	48.814	17.257	8.257	25.514
CALDAS	3 8	31	32.255	11.990	3.265	15.255
CAUCA	4 0	258	41.123	12.603	2.459	15.062
CESAR	2 4	6	30.214	9.025	3.545	12.570
CORDOBA	2 6	100	47.007	10.314	1.186	11.500
CUNDINAMARCA	4 7	87	38.062	19.597	4.871	24.468
CHOCO	3 5	25	21.502	7.252	573	7.825
HUILA	3 7	43	27.860	15.568	3.945	19.513
GUAJIRA	4 5	28	22.053	9.218	806	10.024
MAGDALENA	2 6	18	23.230	11.442	1.659	13.101
META	2 2	28	21.739	11.526	1.526	13.052
NARIÑO	7 8	93	44.968	20.113	4.306	24.419
NORTE DE SANTANDER	4 6	57	35.786	19.533	3.025	22.558
QUINDIO	1 1	23	11.929	8.058	740	8.798
RISARALDA	4 5	43	23.387	9.766	1.579	11.345
SANTANDER	4 0	132	44.890	22.047	6.530	28.577
SUCRE	1 8	47	32.883	9.252	800	10.052
TOLIMA	3 2	160	27.782	16.922	4.931	21.853
VALLE	8 2	117	58.702	25.270	4.412	29.682
CAQUETA	1 7	58	14.910	8.380	1.150	9.530
PUTUMAYO	1 5	38	14.126	11.604	800	12.404
T O T A L	8 7 7	1.608	784.786	321.514	66.640	388.154

CUADRO N° 65

POBLACION SERVIDA POR SECCIONES DEL PAIS CON ACUEDUCTOS RURALES HASTA JULIO DE 1974 - COLOMBIA

SECCIONES	POBLACION RURAL		HABITANTES SERVIDOS				TOTAL POBLACION RURAL CUBIERTA	
	Total (1)	A servir (2)	Desde 1961 has	%	Desde Agosto	%	Número	%
			to Julio de 1970		1970 a Julio 1974			
ANTIOQUIA	1'488.810	219.416	56.153	25.5	66.864	30.4	123.017	56.0
ATLANTICO	72.095	57.070	21.800	38.2	25.270	44.3	47.070	82.5
BOLIVAR	383.120	212.776	24.443	11.5	29.430	13.8	53.873	25.3
BOYACA	1'036.889	144.902	40.959	28.3	48.814	33.7	89.773	62.0
CALDAS	369.900	72.915	27.086	37.1	32.255	44.2	59.341	81.4
CAUCA	554.185	103.719	34.353	33.1	41.123	39.6	75.476	72.7
CESAR	243.120	105.318	25.104	23.8	30.214	28.7	55.318	52.5
CORDOBA	489.010	163.752	38.977	23.8	47.007	28.7	85.984	52.5
CUNDINAMARCA	1'012.747	158.746	31.710	19.9	38.062	23.9	69.772	43.9
CHOCO	161.905	85.581	17.837	20.8	21.503	25.1	39.340	45.9
HUILA	269.046	74.159	23.122	31.1	27.860	37.6	50.982	68.7
GUAJIRA	78.030	48.872	19.819	40.5	22.053	45.1	41.872	85.6
MAGDALENA	394.560	123.374	19.819	16.0	23.230	18.8	43.049	34.8
META	1.076.70	51.558	19.819	38.4	21.739	42.2	41.558	80.6
NARIÑO	590.242	193.605	39.638	20.5	44.968	23.2	84.606	43.7
NORTE DE SANTANDER	328.095	113.026	29.728	26.3	35.786	31.6	65.514	57.9
QUINDIO	309.400	27.141	13.212	48.7	11.929	43.9	25.141	92.6
RISARALDA	235.080	47.260	13.873	29.3	23.387	49.5	37.260	78.8
SANTANDER	662.085	116.400	37.656	32.3	44.890	38.6	82.546	70.9
SUCRE	171.290	108.280	27.086	25.0	32.883	30.4	59.969	55.4
TOLIMA	458.899	95.210	23.122	24.2	27.781	29.2	50.903	53.4
VALLE	562.385	182.820	48.886	26.7	58.702	32.1	107.588	58.8
CAQUETA	-	38.131	13.221	34.6	14.910	39.1	28.131	73.7
PUTUMAYO	-	37.338	13.212	35.4	14.126	37.8	27.338	73.2
T O T A L	9'978.563	2'581.369	660.635	25.6	784.786	30.4	1'445.421	56.0

CUADRO N° 66

ALCANTARILLADOS RURALES
NUMERO DE OBRAS, POBLACION SERVIDA E INVERSION POR SECCIONES DEL PAIS
HASTA JULIO DE 1.974 - COLOMBIA

SECCIONES	NUMERO DE OBRAS	POBLACION SERVIDA	INVERSION En miles de Pesos		
			INPES	COMUNIDAD Y OTROS	TOTAL
ANTIOQUIA	24	14.259	3.517	902	4.419
ATLANTICO	1	443	1.819	180	1.999
BOLIVAR	-	-	-	-	-
BOYACA	26	13.331	3.886	1.754	5.640
CALDAS	29	14.834	2.635	694	3.329
CAUCA	12	8.301	2.774	522	3.296
CESAR	-	-	-	-	-
CORDOBA	2	1.186	2.266	252	2.518
CUNDINAMARCA	9	5.729	4.309	1.036	5.345
CHOCO	-	-	-	-	-
HUILA	5	2.715	3.421	838	4.259
GUAJIRA	3	2.384	2.025	171	2.196
MAGDALENA	-	-	-	-	-
META	5	1.900	2.623	324	2.947
NARIÑO	14	9.187	4.424	915	5.339
NORTE DE SANTANDER	10	7.330	4.291	642	4.933
QUINDIO	11	3.543	1.777	160	1.937
RISARALDA	15	6.430	2.152	335	2.487
SANTANDER	9	4.158	4.848	1.371	6.219
SUCRE	-	-	-	-	-
TOLIMA	18	14.545	3.717	1.047	4.764
VALLE	51	25.060	5.560	937	6.497
CAQUETA	2	1.415	1.843	246	2.089
PUTUMAYO	12	7.130	2.550	170	2.720
TOTAL	258	142.879	60.437	12.496	72.933

CUADRO N° 67

POBLACION SERVIDA POR SECCIONES DEL PAIS CON ALCANTARILLADOS RURALES HASTA JULIO DE 1974.
COLOMBIA.

SECCIONES	POBLACION RURAL		HABITANTES SERVIDOS				TTL POBL CUBIERTA	
	total ⁽¹⁾	a servir ⁽²⁾	desde 1961 hasta julio 1970	%	desde agosto 1970 a julio 1974	%	Nº	%
ANTIOQUIA	1'488 810	219 416	21 707	10 0	14 259	6 5	35 966	16 5
ATLANTICO	72 095	57 070	651	1 1	443	1 0	1 094	2 1
BOLIVAR	383 120	212 776	-	-	-	-	-	-
BOYACA	1'036 889	144 902	20 181	13 9	13 331	9 2	33 512	23 1
CALDAS	369 900	72 915	22 358	30 7	14 831	20 3	37 189	21 0
CAUCA	554 185	103 719	13 124	12 6	8 301	8 0	21 425	20 6
CESAR	243 120	105 318	-	-	-	-	-	-
CORDOBA	489 010	163 752	2 370	1 4	1 186	1 0	3 556	2 4
CUNDINAMARCA	1'012 747	158 746	8 682	5 5	5 729	3 6	14 411	9 1
CHOCO	161 905	85 581	-	-	-	-	-	-
HUILA	269 046	74 159	3 907	5 3	2 715	3 7	6 622	9 0
GUAJIRA	78 030	48 872	2 312	4 7	1 386	2 8	3 698	7 5
MAGDALENA	394 560	123 374	-	-	-	-	-	-
META	107 670	51 558	2 821	5 5	1 900	3 7	4 721	9 2
NARIÑO	590 242	193 605	13 892	7 2	9 187	4 7	23 079	11 9
NORTE DE SANTANDER	328 095	113 026	11 070	10 0	7 330	6 5	18 400	16 5
QUINDIO	309 400	27 141	5 209	19 2	3 543	13 0	8 752	32 2
RISARALDA	235 080	47 260	9 768	20 7	6 430	13 6	16 198	34 3
SANTANDER	662 085	116 400	6 295	5 4	4 158	3 6	10 453	9 0
SUCRE	171 290	108 280	-	-	-	-	-	-
TOLIMA	458 899	95 210	31 924	33 5	14 545	15 3	46 469	48 8
VALLE	562 385	182 820	37 987	20 8	25 060	13 7	63 047	34 5
CAQUETA	-	38 131	2 170	5 7	1 415	3 7	3 585	9 4
PUTUMAYO	-	37 338	10 636	22 5	7 130	19 1	17 766	47 6
TOTAL	9'978.533	2'581.396	227.064	8.8	142.879	5.5	369.943	14.3

(1) DANE

(2) Estudio Sanitario de Comunidades Rurales

CUADRO N° 68

UNIDADES SANITARIAS ESCOLARES

NUMERO DE OBRAS, ESTUDIANTES SERVIDOS E INVERSION POR SECCIONES DEL PAIS
AGOSTO 1.970 - JULIO 1.974 - COLOMBIA

SECCIONES	NUMERO DE OBRAS	ESTUDIANTES SERVIDOS	I N V E R S I O N (en miles de pesos)		
			IN P E S	COMUNIDAD Y OTROS	TOTAL
ANTIOQUIA	2 5	3.222	375	130	505
ATLANTICO	1 9	1.856	194	28	222
BOLIVAR	2 1	2.181	1.342	170	1.512
BOYACA	1 7	1.785	423	250	673
CALDAS	1 4	4.237	290	100	390
CAUCA	5 6	3.216	303	75	378
CESAR	1 4	2.370	1.060	108	1.168
CORDOBA	2 4	1.775	242	38	280
CUNDINAMARCA	1 6	1.604	460	148	608
CHOCO	1 5	2.339	858	68	906
HUILA	1 9	1.581	363	120	483
GUAJIRA	1 0	1.240	218	25	243
MAGDALENA	1 7	1.753	1.342	243	1.585
META	2 3	1.689	278	48	326
NARIÑO	2 4	2.143	472	130	602
NORTE DE SANTANDER	3 2	1.505	460	93	553
QUINDIO	1 3	875	194	25	219
RISARALDA	2 7	9.410	230	48	278
SANTANDER	2 3	2.200	520	195	705
SUCRE	1 3	2.258	988	120	1.108
TOLIMA	1 2	1.304	399	150	549
VALLE	2 7	2.996	593	135	728
CAQUETA	1 6	373	206	38	244
PUTUMAYO	2 1	1.918	277	25	302
TOTAL	498	55.820	12.087	2.500	14.587

QUINTA PARTE

REDISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

(Exposición de motivos, Ley
9a. de 1973 y Decretos
Leyes de 1974)

Como parte final de este informe se presentan algunas consideraciones que hicieron posible la aprobación de la Ley 9a. por el Honorable Congreso de la República y el desarrollo de la misma a través de los Decretos-Leyes que establecieron el Sistema Nacional de Salud en el país.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Ha sido evidente y unánimemente aceptada la aceleración del proceso de desarrollo económico y social de Colombia en los últimos años. La tasa de crecimiento económico ha sobrepasado con frecuencia las metas fijadas para la región; son notorios los avances y logros del proceso de industrialización, de las comunicaciones, de la educación y también, una relativa mejoría del nivel de salud de la población. Todo ello como consecuencia, quizás, de la estabilidad política vivida por el país, de la continuidad en la ejecución de los programas gubernamentales y de la eficacia de la gestión llevada a cabo por las últimas administraciones.

No obstante lo anterior, el Gobierno se ha visto sometido a una presión cada vez mayor para atender adecuadamente y con prontitud, las demandas originadas en la alta y estable tasa de crecimiento demográfico; en el incontrolado proceso de migración del campo a las ciudades y en la mayor conciencia de la población sobre sus necesidades y derechos.

Los hechos y circunstancias anotados, constituyeron argumentos poderosos para que el Gobierno Nacional formulara un ambicioso Plan de Desarrollo, en el cual se hacen, por primera vez, planteamientos de fondo sobre las relaciones de la situación de salud con el desarrollo.

Estos planteamientos se refieren a los factores multisectoriales que condicionan la salud de la población para formular, en consecuencia, el diagnóstico de la situación; especialmente dirigido hacia los aspectos determinados por nuestro acontecer histórico, con sus implicaciones y proyecciones sobre la prestación de los servicios.

De este modo se ha dado mayor fuerza y significación al concepto de Salud, la cual no es solamente un fin para cada ser humano, sino también un medio o elemento fundamental para el armonioso progreso de la sociedad.

LAS CUATRO ESTRATEGIAS

El Plan Nacional de Desarrollo, elaborado por el Departamento Nacional de Planeación y adoptado por el Gobierno, a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social, pretende para los años 1971 a 1974 la obtención de un incremento anual del Producto Nacional Bruto, del orden del 7 o/o al 10 o/o. Históricamente estos incrementos han sido menores del 6 o/o, mientras que la tasa de crecimiento de la población es del 3.2 o/o.

Con la finalidad de conseguir que las medidas económicas dictadas por el Gobierno, permitan alcanzar las metas propuestas en el Plan, han sido presentadas para su estudio y aceptadas por el Gobierno cuatro estrategias que consisten en orientar las acciones en el siguiente sentido:

1. Incrementar sustancialmente el número y volumen de las construcciones en el país, incluyendo notorios cambios en la estructura de composición de las mismas.

2. Fomentar el aumento global de las exportaciones, tratando al máximo de diversificarlas para eliminar el monocultivo y la monoexportación; esto se obtendría por el incremento relativo del volumen de las llamadas "exportaciones menores".
3. Favorecer y obtener un aumento sustantivo en las actividades y producción del sector agropecuario.
4. Estimular y tomar las correspondientes medidas, para que la redistribución social del ingreso generado con las tres anteriores estrategias, se realice por intermedio de las actividades sociales correspondientes a 3 sectores, cuyas respectivas responsabilidades se consideran en la actualidad como fundamentales para el bienestar de la comunidad, a saber:
 - El Sector de la Vivienda
 - El Sector de Educación
 - El Sector Salud

EL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS CUATRO ESTRATEGIAS

El Gobierno, y específicamente el Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de sus obligaciones constitucionales de velar por la salud de la comunidad, está consciente de los graves problemas de salud presentes en el país

y reconoce que la solución de los mismos depende no solo de los esfuerzos que realice el Sector específico sino también de la adecuada participación de los demás sectores del desarrollo en lo que concierne a sus propias esferas de acción. Con estas consideraciones, es preciso tener en cuenta que al identificar las condiciones y problemas de salud de la población en un momento dado, deben interpretarse como la resultante de la interacción de varios factores multisectoriales condicionantes.

Por lo tanto, el enfrentar la solución de los conflictos y problemas de salud, significa mucho más que la ejecución de programas específicos dirigidos hacia áreas concretas para las cuales se dispone de adecuada tecnología. Significa, entonces, reconocer el origen multisectorial de tales problemas y agregar el conocimiento de la actual situación de salud de la población, la decisión de mejorarla sustancialmente en los aspectos de prevención, recuperación y rehabilitación, por lo cual el Gobierno ha adoptado un conjunto de líneas de política o de estrategia consideradas como factibles, dentro de las limitaciones impuestas por la disponibilidad nacional de recursos para la solución de los problemas identificados y teniendo en cuenta la influencia favorable o adversa de las iniciativas y acciones de otros Sectores, que inciden preferentemente en los campos de la nutrición, el deterioro del medio ambiente y la salud mental.

Para el logro del marco legal que diera bases suficientes al establecimiento de un sistema Nacional de Salud para el país, se transcribe la exposición de motivos del proyecto de ley que culminó con las autorizaciones especiales al Ejecutivo para reorganizar el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

E X P O S I C I O N D E M O T I V O S

Honorables Senadores:

Al posesionarme del cargo de Ministro de Salud Pública, para el cual tuve el honor de ser llamado por el señor Presidente de la República, doctor Misael Pastrana Borrero, mi intención primordial fue la de adelantar desde el Ministerio un proceso de estudio encaminado a identificar, lo más exhaustivamente posible, el funcionamiento de la estructura actual del sector de la salud colombiana.

Una revisión completa del sistema

Se trataba de llevar a efecto una revisión completa, con el objeto no solo de determinar las carencias y los obstáculos que se presentaban tradicionalmente en el sector, sino de precisar, en forma definitiva los vacíos legales existentes que han impedido tradicionalmente una intervención más decidida del Estado en estas materias y, de ordenar, a través de nuevas disposiciones, el sistema de la salud, encargado de promulgar y de manejar una de las políticas consideradas hoy como claves para nuestro desarrollo económico y social.

Mis primeras intervenciones al respecto se encaminaron a buscar el alcance de dicho propósito y fue así como tuve oportunidad de plantearlo ante distinguidos auditorios.

Durante mi intervención en el Centro de Estudios Colombianos, el 29 de julio de 1971, expuse lo siguiente:

“ . . . Es preciso -dije- trazarse una línea de conducta y hacer un análisis del sistema que hoy opera, ya sea para continuar y reforzar una política o para modificarla si así fuere necesario.

“Para lograrlo, nada mejor que aumentar el acervo del propio conocimiento con los conceptos de quienes han venido trabajando en el campo de la salud. Es así como he encontrado lo que, casi me atrevería a llamar, un consenso universal, sobre la necesidad de modificar en gran parte el sistema, aprovechando muchos aspectos de previas experiencias y las estructuras existentes, que dan piso precisamente para innovaciones, por razón del carácter fundamental dinámico que se observa en la salud pública, dado el vertiginoso progreso de la ciencia y de la técnica en este campo y la claridad de las informaciones en algunas áreas, que hoy se pueden obtener gracias a una disciplina previamente establecida.

“De lo anterior, puede deducirse que, a pesar de los esfuerzos realizados, persiste en nuestro país de limitados recursos presupuestales y humanos un sistema plural, conectado entre sí en forma débil y que causa la duplicidad de funciones e inversiones, determina desniveles cualitativos y cuantitativos en la atención médica y afecta la prestación armónica de ser-

vicios, tanto desde el punto de vista del paciente, como del profesional que lo atiende, frustrando así muchas veces el deseo de quienes trabajamos en estas actividades de realizarnos plenamente, ante claros mandatos que rigen nuestras creencias y nuestras normas legales y vigentes.

“La problemática que me he permitido exponer, sin entrar en exhaustivo análisis y detalle, es motivo de preocupación en todas las áreas de la salud, hasta el punto, repito, de ser universal”.

Y, posteriormente, ante el IV Congreso Colombiano de Salud Pública, reunido en Pasto el 8 de diciembre del mismo año, tuve oportunidad de reiterarlo así:

“Cuando me posesioné del Ministerio comprendí la necesidad de realizar un exhaustivo análisis sobre el Sistema Nacional de Salud imperante en nuestro medio. Llegué, por propia convicción, como por el conocimiento de numerosos planteamientos de amplios sectores de la opinión pública, para-médica e institucional del país, a la conclusión de la necesidad de un cambio inaplazable. Ulteriores experiencias me indicaron que también nuestros países hermanos se encuentran en similares problemas, consecuencias de parecidas causas, que exigen una concepción diferente de la política a seguir. Este cambio debe tener como fin, ampliar al máximo la cobertura de los programas de salud y ofrecer a nuestros pueblos una atención integral y de calidad superior.

“En julio 29 del presente año expuse ante la opinión pública la necesidad de rediseñar el sistema para lograr aquel que permita la centralización política decisoria en el Ministerio y la descentralización administrativa a nivel seccional o regional, que haga posible que las decisiones previamente planificadas, tengan la suficiente fuerza para traducirse en realidad de ejecución y desarrollar un programa coherente, dinámico y armónico, tanto en la promoción de la salud, como en la prevención de la enfermedad y en especial de la asistencia médica; evitando la dualidad de enti-

dades, la duplicidad de funciones, programas e inversiones y estableciendo un control efectivo de los recursos humanos y financieros.

“Los anteriores conceptos fueron acogidos favorablemente por la opinión, lo cual nos estimuló para avanzar en el estudio de los mecanismos a seguir a fin de lograr nuestros propósitos, llegando a la conclusión que el servicio único de salud debería constituirse en una meta y que para alcanzarla se requería pasar a través de un “sistema” que cambiara la pluralidad existente por una racional y progresiva coordinación e integración del sector salud dentro del marco conceptual al cual me he referido.

“Se hizo indispensable estudiar la estructura jurídica vigente y proyectar las normas legales que den al Gobierno los instrumentos necesarios para el rediseño propuesto, algunos de los cuales deben ser materia de ley y por lo tanto, ponerse a consideración del parlamento colombiano, y otros, reglamentados por decreto, en desarrollo de leyes preexistentes”.

La integración de la salud colombiana

Es decir, la idea predominante para nosotros radicó en proyectar, sobre supuestos realistas y concretos, un sistema de integración de la salud, ante todo teniendo en cuenta lo previsto por la Constitución Nacional. De un lado, lo pertinente a la iniciativa y a la decisión parlamentaria. Y, de otro, lo que expresamente pudiese establecer el Gobierno, de acuerdo con las facultades establecidas por la misma Carta y por las leyes vigentes a este respecto.

En efecto, durante el tiempo transcurrido de mi gestión, hemos venido trabajando a fin de darle no sólo un contenido cabal a la Reforma Administrativa de 1968, en cuanto se refiere al sector de la salud, sino que, por intermedio de una legislación más completa sobre el particular y de disposiciones emanadas del Ejecutivo que habrán de implementarla, para poder ofrecer así y poner en funcionamiento un sistema más eficiente y racional, acorde con las necesidades y con los recursos disponibles en el país.

Hemos creído que la integración de la salud dentro de un sistema unificado no sólo constituye en estos momentos una urgencia inaplazable desde el ángulo operativo de la administración pública, sino que implica un avance extraordinario y significativo en el aprovechamiento de los recursos materiales y humanos destinados a solucionar uno de los problemas más graves de nuestra sociedad.

Hasta ahora la organización de nuestra salud como lo comprueba su estructura misma, ha sido inarmónica y dispersa, hecho por el cual gran parte de ella se ha mantenido por fuera del control y de la vigilancia efectiva del Estado, desperdiándose así un precioso acervo de disponibilidades en detrimento o retraso de la formulación y el cumplimiento de los programas y las políticas correspondientes a este sector.

A grandes rasgos podemos determinar las formas como se han desarrollado históricamente las diversas acciones de la salud en Colombia, en vía de una definida **institucionalización** del sistema. Nuestros servicios de salud han tenido cuatro conductos de ejecución a saber:

a) **La acción comunitaria**, entendida por su carácter meramente curativo y de atención caritativa.

b) **La acción del Estado**, asumida como protección de la salud, a través de la erradicación de las enfermedades comunicables y de los hospitales y centros de salud de atención médica.

c) **La seguridad social**, originada en las convenciones de trabajo y ejecutada como atención médica y recuperación de la salud de los trabajadores.

d) **La medicina preventiva**, cuyo carácter ambulatorio ha sido institucional.

Dentro de estas modalidades, podemos especificar, en términos muy generales, el proceso de **institucionalización**, de la siguiente manera:

a) El concepto tradicional de caridad y voluntariado con el tiempo vino a complementarse con una filosofía de **protección social**, a través de instituciones como orfanatos, casas de reposo, asilos, etc., por una definida tendencia hacia la **institucionalización**.

b) La acción directa del Estado parte de la creación, en 1913, del Consejo Superior de Salud, posteriormente convertido en la Dirección Nacional de Higiene; luego, en 1938, con la creación del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social y, después, con la creación del Ministerio de Higiene (Ley 27 de 1946), convertido en el de Salud Pública, en 1953. Los servicios se orientan al **control de los elementos del medio ambiente urbano, campañas de vacunación y aislamiento de grupos nocivos**.

Se **institucionaliza** originalmente como un organismo vertical que no contempla de suyo mecanismo de **vinculación horizontal** con las entidades del grupo anterior.

Esta filosofía preventiva y de erradicación de las enfermedades evoluciona hacia un concepto de **atención de la salud**, que aparece en 1963 (Decreto 3224) y que sienta las bases jurídicas hacia una **concepción integral de la salud** (herramienta vital en el proceso de **integración**). Se crean los **servicios seccionales de salud** a los cuales se ha venido buscando integrar las **beneficencias**.

c) Otro paso hacia la **institucionalización** lo constituye la creación del **ICSS** y de las **Cajas de Previsión Social**, como entidades de atención médica, pero limitadas sólo a los aspectos relacionados con la recuperación de la salud.

d) El 50 o/o de las consultas reportadas por año, no correspondientes a la cobertura, se hallan dentro del ejercicio profesional privado. En la medida de la ampliación de los servicios **por parte del Estado** este volumen tiende a decrecer, traduciéndose en un aumento de la **posibilidad institucional de la salud**.

En consecuencia, en la actualidad se pueden considerar como **componentes institucionales** del servicio de salud, los siguientes:

1. Sector Oficial Institucional (control directo del Ministerio de Salud).
2. Sub-sector oficial (asimilado por otros Ministerios).
3. Sub-sector oficial y mixto (ICSS y Cajas de Previsión).
4. Sector privado.

Dentro de este proceso histórico de **institucionalización** de la salud se ha venido caminando hacia la integración del sistema. Sin embargo, se debe advertir que, por el sólo hecho de haberse **institucionalizado** paulatina y progresivamente el sector de la salud, **no quiere ello decir que se haya venido integrando** el sistema de salud tal como lo aconsejan los criterios técnicos y las mismas disponibilidades de los recursos existentes. Antes bien, en la medida del avance en este proceso de **institucionalización, la brecha entre los sectores ha venido siendo cada vez mayor y la dispersión de los recursos ha aumentado considerablemente.**

Alcances de la Reforma Administrativa

Desde luego que una de las grandes ventajas obtenidas por la Reforma del 68, consistió realmente en la competencia que se le otorgó al Ejecutivo para restablecer sobre asideros más firmes funciones que antes quedaban obsoletas debido a la inexistencia de mecanismos requeridos para ejercerlas. No podemos negar la importancia de este vuelco trascendental en la vida administrativa del país, en especial sobre aquellas áreas en donde antes se hallaban -como es el caso de la salud- prácticamente destruidos los canales por donde debían desarrollarse políticas de más vasto alcance. La Reforma del 68, es justo aceptarlo, garantizó un "campus" más expedito para la evolución de los programas del Gobierno y abrió hacia el futuro una perspectiva de mayor amplitud para los grandes propósitos nacionales.

Sin embargo, dicho transcurso afortunado no podía pretenderse suficiente. A posterioridad, era indispensable realizar los ajustes del caso

y se debían prever, como en efecto se logró ya en algunos sectores del Gobierno, los sistemas más adecuados al nuevo espíritu de modernización del Estado, el cual no ha sido cosa distinta que el de poder formular en nuestros tiempos las respuestas concretas y oportunas a los problemas que afectan a nuestra sociedad.

Dentro de las aspiraciones contenidas por la Reforma Administrativa del 68, no era posible atender de manera minuciosa a los requerimientos de cada sector. Como se trataba de una estructuración general en el funcionamiento en la actividad propia de la totalidad del Estado, se dejó para el efecto de los desarrollos posteriores el reordenamiento o reestructuración de cada uno de los sectores componentes. Era una empresa de indudable magnitud el haber emprendido este cambio básico de los estamentos administrativos, como un paso esencial a la sistematización, consolidación y unificación de los mismos. Y, ello fue más justificable para sectores que, como en nuestro caso, requerían por su carácter dinámico y complejo, de una atención aún mayor, prevista en tal forma que no chocara tan duramente con las actuales existencias y nos trajese por ello gravísimos e insalvables perjuicios.

Haciendo una síntesis muy somera sobre la organización de nuestra salud, tal como quedó resuelta a partir de la Reforma Administrativa del 68, tenemos que aceptar que la nueva orientación dispuso para el Estado de una serie de mecanismos en vía de aumentar su capacidad decisoria.

El Ministerio de Salud, a cuyo cargo se halla la dirección de la política del sector, pudo, desde entonces, ejecutar y coordinar las tareas a él asignadas con mayor beligerancia; pudo entrar a identificar un orden de prioridades para sus campañas de fomento y recuperación; pudo así mismo, establecer un principio de jerarquización y de nivelación a través de una operación más decisiva sobre las seccionales de salud; y, de igual manera, pudo estrechar sus contactos con aquellas entida-

des de la misma índole que, por factores de origen o por su propia naturaleza, se hallaban fuera de su acción directa.

La nueva estructuración del Ministerio le permitió, por así decirlo, un englobamiento más cabal de la actividad de la salud, traducándose esto en un ahorro muy positivo de los recursos existentes, y, por ende, en una disminución más o menos relativa de los índices negativos de la salud colombiana.

Pero, no obstante, dicha participación no significó un logro definitivo en las proyecciones de una política más ambiciosa. Para estar a la altura de las exigencias del sector, cada día se ha venido entendiendo como algo inaplazable el poder emprender un reordenamiento a fondo de nuestro sistema. La inquietud que inicialmente observamos se nos ha convertido, por fuerza de las circunstancias mismas, en un planteamiento de inevitable discusión pública, al cual se han sumado con especial interés todos los estamentos vinculados a este sector.

Precisamente, el primer reordenamiento operado dentro del Ministerio, a partir de la Reforma del 68, se quedó corto en cuanto a los alcances requeridos por las necesidades de la salud colombiana. En muchos aspectos, el abarcamiento a que hacemos referencia, si bien le trajo ventajas que es imposible desconocer hoy, ha ido convirtiendo al órgano superior de la salud en una entidad de coordinación y de asesoría, cuando quiera que lo que urge en el país es una intervención cabal y a fondo por parte del Estado en los actuales y escasos recursos de la salud. El sistema de integración busca, por lo tanto, retornar hacia el Estado, en razón a los niveles comprendidos por el sistema, los recursos que en este sentido le corresponde prioritariamente a la comunidad a fin de distribuirlos equitativa y racionalmente.

La reestructuración del sistema

Debe considerarse que la **integración** no solamente es o debe ser un proceso de **incorporación** de los **sectores** dentro de un **todo orgánico**, sino que deberá ser, primordialmente, una

reestructuración de los sectores, a fin de hacerlos más aptos y eficientes para las prestaciones del servicio. Se requiere cohesionar y ampliar cada uno de los sectores. Se requiere **reordenarlos** y **jerarquizarlos** de acuerdo con las actuales conveniencias, pero también centralizarlos o descentralizarlos en razón a su mayor operatividad y su mejor administración.

Debemos entender que el primero y más importante de los pasos a seguir, es el que corresponde a lo que hemos denominado el **sector oficial institucional**, es decir, aquel sobre el cual el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, ejerce un control y una administración directa.

Es importante anotar que la **unificación** del sistema de salud no implica, en nuestro medio, una **desprivatización** de las actuales instituciones de salud, sino un ejercicio más beligerante, coordinado y armónico por parte del Estado sobre aquellas instituciones vinculadas a él, a fin de lograr un mejor desarrollo de las políticas que le corresponde trazar. De tal suerte, la reforma que se propone trata esencialmente de un **reordenamiento intra-institucional** propiamente dicho del sector predominante, a saber, el **sector oficial institucional**, para luego, así, estudiar la conveniencia de la integración de los **sub-sectores oficiales** y mixtos y de la coordinación y asistencia del sistema y la coordinación con el sector privado.

Con base en la Reforma Administrativa de 1968 y mediante el Decreto 2470 del mismo año, se estableció para el Ministerio de Salud Pública una nueva estructura administrativa y se ampliaron y concretaron sus funciones, buscando adecuarlas a las condiciones actuales de la salud pública del país. Allí se consideró al Ministerio como la cabeza de un sistema nacional de salud, comprendido éste como el conjunto de organismos cuya finalidad específica es la de procurar la salud de la comunidad.

El Decreto 2470 de 1968, es muy claro al establecer como funciones básicas del Ministerio las siguientes:

a) Determinar la política del Estado en materia de salud y **adelantar su ejecución**.

b) Preparar los planes y programas de inversión y otros desembolsos públicos en materia de salud a escala nacional, de acuerdo con los planes de desarrollo económico y social, adoptados por el Gobierno Nacional.

c) Dictar, en desarrollo de la ley y de los decretos respectivos, las normas para la **programación, promoción, protección y recuperación de la salud y vigilar** su cumplimiento por parte de las entidades públicas y privadas encargadas de ejecutarlas.

d) **Orientar, coordinar y controlar**, en la forma contemplada por las respectivas leyes, estatutos y reglamentos, los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado y las sociedades de economía mixta que le estén adscritas o vinculadas.

e) **Vigilar el desarrollo y evaluar los resultados** de los programas de salud pública, ejecutados directamente por el Ministerio o por las entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales.

Frente a las funciones mencionadas, la misma disposición determina la estructura administrativa del Ministerio en orden a su dirección y organización y le asigna sus funciones específicas. Básicamente, en dicha estructura se contemplan aparte de las secciones administrativas, tres divisiones principales, tres unidades asesoras y tres unidades coordinadoras a saber:

- 1A) División de Campañas Directas.
- 1B) División de Atención Médica.
- 1C) División de Saneamiento Ambiental.
- 2A) Oficina de Planeación.
- 2B) Oficina Jurídica.
- 2C) Oficina de Administración de los Recursos Humanos.
- 3A) Consejo Superior de Salud Pública.
- 3B) Comité de Planificación de la Salud.
- 3C) Comité Técnico.

Con el establecimiento de dicha estructura y la determinación de sus funciones, la disposición a que nos referimos pretendía poner en marcha la **Organización Básica del Sistema Nacional de Salud Pública** mencionado allí mismo en el título I, capítulo 2o., y concebido

dentro de los tres niveles funcionales que cubren todo el territorio nacional. La adecuación de los planes y programas nacionales de salud a las condiciones regionales y locales, la ejecución de los mismos, la supervisión, la asesoría, coordinación y evaluación de su desarrollo y la disposición de los recursos ejecutivos del sistema, se pretendió estar garantizada por este **marco administrativo funcional** descrito en la Reforma. A través del Ministerio y de sus organismos adscritos, las políticas de salud tendrían un terreno firme y expedito y los recursos existentes serían distribuidos de manera más racional a como había sucedido en el pasado.

Sin embargo -y a pesar de que se pretendió asimilar al contexto administrativo el contenido de las funciones previstas- dicha reforma no contempló en detalle las necesidades del sistema. Nos atreveríamos a pensar que fue **realmente insuficiente el organigrama administrativo para el cumplimiento cabal de las funciones que se le asignaron al Ministerio** y que, en cuanto a la **funcionalidad del sistema como tal** y para los niveles señalados se carece de una mayor **previsión legal**. Se trata, entonces, de convertir al Ministerio de Salud en ese órgano superior que, como lo ha previsto su primera función básica, **determine** la política del Estado en materia de salud y **adelante su ejecución**. Tal como acontece en la actualidad las **normas, la vigilancia y el cumplimiento de la promoción, protección y recuperación** tienen un asidero un tanto deleznable en cuanto faltan instrumentos de ejecución o en cuanto, por el lento proceso de unificación y cohesión del sistema existente incoordinación de los niveles y, dentro de ellos mismos, entrabamiento de las operaciones e ineficacia de las políticas.

Por lo tanto, la reforma que se propone al sistema de salud pública, por las vías legislativa y ejecutiva, buscaría abarcar tres aspectos fundamentales:

- a) Un mayor desarrollo del sistema, a través de la ampliación administrativa del Ministerio de Salud Pública, como órgano superior de ejecución.

b) Un mejor funcionamiento del sistema, a través de la compactación establecida por los tres niveles y de la reorganización de los niveles locales y seccionales en orden al cumplimiento estricto de una política nacional de salud. Se trata de poner en verdadero funcionamiento los servicios seccionales de salud como corresponde a las necesidades actuales.

c) Un fortalecimiento del sistema, a través de la incorporación a él de aquellos organismos que hoy ejecutan políticas de salud y que, por razón de su autonomía, tanto intra como extra-sectorialmente, duplican esfuerzos y malgastan recursos que podrían ahorrarse dentro de la filosofía integral de la salud puesta en práctica por el **sistema único**.

Presentar, por lo tanto, este proyecto de ley tendiente a reorganizar el **sistema nacional de salud** es, a nuestro modo de ver, no sólo un encauzamiento de dicha petición ya generalizada, sino la decidida voluntad del Estado, de elegir, como se lo demanda la Constitución, la alternativa institucional más aconsejable dentro del servicio de la salud colombiana.

Una mayor funcionalidad administrativa y técnica

El proyecto de ley da autorizaciones al Ejecutivo para reorganizar el sistema de salud, aparte de la funcionalidad administrativa contenida en él, sobre la cual recalcaremos más adelante, se justifica por una serie de indicadores que describen la condición real apta al señalamiento de las metas a largo plazo dentro de este sector. Todos los esfuerzos invertidos por el Estado en esta materia, no tendrían iguales resultados, si no hubiese un contexto institucional suficiente para su viabilidad y eficiencia.

Los planes de desarrollo económico y social adoptados por los últimos gobiernos han sido enfáticos en recomendar para el sector de la salud una reforma en su estructura institucional, de tal magnitud que facilite el proceso de adopción de políticas destinadas a distribuir más racionalmente los recursos, para hacerles cumplir realmente su función complementaria

y multiplicadora dentro de la prestación de los servicios y para incidir notablemente en la modificación de los altos y alarmantes síntomas de depresión de la higiene y de la salud de nuestro pueblo.

Ante la creciente explosión demográfica del país y la escasez de recursos financieros para atender debidamente los planes de salud, un proceso de integración como el que nos proponemos es recomendable desde todo ángulo de vista. De manera específica, el plan de desarrollo adoptado por el Gobierno del Frente Social en el presente año, en la parte correspondiente a nuestro sector y después de haberse detenido en hacer una evaluación concienzuda sobre cada uno de los problemas que nos afectan, sitúa en primer orden, la necesidad de afianzar precisamente ese proceso de integración que se propone iniciar este proyecto que dejamos hoy a consideración del Honorable Congreso.

“La creación y organización -dice el plan general de desarrollo- de un servicio único nacional de salud, debe constituir una meta claramente definida.

“Una primera etapa sería el establecimiento de un sistema de salud, o sea el ordenamiento de los distintos elementos e instituciones que componen el sector, que deben coordinarse en objetivos y metas claramente definidas, determinados y realizados en conjunto”.

Y dentro de esta manifestación explícita, el plan de desarrollo considera como acciones concretas a seguir, las siguientes:

a) Creación de un sistema nacional y regional de información básica unificada, que integre las actividades hoy dispersas del Ministerio de Salud, ICSS y Cajas de Previsión.

b) Formulación y ejecución de un plan único de inversión. El diseño de programas conjuntos de inversión requiere una permanente combinación institucional que sólo será posible si se crea un mecanismo planificador único para el sector a través de una oficina sectorial de planificación.

c) Manejo de las actividades intermedias.

El tercer instrumento que se recomienda es la unificación de las políticas y normas sobre adquisición y distribución de drogas, productos farmacéuticos e instrumental y equipo médico-quirúrgico, insumos complementarios cuyo papel estratégico dentro de la política del sector se considera prioritario.

La unificación de políticas y normas, por lo demás favorecerían el desarrollo de una industria nacional que libraría al país de la dependencia económica mediante la creación de un solo mercado nacional, en vez, como sucede en el presente, de la fragmentación en reducidos mercados en competencia.

d) Revisión de la legislación y unificación de normas administrativas y de control fiscal.

Para favorecer la estructuración del sistema de salud y llegar a la organización de un servicio único se requieren instrumentos legales. En la actualidad existen disposiciones rígidas que hacen imposible la integración y dificultan la coordinación.

Asimismo, cabe anotar que la integración de la salud, ha sido no solo una preocupación de las políticas generales de los gobiernos, la cual se ha recomendado en forma prioritaria como es apenas obvio para quienes han tenido a su cargo la formulación de programas globales de desarrollo económico. Aparte de los criterios de ahorro y rentabilidad que se suponen deberán influir en todas las decisiones y los programas del Estado, dicho cambio institucional, para quienes mantienen una vinculación más estrecha, con estas cuestiones de la salud, se manifiesta también hoy como el centro al cual deberán converger sus inquietudes investigativas.

En el último documento elaborado por el Departamento Nacional de Planeación, con la participación de los técnicos del Ministerio de Salud, denominado "Estrategias y Mecanismos para la ejecución de Políticas de Salud", el cual fue aprobado por el Consejo de Política Económica y Social, encontramos

algunos apartes significativos sobre esta propuesta que transmitiré a guisa de ilustración y ejemplo a los señores parlamentarios.

Un diagnóstico sobre el problema

"En relación con el recurso institucional -dice el informe- propiamente dicho y haciendo caso omiso de la práctica privada sobre la cual no se ejerce una acción estatal directa, las demás conforman en la práctica tres sistemas (oficial, mixto y descentralizado) cuyo diverso origen y orientación, la variedad de sus mecanismos y fuentes de financiación y sus diferentes regímenes administrativos, han generado a través del tiempo modalidades institucionalizadas de comportamiento cuyas implicaciones y repercusión en la organización y prestación de los servicios se han traducido no solo en fragmentación de la atención médica en sí, sino también y fundamentalmente, en una gran diversificación y duplicación de instalaciones, con detrimento indudable de su rentabilidad y su aprovechamiento.

"Surgidas tanto de conveniencia de orden político local, o como fruto del entusiasmo de grupos o personas animadas de una gran motivación de servicio, pero en general sin conocimiento real de los requerimientos de la población, los hospitales en su localización geográfica no han obedecido a ninguna programación de tipo técnico. La distribución de camas hospitalarias acusa en general el fenómeno paradójico de que sobran en muchos sitios en tanto que en otros, se carece de ellas.

"Construcciones llevadas a cabo sin la realización previa de un análisis serio de la comunidad a la cual deben servir, es apenas obvio que posteriormente reciban una bajísima utilización. Los porcentajes de ocupaciones hospitalarias observados durante los últimos diez años, las cuales en promedio no sobrepasan el 60 o/o para el país, así lo demuestran.

"A lo anterior se añade una duplicación innecesaria de equipos, muchos de ellos de alto costo, consecuencia inevitable de la tendencia de autosuficiencia institucional y de la ausencia de una adecuada estratificación hospitalaria.

ria, cada una de cuyas entidades ha sido concebida, desarrollada y administrada con carácter eminentemente individualista.

“Por otra parte, agrega el documento, la orientación fundamentalmente preventiva que se intentó dar a los organismos originales en la iniciativa gubernamental directa, secretarías y direcciones, centros y puestos de salud, aislados de los hospitales y con restringida participación en actividades de la atención médica (interpretada como “medicina curativa”), creó una fragmentación en la prestación de servicios e identifica dos esferas de acción que aunque conceptualmente hoy se reconocen inseparables, en la práctica se tradujeron en la organización de los sistemas paralelos (oficial y mixto) con diferentes orientaciones de trabajo y distintos mecanismos de captación, asignación y utilización de recursos. Cada uno desarrolló su propio régimen administrativo, con diferentes escalas salariales y condiciones de servicio.

“La seguridad social, que como acción del Estado aglutina para el sector privado los servicios médicos empresariales existentes y en el sector público crea organismos individualizados para la atención de grupos definidos, agrega a su turno el tercer pilote institucional (descentralizado) que sustenta la prestación general de servicios de salud en el país. La orientación de este tercer grupo es fundamentalmente hacia una medicina de recuperación y la extensión y profundidad de sus beneficios varía de uno a otro esquema. Cada uno de estos, a su vez obrando dentro de su propio patrón administrativo, establece escalas salariales, mecanismos y adquisición de elementos y adelanta en forma individualizada obras de infraestructura.

“El desarrollo de estos tres grupos de servicio, que como se deja señalado difieren en origen, mecanismos de financiación y objetivos, han inducido necesariamente a una atomización de recursos y a un **tabicamiento intrasectorial** sobre el cual gravitan además de expectativas variadas de los grupos beneficiarios, disposiciones legales, conquistas laborales, etc., que han condicionado un crecimiento divergente”.

El país ha tenido entonces un sistema incoordinado de salud, con una fragmentación de los recursos, con atomización de acciones, deficiencias en la normalización y sistemas de información, sin unidad en la planificación general y en la formación del recurso humano y con una baja cobertura de la población.

No habiendo podido establecerse a través del tiempo la coordinación de los elementos del sistema, es obvio que los vínculos con otros sectores y actividades han sido débiles y la “simultaneidad de la acción” precaria.

Hacia una mejor estructuración institucional

Durante los últimos años, no obstante, deben destacarse una acción decidida y esfuerzos notables hacia una mejor estructuración institucional del sector. Los Decretos 1423 y 3224 de 1960 y 1963 respectivamente, fortalecen al Ministerio de Salud y establecen los lineamientos de una política integracionista preventivo-asistencial; la Ley 12 de 1963 faculta al Gobierno Nacional para la formulación del Plan Hospitalario Nacional y el Decreto 1499 de 1963 sienta las bases de constitución de los servicios seccionales de salud. La Ley 39 de 1969 establece finalmente el Plan Hospitalario Nacional.

Merced a esta legislación se crea un nuevo marco de referencia a través del cual se ejerce por parte del Ministerio de Salud una acción más dinámica y se abre la posibilidad real de aplicación de principios de normalización.

Las actividades cumplidas en este sentido se ven favorecidas por las limitaciones inherentes a las posibilidades de acción de un sistema hospitalario cuya capacidad de financiación propia es cada vez más ampliamente sobrepasada por la creciente elevación de costos de la atención médica, con el inevitable requerimiento de los mayores aportes por parte del Estado.

En la esfera de la seguridad social persisten, sin embargo, los dos esquemas fundamentales, el del trabajo privado (ICSS y Caja de Compen-

sación) y el del trabajo público ampliamente sub-dividido en las diversas Cajas de Previsión Social y similares.

De todo lo anterior se deduce claramente la necesidad de insistir mediante una acción decidida, en la mejor estructuración del sistema de salud. Para llegar a un tratamiento adecuado, se requiere trazar una política de salud coherente en el panorama nacional y utilizar estrategias apropiadas que conduzcan a la aplicación de dicha política y generen por tanto un proceso innovador del sistema actual.

El servicio único, como una meta ya definida

De tal suerte, la creación de un servicio único nacional de salud es una meta ya definida dentro de los diversos estudios que sobre dicha materia se han concebido en el país y se halla acorde con los cambios que se proyectan en la política general del desarrollo económico y social como elemento esencial para lograr una elevada rentabilidad y un tratamiento certero a las distorsiones señaladas.

El servicio nacional de salud implica una fusión administrativa, técnica y financiera, dentro de un solo organismo, encargado de planificar, de organizar, de ejecutar y de supervisar la aplicación de una política de salud para toda la comunidad.

La profunda modificación estructural que implica la transformación de la organización institucional actual, hacia la conformación del servicio único, requiere cambios de comportamiento y de actitudes tanto en las instituciones como en la comunidad misma. Es así como, dentro del contexto nacional, se hace aconsejable realizar dichos cambios por etapas.

En una primera instancia se trata del establecimiento del sistema nacional de salud, entendido éste como un ordenamiento de los distintos elementos institucionales que componen el sector, los cuales habrán de coordinarse en objetivos y metas precisas, determinadas y realizadas en conjunto.

Creemos, entonces, que cada una de las instituciones participantes en un sistema nacional de salud dispone de recursos humanos y de capacidad instalada que se hace necesario organizar a través de un proceso administrativo uniforme encaminado a obtener la mayor productividad posible de los recursos disponibles y a aplicar el conocimiento científico y tecnológico requerido para alcanzar la más alta calidad de las prestaciones sociales de salud. Se hace necesario someterlas a ciertas normas administrativas comunes, dirigidas a una mejor utilización, para evitar así duplicaciones y lograr un producto satisfactorio para la demanda y las aspiraciones de la comunidad.

Sobre la base de esta uniformidad del proceso administrativo en las distintas instituciones participantes -y bajo la dirección del órgano superior- que es el Ministerio de Salud la coordinación se transformará así en uno de los componentes básicos hacia el perfeccionamiento de la calidad y el aumento de la cantidad de servicios.

“La realización de los servicios -como bien lo anota en una interesante conferencia el doctor Alfredo Leonardo Bravo, de la OPS- tiene relación directa con la eficacia del proceso administrativo y constituye uno de los objetivos parciales del sistema”. En Colombia, particularmente dicha utilización se ha visto en buena parte obstruída por la marcha inorgánica del sistema, que ha conducido de manera inevitable a la concentración y a la escasez de los recursos en donde debería, por suerte de una administración más razonable, suceder obviamente lo contrario.

Indicadores reales de la situación actual

Si nos detenemos apenas en unos pocos índices comparativos, dicha distorsión deberá constituir uno de los ejemplos de reflexión acerca de la ineludibilidad con que debe acometerse dicho proceso correctivo.

Por ejemplo:

-El colombiano tiene un consumo promedio diario de 1.812 calorías y 46.2 gramos de proteínas, ante una meta de disponibilidad de 2.344 y 52.39 respectivamente.

-La protección del ambiente, advierte un serio desequilibrio en cuanto a las zonas rural y urbana, anotándose una diferencia considerable entre ellas, si observamos que para la primera alcanza un 75 o/o en lo relativo al agua potable mientras para la segunda sólo alcanza a un 21.9 o/o. Igualmente, lo relativo a las excretas, cuya relación y diferencia son 64 o/o y 10 o/o en esas mismas zonas.

-La concentración de médicos es hoy de un 74.2 o/o en todas las ciudades capitales de las diferentes secciones del país, en donde sólo vive un 31.1 o/o de la población, mientras en los municipios de menos de 20.000 habitantes, que constituyen el 63 o/o de la población, es apenas el 9.2 o/o. También el recurso limitado de enfermería se concentra fundamentalmente en las capitales en un 87.4 o/o del total.

-En Colombia existían en 1970 alrededor de 2.320 instituciones para la prestación de los servicios de atención médica, de las cuales 744 eran hospitales y el resto (1.576) de atención médica ambulatoria exclusivamente.

-El sector público, con 583 hospitales oficiales, mixtos o descentralizados, tenía 42.843 camas (88.2 o/o) del total; el resto de camas (5.706) eran de instituciones privadas.

-Los datos preliminares del DANE para 1970 muestran que de las 48.549 camas con que contaba el país, la utilización media fue de 64.9 o/o, que corresponden a un 67.4 o/o para pensionados. Los más altos índices de utilización se registran en Bogotá (pensionados 76.0 o/o; no pensionados 81.4 o/o) y Cundinamarca (pensionados 68.5 o/o; no pensionados 74.9 o/o); los más bajos, en las Intendencias y Comisariás (pensionados 29.1 o/o; no pensionados 43.0 o/o).

-Esta sub-utilización que tiene como característica la de ser mayor en los hospitales gratuitos, se explica porque la dotación de tales entidades no es suficiente para proporcionar un 100 o/o de atención; agrava aún más la situación el hecho de que las zonas rurales (con menor utilización) tienen dificultades de acceso a las instituciones hospitalarias; otra

causa que dificulta la utilización del servicio es que las drogas no están al alcance económico de quienes las solicitan. Gran número de los hospitales ubicados en áreas rurales no poseen los recursos necesarios para el tratamiento de enfermedades especiales, lo cual implica que quien solicita tales servicios tengan que ser trasladados a hospitales que los poseen, pero sin la seguridad de poder ser atendidos porque éstos tampoco cuentan con la capacidad para absorberlos.

-Pertenece también al sector público un total de 1.576 instituciones de atención médica ambulatoria exclusivamente. De éstos, el 85.5 o/o cuenta con financiación oficial o mixta y el resto depende de entidades descentralizadas (14.5 o/o).

-La distribución geográfica de los recursos de camas y hospitales presenta un déficit notorio en todas las regiones del país; se presentan en las ciudades y polos de concentración urbana que por su rápido desarrollo y sus procesos migratorios han aumentado la población, y por consiguiente sus necesidades, sin que los medios para satisfacerlas aumenten al mismo nivel.

-En las regiones rurales con difícil acceso a las ciudades y con problemas que impiden alcanzar niveles promedios satisfactorios, los problemas de salud se acentúan; a medida que la migración aumenta, los problemas se hacen más difíciles puesto que la fuerza de trabajo que sale del lugar es aquella apta para participar en el proceso productivo, y al emigrar se encontrará expuesta a nuevas condiciones de saneamiento y ambiente que no siempre le son favorables. Esta situación tiene su explicación en el enfoque de Gunnard Myrdal en su libro "Teoría Económica y Regiones Subdesarrolladas", y que denomina, "El principio de la causación circular y acumulativa", según el cual la pobreza, pocos alimentos con baja capacidad nutricional, hacinamiento en las ciudades, etc., que causan bajos niveles de salud y menor capacidad para el trabajo, ocasionan a su vez más bajos niveles de vida y generan un proceso de causación acumulativa negativa.

-Este principio contradice el equilibrio estable a que tendrían las fuerzas económicas y sociales, según los clásicos, y robustecen una vez más la necesidad de aplicar fuerzas exógenas al proceso para detenerlo y orientarlo hacia la posición positiva; estos factores exógenos son necesariamente los recursos, tanto humanos como físicos y financieros, porque como ya se anota anteriormente, no solamente se hace necesario crear un nivel de salud, sino mantenerlo. Esto reafirma la importancia que tiene el sector salud en la planificación del desarrollo del país, y presenta sus intervenciones como productivas, en cuanto refluyen en el incremento del desarrollo.

-Las migraciones internas desde las áreas rurales a las urbanas y grandes núcleos de población, tienen como consecuencia inmediata que el mismo individuo emigrante sufre cambios en sus condiciones epidemiológicas, puesto que ha vivido en áreas de menores contactos con enfermedades infecciosas.

-La migración rural urbana significa para la ciudad un incremento en la demanda de servicios, y a su vez el mejor servicio que se presta en la urbe atrae población rural y periférica que solicita servicios. A este factor se agrega el crecimiento demográfico y los cambios culturales que se han presentado en el grueso de la población latinoamericana ante la enfermedad, su tratamiento y los servicios médicos, factores que incrementan la demanda.

-Deberá tenerse en cuenta que el problema no es solo urbano: para 1970, el 40 o/o de la población habita en áreas rurales, lo cual plantea problemas de salud con características propias; el primero de ellos, y tal vez el más complejo, es la accesibilidad física de los mismos recursos, porque el carácter disperso de la población hace que la atención médica sea costosa y difícil; en segundo término, los niveles de vida son más bajos, lo mismo que los preventivos; en tercer lugar, los valores culturales son un impedimento que en muchos casos causa problemas adicionales e implica la necesidad de campañas masivas de educación con respecto a los problemas de salud.

-En estas circunstancias poco favorables, es necesario que el sector salud satisfaga simultáneamente la doble demanda: mejorar y extender los servicios a la población rural, y responder a la demanda creciente de los centros urbanos.

Estos y muchos otros puntos de comparación nos dejan entrever cómo, desde el punto de vista estrictamente del sector salud, la acción técnica y la decisión política deben tener como fines aquellos dispuestos a propiciar la organización de un servicio que permita de suyo una acción médica integral, eficiente, oportuna, igualitaria, continua y suficiente y una coordinación adecuada para el manejo de las actividades intra y extra sectoriales de la salud.

A través de nuevos mecanismos, más aptos y suficientes, este proyecto de ley que busca reformar el sistema nacional de salud, se orienta hacia una ampliación de los actuales niveles de cobertura, hasta poder llegar así, escalonadamente, a cubrir finalmente la totalidad de la población. Dicha ampliación no sería posible sin la reforma y el fortalecimiento que se prevé en el proyecto de reforma e integración del sector de la salud.

Ventajas del sistema nacional de salud

Se advierte que nuestro actual sistema de salud resulta prácticamente incompatible con dicho propósito. Sólo las ventajas operativas que trae consigo un sistema único integrado es lo que podrá garantizarnos todo aquello que hasta el momento no ha sido posible: rapidez en la toma de las decisiones, ahorro y rendimiento de los recursos humanos, utilización cabal de la capacidad instalada y coordinación intra e inter-institucional por medio de la integración de los procesos administrativos, mayor productividad y mejor calidad, facilidad para la evaluación y las políticas de planeamiento y adecuadas estructuras de regionalización y descentralización.

El presente proyecto de ley busca entonces cohesionar dicho proceso de integración, de acuerdo con las disposiciones que serán previstas en desarrollo de las facultades extra-

ordinarias conferidas al Gobierno. La aprobación de la ley determinará, a través de los desarrollos que le dará el Ejecutivo, institucional y definitivamente, las funciones y mecanismos de la futura organización de la salud.

Por lo tanto, me voy a permitir puntualizar, en términos generales, en qué consiste el proyecto de ley que dejamos a consideración del Honorable Congreso, ya que habrá una oportunidad más amplia durante el curso de las deliberaciones para entrar en detalle sobre todos y cada uno de los aspectos que se contemplan dentro de esta iniciativa legal.

Explicación del proyecto

La Reforma Administrativa de 1968 -como ya lo dijimos- estableció en forma claramente definida la superioridad ejecutiva del Ministerio de Salud Pública en la expedición y en el desarrollo de las políticas de dicho sector.

Dentro de la amplia gama de las funciones que le correspondía al Ministerio, se le asignaron además una serie de tareas cuyo cumplimiento le implicaba de suyo la mayor responsabilidad administrativa y operativa de la totalidad del sistema.

Igualmente, la ley se propuso crear el contexto administrativo que sirviera de base y de conducta no solo a la realización de las políticas y programas de salud sino también a la dirección eficiente por parte del Ministerio de todas las ejecutorias que se desprendieran del normal ejercicio de sus funciones.

Al considerar detenidamente el acoplamiento y la concordancia que debe existir entre los elementos teóricos encuadrados dentro de los objetivos y de las funciones y la práctica ejecutiva emanada de las decisiones administrativas del órgano superior, se hace fácil comprobar muchas deficiencias estructurales del sistema y, sobre todo, discordancias en la realización de las políticas debido a la desconexión o incoordinación de los niveles y, en muchos casos, a su propia atomización interna.

La intención de la Reforma Administrativa de 1968, fue, sin duda, la de proporcionar, con toda amplitud, el marco más apto para la integración del sistema.

En términos generales, este propósito quedó contenido en la ley y se avanza positivamente en buena parte del camino hacia la integración. Frente a una estructura desueta, en la cual el Ministerio y, por ende, el sector no gozaba de verdaderos instrumentos de poder, frente a una organización llena de vacíos y de entramientos tradicionales, se ideó un esquema concebido desde el punto de vista de la unificación de las existencias. El modelo dibujado por la Reforma Administrativa previó, en términos globales, la decisión de ir integrando los recursos del sistema, en vía a su mayor racionalización distributiva.

Sin embargo, la aplicabilidad misma de tal modelo no ha tenido hasta ahora la consistencia necesaria, en la medida en que el Ministerio, a quien debe corresponderle la conducción del sistema, no ha gozado de todos los mecanismos requeridos para lograrlo. Es esta la razón para que este proyecto de ley parta, en su artículo 1o., de la enunciación explícita de lo expresado en el Decreto 2470 de 1968, en el cual al Ministerio le corresponde la dirección del sistema nacional de salud a través de los tres niveles previstos.

Se trata de que en la unificación piramidal, dentro de la estructuración y cohesión que busca la reforma, aparezca el Ministerio como cabeza del sistema, señalando las directrices que le atribuye explícitamente la ley. Bajo ningún aspecto el propósito de esta disposición ha sido centralista. Se trataba de que el control del Estado activara enérgicamente en este proceso de integración. Para que hubiera una descentralización real y racional, una mejor distribución de los recursos, una mayor dinámica del Estado y un ejercicio eficaz de las acciones gubernamentales, se requirió que el principio organizativo le otorgara al órgano central una definida autoridad sobre sus propias políticas. Creemos que la jerarquización bien entendida será el instrumento más apto para alcanzar la normalización del sistema.

Partiendo de esta premisa, el proyecto de ley se propone (artículo 2o.) una reorganización cabal y completa de la actual estructura administrativa del sistema nacional de salud. Sobre el entendido de unas facultades extraordinarias al Gobierno Nacional se trata de una reforma a la organización, cuyo origen se debió igualmente a facultades extraordinarias. **Estas facultades son específicas** y se encaminan a determinar las modificaciones y las modalidades de la integración, previstas sobre la base de una justificación eminentemente técnica.

Consideramos que la Reforma Administrativa de 1968, en cuanto se trataba de un diseño sobre la totalidad del Estado, estaba sujeta en el futuro a los ajustes y los desarrollos requeridos por la dinámica propia de cada sector. Para lograr un verdadero fortalecimiento orgánico y una agilización del funcionamiento administrativo, para concebir una planeación y evolución de las políticas y una actualización de los métodos, se suponía que en cada sector y dentro de la filosofía que la inspiró, debían preverse nuevas normas ajustadas a su capacidad técnica y proponerse, en consecuencia, las reestructuraciones del caso.

Por lo tanto, las modificaciones a la estructura del Ministerio de Salud y al diseño del sistema que nos proponemos, como resultado de este espíritu de modernización del Estado, se hallan dentro de los alcances de la Reforma Administrativa de 1968 y acorde, al mismo tiempo, con la dinámica adquirida por el sector de la salud en los últimos años.

En primer término, dicha reestructuración, de acuerdo con los numerales del artículo 2o. del proyecto, que propone las autorizaciones al señor Presidente de la República, se prevé de la siguiente manera:

a) Una organización más tecnificada y una ampliación en la base de las dependencias del Ministerio. Con la creación, fusión, supresión y transferencia de las dependencias y de acuerdo con un análisis crítico y exhaustivo sobre las funciones que deben cumplir tales dependencias, se trata de **fortalecer** y de **tecnificar** el Ministerio en los diversos campos

de su actividad, especialmente en lo referente a las Oficinas de Planeación e Información, cuyo papel en los servicios de salud, dada su dinámica y su actualización permanente, es estratégico; en las oficinas encargadas de manejar la política de epidemiología, cuyas fases varían frecuentemente y requieren, por lo tanto, de mecanismos y de instrumentos que faciliten su movilidad; en las oficinas encargadas del manejo financiero de los programas del sector, para lograr así un eficiente manejo de fondos provenientes del Presupuesto Nacional y del Presupuesto de las Naciones Unidas (PNUD); y en las oficinas propiamente administrativas del organismo a fin de agilizar al máximo el proceso de adquisición de elementos, drogas, etc., de control de sus existencias y de su redistribución normal y equitativa.

b) La integración al sistema de las entidades creadas por ley y de los servicios de atención médica que prestan otras entidades del sector público. En este aspecto, no se trata de una pérdida del carácter descentralizado de tales entidades sino de una reorganización y coordinación de las mismas y de una jerarquización más coherente para lograr el cumplimiento de las políticas y de los programas que determine el Estado. La integración o incorporación parcial de estas entidades al sistema nacional y en algunos casos su desaparición e incorporación total (CORPAL, por ejemplo) proveerá los ajustes indispensables para ampliar la cobertura de los servicios de salud y distribuir la atención de las mismas en razón, primordialmente, a las necesidades regionales y locales. Sobre este particular, es interesante anotar las siguientes observaciones referentes a los problemas del sector:

-Solo el 40 o/o de la población colombiana recibe atención médica; el 60 o/o restante deja de recibirla por factores de accesibilidad (cultural, económica y física) o porque no necesita el servicio. El área rural y los grupos de bajos ingresos presentan las proporciones más bajas de cobertura.

-Dentro de la cobertura debe subrayarse la concentración de servicios de atención médica, factor que es mayor para los sectores privilegiados.

-Existen grandes diferencias en la calidad de la atención médica prestada a los distintos estratos de la comunidad, determinada por la falta de una política adecuada tanto en sus fines como en sus medios.

-El sistema ha obstaculizado la aplicación de las políticas de salud por falta de un engranaje de las instituciones que lo integran.

-Existe multiplicidad de normas, no suficientemente divulgadas y con controles de aplicación inoperante.

-Parte de los recursos se encuentran dirigidos a programas no realmente prioritarios.

-La tecnificación sin programación sectorial de los servicios ha producido altos costos en la prestación de los mismos, existiendo además diferencias substanciales en este aspecto entre las diversas entidades.

-Hay diferentes políticas salariales lo cual lleva a una situación competitiva dentro de las instituciones del sector.

Para solucionar esta gama de problemas es necesario reorganizar el sistema nacional de salud en procura de los siguientes objetivos:

Brindar atención médica integral a toda la población colombiana, procurando que la calidad sea igual en los diferentes estratos de la comunidad. Definir, organizar y ejecutar la política de salud mediante la unificación de planes, normas y procedimientos, registros sistemáticos, programación presupuestal, salarios, sistema de evaluación, sistemas de vigilancia y control. Propiciar y estimular los cambios en la formación de personal médico y para-médico, teniendo en cuenta la propuesta de regionalización de los servicios de atención médica a nivel nacional. Racionalizar la distribución de los recursos (humanos, materiales y económicos) de acuerdo a las necesidades del sector salud, estableciendo prioridades acordes a las políticas fijadas y programar sectorialmente la tecnificación progresiva de los servicios de atención médica, evitando altos costos y duplicaciones innecesarias.

La supresión, fusión o reforma de las entidades descentralizadas adscritas al Ministerio de Salud Pública y la transferencia a otros organismos del Estado de las actividades no específicas a él. Sin que implique una desaparición absoluta de dichas entidades, ni un aumento en la burocracia, tanto intra como extra sectorialmente, el sistema nacional de salud podrá compactarse y normalizarse. No se trata de una incorporación que conduzca a un gigantismo del sector, sino de una reasignación de las funciones en razón de su mejor marcha administrativa y financiera. El Ministerio de Salud Pública asume la responsabilidad en la coordinación de los servicios de salud, para hacer posible en el más alto grado, que la atención médica se encuentre disponible para la población entera y para asegurar que se proporcionen los otros servicios destinados a la protección de la salud. En el establecimiento, organización, mantenimiento y provisión de servicios de salud, participan varios organismos del Gobierno, en los niveles nacional, regional, local, así como instituciones privadas y otras.

La determinación del régimen jurídico, la organización y las normas fundamentales de las entidades hospitalarias y de asistencia social. Como ya lo enunciamos, la atomización del sistema, debido al carácter particularista actualmente predominante en esas entidades, presenta síntomas alarmantes de gravedad y distorsiona en grado sumo las políticas señaladas del Estado. Conforme a los principios del derecho público, esta disposición se encamina a propiciar un grado de integración administrativa y funcional más alta y una mejor canalización de los recursos oficiales.

El proyecto de ley contempla, además, la declaratoria de utilidad pública y de beneficio social (artículo 3o.) de las entidades hospitalarias e instituciones asistenciales. El sistema nacional de salud busca una proyección real sobre el país, sobre el supuesto de que la salud es un derecho de la comunidad. En tal sentido, este derecho no lo entiende sino a partir de la concordancia que debe existir entre el interés general de la sociedad y la voluntad implicada en el origen o fundación de todas

las instituciones de la salud. Una filosofía de utilidad pública deberá entonces primar en el manejo de los intereses del sector, máxime si la escasez de los recursos exige una gran ponderación y austeridad. Cuando se requiere una redistribución justa, creemos que sólo el Estado es quien mejor guarda el equilibrio de derechos de la comunidad. Se trata de una armonía entre el Estado y el beneficio social, teniendo de presente únicamente la necesidad humana.

Para la adecuación de la nueva estructura, el proyecto de ley determina una serie de disposiciones (artículos 4o., 5o. y 6o.) que garantizan el proceso de integración de los niveles seccionales y locales. Se trata de lograr básicamente una administración más expedita, uniforme y acorde con las normas trazadas por el Ministerio. Acicalándose como dependencias técnicas del sistema nacional, los servicios seccionales de salud, podrán dentro de él -a través de los contratos de integración que deberán celebrarse conforme a lo dispuesto por la ley- adecuar los planes y programas nacionales a sus condiciones regionales y locales, ejecutándolos dentro de una permanente supervisión, asesoría, coordinación y evaluación establecidas con el nivel superior. Sin menospreciar la capacidad ejecutiva de los servicios seccionales, este proyecto prevé una aplicación más drástica y uniforme de la política de salud colombiana. El proyecto busca o pretende, a través de las facultades de que reviste al señor Presidente de la República, antes que una disolución de la autonomía regional, su verdadera y auténtica integración, como condición mínima para disfrutar de los recursos y de las apropiaciones que les corresponden a las regiones de acuerdo con sus necesidades reales. Si en algún momento el Estado llegase a ejercer plenamente sus funciones, bien en forma directa o por intermedio de los servicios seccionales, para asegurarse el normal funcionamiento de las entidades hospitalarias y asistenciales, será únicamente para mejorar y no para deteriorar sus condiciones, para corregir y evitar así todos los errores posibles. Como ya lo anotamos, una de las graves fallas de nuestro sistema de salud se halla en el despilfarro o la falta de aprovechamiento de

recursos ocasionados por la excesiva concentración de los mismos en las áreas de mayor densidad poblacional. Para la ejecución de los programas de salud pública a nivel local, la definición aquí prevista es inaplazable.

Se pretende con esta nueva normatividad un ejercicio cabal de la autoridad del Estado y una corrección de todos aquellos errores cometidos en el pasado, precisamente por la compleja y ambigua concurrencia de intereses disímiles en la administración de los mismos. El Estado, sin que ello implique una **centralización** excesiva de sus funciones asume la responsabilidad de la política de salud. Por lo tanto, el proyecto establece los mecanismos que considera más expeditos para lograr, en el menor tiempo posible y sin mayores traumatismos, la **integración** que se propone. Por medio de disposiciones de tipo presupuestal para la construcción, remodelación o ampliación de las unidades de salud o para su dotación, o por medio de medidas coercitivas de administración, o por contratos ejecutados sobre bases mínimas, se logrará una **incorporación efectiva** de aquellos medios de que dispone y que por múltiples motivos dispersan recursos o se hallan con un alto índice de capacidad ociosa.

Asimismo, el proyecto determina que las adquisiciones de productos farmacéuticos, de asistencia médica y odontológica, de instrumentos, equipos y bienes muebles para el funcionamiento de los organismos de salud, se harán de conformidad con las reglamentaciones que establezca el Ministerio de Salud Pública. Esta disposición busca unificar los criterios de la política oficial en este sentido, en razón del ahorro que requieren las disponibilidades presupuestales y la distribución acorde con las necesidades regionales. Una mayor movilidad en el presupuesto de drogas y de dotaciones implicará un grado de mayor dinamismo institucional.

Finalmente, el proyecto de ley contempla la parte referente a los recursos humanos, encuadrados por las nuevas disposiciones que se señalen en el estatuto de personal encargado

de las actividades del sector. Sobre este particular, son muchas las inquietudes que debemos afrontar.

En todos los programas del campo de la salud, el progreso depende de la disponibilidad de personal bien preparado, suficiente en número y colocado geográficamente de modo que pueda proporcionar los servicios requeridos por la población. Este personal debe constar de elemento profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Con el avance de la tecnología tanto en medicina preventiva como en medicina curativa, se requieren nuevas técnicas y nuevos tipos de pericia. Se necesitan más especialistas en las áreas básicas y en las de reciente aparición.

La investigación es esencial para analizar los recursos existentes y la capacidad del personal en relación con las condiciones de salud de la población y determinar los tipos de servicios de salud más efectivos. Asimismo, para resolver los problemas, dar las facilidades educacionales y concebir los programas de estudio adecuados para preparar el personal médico y de salud en dichos servicios.

Se requieren muchos miles de médicos, enfermeras y odontólogos a fin de llenar los cuadros de personal y de los hospitales y otras unidades de salud. Número aún mayor de trabajadores auxiliares se requiere para que proporcionen ayuda a estos grupos en tareas específicas. Además, es esencial contar con otro personal para-médico profesional, técnico o auxiliar, entre los que se encuentran ingenieros sanitarios, inspectores de saneamiento, veterinarios, educadores de salud, estadísticos, demógrafos, economistas, administradores, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos X, dietistas, nutricionistas y fisioterapeutas.

Es esencial obtener información completa y fidedigna acerca del personal disponible en cada profesión o grupo de ocupación, tarea que es muy difícil de llevar a cabo en la mayoría de los países. Los centros de población constituyen una fuente de información porque usualmente contienen datos sobre ocu-

pación. Es indispensable tener registros permanentes para cada grupo profesional con actualización constante, agregando en forma regular información sobre los nuevos miembros de la profesión y efectuando el retiro de los fallecidos y de los inactivos, para poder determinar los recursos básicos disponibles y elaborar los planes para las futuras necesidades y para las instituciones educacionales.

Estos y muchos otros aspectos serán tenidos en cuenta a fin de conformar un estatuto consistente y adecuado a los niveles de atención médica y como una respuesta concreta al actual déficit en los recursos humanos del sector de la salud.

Una ley que demanda el país

Se trata, entonces, de un proceso paulatino y armónico, que será vigente de acuerdo a como lo aconsejan las circunstancias actuales y procurando evitar los desajustes propios de todo reordenamiento jurídico. Estamos seguros de que el proyecto de ley que someto a vuestra disposición, al ser aprobado, se convertirá en el eje principal de esta política de integración, tal como lo solicita el país en este sector, y como, sin duda, habrá de entenderlo el Congreso de la República.

Honorables Senadores:

Al tener el altísimo honor de entregar a vuestra consideración este proyecto de ley, me es grato reiterar a nombre del actual Gobierno del Frente Social, el deseo de controvertir uno de los temas de más honda preocupación nacional. La salud del pueblo colombiano es no sólo uno de los problemas que más afectan a nuestro desarrollo, sino que se plantea como una de las realidades más dramáticas e inquietantes de nuestro tiempo.

Vivimos en una parte del mundo, en donde podría afirmarse sin vacilaciones que los problemas de salud son resueltos con más lentitud y con mayores dificultades científicas. Son muy escasos los elementos que se nos ofrecen para afrontar dicha realidad y cada día serán aún menos si no los asumimos con la pericia

y con la inteligencia exigida o si los malgastamos en los errores y en las deficiencias estructurales que tradicionalmente aún no nos hemos atrevido a atacar de manera radical.

El Gobierno del Frente Social ha buscado, por todos los medios, encauzar su política hacia la obtención de un mayor bienestar para el hombre. En un lugar prioritario se encuentra la salud, como contexto para una promoción más efectiva en otros niveles de su actividad y de su trabajo.

Son muchos los esfuerzos que tendremos que desarrollar para convertir nuestro sistema en una verdadera palanca que logre una vasta

extensión de este servicio elemental de la comunidad. Creemos que una transformación como la propuesta, redundará en amplios beneficios y racionalizará el trabajo dentro de un sector que cubre a toda la comunidad.

Estamos seguros de la extraordinaria vocación del Congreso Nacional para aceptar las iniciativas que favorecen al pueblo colombiano y de su espíritu de servicio a través del papel predominante que le otorgan al Estado sus disposiciones. Esa convicción me lleva a solicitarle al Honorable Congreso, con todo respeto y consideración, una acogida favorable para el proyecto de ley que tengo el agrado de presentar.

L E Y N O V E N A D E 1973

“por la cual se reviste al Presidente de la República de facultades extraordinarias para reorganizar el sistema nacional de salud y el Ministerio de Salud Pública y se dictan otras disposiciones pertinentes”.

El Congreso de Colombia,

D E C R E T A :

Artículo 1o. Entiéndese por Sistema Nacional de Salud el comprendido por el Decreto número 2470 de 1968 (Título I: Capítulos I y II; Título II: Capítulo I) y estatuido conforme al ejercicio de las facultades extraordinarias que le confirió al Gobierno Nacional la Ley 65 de 1967.

Artículo 2o. Revístese de facultades extraordinarias al señor Presidente de la República por el término de dos (2) años, a partir de la vigencia de la presente ley para lo siguiente:

a) Adscribir o vincular al Sistema Nacional de Salud las entidades creadas por ley que presten servicios de atención médica y los servicios de atención médica de otras entidades del sector público.

b) Suprimir, fusionar, sustituir o reformar las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud Pública y transferir a otros organismos del Estado las actividades no específicas del sector salud.

c) Dictar las normas fundamentales de organización y funcionamiento de las entidades de asistencia pública y las asociaciones e instituciones de utilidad común dedicadas a la prestación de servicios de salud.

d) Determinar la organización y el régimen de funcionamiento de los servicios seccionales de salud que funcionan en las capitales de los Departamentos, Intendencias y Comisarias y en el Distrito Especial de Bogotá.

e) Elaborar el estatuto de personal y escala salarial para los funcionarios que prestan sus servicios en el Sistema Nacional de Salud, consultando la política general fijada al respecto y dentro de las posibilidades presupuestales.

Artículo 3o. Las adquisiciones de productos farmacéuticos de asistencia médica y odontológica, instrumental y equipos y los bienes muebles para el funcionamiento de los organismos de salud se harán de conformidad con las reglamentaciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 4o. Esta ley rige desde su sanción.

D E C R E T O L E Y N U M E R O 621 D E 1974

(10 de abril)

“por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de las facultades extraordinarias que le confiere la Ley 2a. de 1973 y oída la Junta Consultiva creada por la misma Ley,

D E C R E T A:

CAPITULO I

DEFINICION Y FUNCIONES

ARTICULO 1º El Ministerio de Salud Pública dirigirá el Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 2º El Ministerio de Salud Pública tendrá además de las funciones establecidas en el Decreto 1050 de 1968, las siguientes:

- a) Proponer y adelantar la ejecución de la Política Nacional en materia de Salud en concordancia con los planes generales de desarrollo.
- b) Dictar en desarrollo de la Ley y de los Decretos respectivos las providencias para la mejor atención de la salud de las personas y vigilar su cumplimiento por parte de las Entidades públicas y privadas encargadas de ejecutarlas.
- c) Orientar, coordinar y controlar en la forma contemplada por las respectivas Leyes, Estatutos y Reglamentos, los

Establecimientos Públicos, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y las Sociedades de Economía Mixta que le estén adscritas y vinculadas.

- d) Vigilar el desarrollo e inspeccionar los resultados de los programas y actividades de Salud ejecutados directamente por el Ministerio o por Entidades públicas, que tengan carácter de Instituciones de Utilidad Común, privadas o mixtas, sean nacionales o internacionales.
- e) Participar e intervenir, según sea el caso, en la formulación de los planes y programas de otros sectores que directa o indirectamente incidan en la situación de la salud de las personas y en la formación del recurso humano necesario para su atención.
- f) Las demás que el Presidente de la República le asigne o delegue.

CAPITULO II

DIRECCION Y ORGANIZACION

ARTICULO 3º La Dirección del Ministerio corresponde al Ministro. El Viceministro y el Secretario General son sus inmediatos colaboradores.

ARTICULO 4º El Ministerio de Salud Pública tendrá la siguiente Organización:

- | | |
|--|--|
| <p>A. DESPACHO DEL MINISTRO</p> <p>B. DESPACHO DEL VICEMINISTRO</p> <p>C. OFICINAS ASESORAS</p> <p>1. OFICINA DE PLANEACION</p> <p> División de Información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Encuestas - Sección de Registro Sistemático - Sección de Procesamiento de Datos - Sección de Análisis <p> División de Sistemas, Métodos y Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Diagnóstico y Normas Técnicas - Sección de Programación y Evaluación - Sección de Análisis Financiero - Sección de Análisis de Costos y Precios de Drogas <p> División de integración de Programas y de Proyectos de Inversión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de integración y compatibilización - Sección de Evaluación <p> División de Organización, Sistemas y Desarrollo Administrativo</p> <p>2. OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES</p> <p>3. OFICINA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Extensión Educativa - Sección de Divulgación y Publicidad <p>4. OFICINA JURIDICA</p> <p>D. SECRETARIA GENERAL, con las siguientes dependencias ejecutoras:</p> | <p>1. DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</p> <p> División de Programación de Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Proyecciones de Recursos Humanos - Sección de Estudios Metodológicos para la Planificación de los Recursos Humanos <p> División de Capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Pre-grado - Sección de Post-grado <p> División de Desarrollo de los Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Relaciones Industriales y Selección de Personal - Sección Red Nacional de Bibliotecas de Salud <p>2. DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA</p> <p> División de Oferta de Servicios de Salud</p> <p> División de Demanda de Servicios de Salud</p> <p> División de Evaluación de los Procedimientos de Atención Médica</p> <p> División de Control de Accidentes y Salud Ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sección de Control de Accidentes - Sección de Salud Ocupacional - Sección de Laboratorio de Salud Ocupacional y Toxicología <p> División de Programas Específicos</p> |
|--|--|

- Sección de Tuberculosis
 - Sección de Control de Enfermedades Transmisibles
 - Sección de Control de Enfermedades no Transmisibles
 - Sección de Salud Oral
 - Sección de Rehabilitación
- División Materno-Infantil y Dinámica de la Población
- Sección de Programación y Organización
 - Sección de Educación y Dinámica de Población
- División de Salud Mental
- Sección de Programación e Investigaciones
 - Sección de Organización de Salud Mental
3. DIRECCION GENERAL DE CAMPAÑAS DIRECTAS
4. DIRECCION GENERAL DE SANEAMIENTO
- División de Saneamiento Básico
- División de Conservación del Medio Ambiente
- Sección de Control de Contaminación Atmosférica
 - Sección de Control de Calidad de Agua y suelos
 - Sección de Saneamiento de Edificaciones
- División de Alimentos y Zoonosis
- Sección de Alimentos
 - Sección de Zoonosis
5. DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION
- División de Análisis, Proposición y Evaluación de Proyectos
- División de Asesoría, Consultoría, Programación y Ejecución de Investigaciones
- División de Financiamiento y Análisis de Fuentes de Recursos
6. DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA Y CONTROL
- División de Control de Instituciones
- División de Control de Drogas y Estupefacientes
7. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
- División de Vigilancia Epidemiológica
- Sección de Enfermedades Transmisibles
 - Sección de Enfermedades Crónicas
 - Sección de Sanidad Portuaria
- División de Análisis e Información Epidemiológica
8. DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION
- División de Importaciones y Compras
- Sección de Importaciones
 - Sección de Compras de Productos Nacionales y Suministros
- División de Administración Interna
- Sección de Servicios Generales
 - Sección de Personal

División Presupuestal y de Contaduría

DEL VICEMINISTRO

9. DIRECCION GENERAL DE CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

ARTICULO 6º El Viceministro de Salud además de las funciones señaladas en el Decreto 1050 de 1968 y de las que el Ministro de Salud le delegue, tendrá las siguientes:

División Técnica

- Sección de Planeamiento
- Sección de Diseño
- Sección de Construcciones
- Sección de Licitaciones y Contratos

a) Dirigir y coordinar las Oficinas Asesoras del Ministerio

División de Ingeniería y Mantenimiento Hospitalario

b) Dirigir la elaboración de los proyectos de presupuesto de inversión y funcionamiento del Ministerio y del Sistema Nacional de Salud y presentarlo al Ministro acompañados de su explicación y de la justificación detallada de cada una de las apropiaciones.

División Administrativa

- Sección de Personal
- Sección de Servicios Generales
- Sección de Compras y Provisiones

División Financiera

- Sección de Presupuesto
- Sección de Pagaduría
- Sección de Contaduría

ARTICULO 7º Son funciones comunes de las Oficinas Asesoras y Direcciones Generales del Ministerio.

E. UNIDADES DE COORDINACION Y DECISION DE ASUNTOS ESPECIALES

- Comité Técnico
- Consejo Asesor de la Dirección General de Recursos Humanos
- Consejo Asesor de la Dirección General de Investigaciones
- Consejo Asesor para Licenciamiento de Drogas y Biológicos
- Comités de las Oficinas Asesoras y de las Direcciones Generales
- Comisión de Personal

a) Proponer y llevar a cabo, directamente o por intermedio de otras Entidades, las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones o buscar la solución de problemas relacionados con su campo de actividades.

b) Elaborar y proponer a la Dirección del Ministerio las normas correspondientes a los asuntos derivados de sus funciones, en concordancia con los lineamientos de la política nacional de salud.

FUNCIONES DE LOS DESPACHOS Y DEPENDENCIAS DEL MINISTERIO

c) Proponer a la Dirección del Ministerio bases para la formulación de las políticas de Salud del país en lo que al campo de sus funciones se refiere.

DEL MINISTRO

ARTICULO 5º El Ministro de Salud Pública tendrá las funciones señaladas en el Decreto 1050 de 1968 y las prescritas por Leyes especiales.

d) Colaborar con las demas reparticiones y dependencias del Ministerio para el mejor desempeño de las funciones del mismo.

- e) Las Direcciones tendrán además las que el Ministro les asigne o delegue de acuerdo con la Ley.

DEPENDENCIAS ASESORAS

DE LA OFICINA DE PLANEACION

ARTICULO 8º La Oficina de Planeación tendrá, además de las asignadas por el Decreto 1050 de 1968, las siguientes funciones:

- a) Generar, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud, los datos estadísticos y la información necesaria para el cumplimiento del proceso de decisión.
- b) Establecer las políticas para la fijación y el control de los precios de las drogas y biológicos de consumo humano que se expandan en el país, de acuerdo con el Decreto 210 de 1974.
- c) Proponer políticas y sistemas para el desarrollo administrativo del Sector.
- d) Coordinar las actividades de las diferentes dependencias del Ministerio para los fines de formulación, supervisión y evaluación del Plan Nacional de Salud y de sus aspectos presupuestales.
- e) Supervisar y evaluar el proceso de planeación que se desarrolla en el país, relacionado con el Sistema Nacional de Salud.
- f) Establecer los mecanismos y procedimientos que aseguren una permanente evaluación del desarrollo de la política Nacional de Salud y de los respectivos planes y programas.
- g) Desarrollar sistemas, normas y procedimientos relativos al desarrollo administrativo del sector y brindar asesoría para su aplicación.

- h) Evaluar los programas de desarrollo administrativo del Sector y actualizarlos de acuerdo con los requerimientos de la política de Salud.

DE LA OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES

ARTICULO 9º La Oficina de Relaciones Internacionales tendrá las siguientes funciones:

- a) Proponer políticas en todo lo relacionado con reuniones y convenios internacionales, así como de cooperación técnica y asesoría internacionales en Salud.
- b) Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas.

DE LA OFICINA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

ARTICULO 10º La Oficina de Participación de la comunidad tendrá como función la siguiente: Proponer las bases para la formulación de políticas en materia de participación de la comunidad y supervisar, controlar, asesorar e informar sobre los programas que en esta materia se adelanten.

DE LA OFICINA JURIDICA

ARTICULO 11º Son funciones de la Oficina Jurídica, las asignadas por el Decreto 1050 de 1968 y las demás que se le asignen o deleguen.

DEL SECRETARIO GENERAL

ARTICULO 12º El Secretario General del Ministerio de Salud, tendrá las funciones establecidas en el Artículo 14 del Decreto 1050 de 1968, excepto las comprendidas en el literal g) del mencionado Decreto.

DEPENDENCIAS DEL SECRETARIO
GENERALDE LA DIRECCION GENERAL DE FORMA-
CION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
SALUD

ARTICULO 13º Serán funciones de la Dirección General de Formación de Recursos humanos las siguientes:

- a) Proponer los programas y el Plan Nacional de Recursos Humanos necesarios para el Sector.
- b) Supervisar y controlar el desarrollo de los mismos.

DE LA DIRECCION GENERAL DE ATEN-
CION MEDICA

ARTICULO 14º La Dirección General de Atención Médica tendrá la siguiente función: Coordinar, supervisar y asesorar los Programas de Atención Médica y de Salud Ocupacional que se realicen en el país.

DE LA DIRECCION GENERAL DE CAMPA-
ÑAS DIRECTAS

ARTICULO 15º La Dirección General de Campañas Directas tendrá como función: Planear, dirigir, administrar y ejecutar los programas de erradicación o control de enfermedades, que a juicio del Ministerio, deban realizarse directamente.

PARAGRAFO 1º El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria creado y organizado por el Decreto Legislativo 2968 de 1956, con sus recursos, organización y presupuesto, se hará cargo del cumplimiento de las funciones impuestas a esta Dirección. En consecuencia, el Jefe del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, será el Jefe de la Dirección General de Campañas Directas.

DE LA DIRECCION GENERAL DE SANEA-
MIENTO

ARTICULO 16º La Dirección General de Saneamiento tendrá las siguientes funciones:

- a) Elaborar y proponer los programas y actividades de Saneamiento Básico rural correspondientes al Plan Nacional de Salud.
- b) Proponer las medidas para controlar la contaminación de los suelos por agentes físicos y químicos.
- c) Vigilar por delegación en el territorio nacional todo lo relacionado con la producción, distribución y expendio de drogas, medicamentos, cosméticos, alimentos, bebidas alcohólicas, rodenticidas, detergentes y de todos aquellos otros productos que incidan en la salud individual o colectiva, o que puedan tener la peligrosidad por su contacto con el ser humano; además hacer cumplir las normas legales al respecto.
- d) Elaborar y controlar el desarrollo del Programa Nacional de Zoonosis.
- e) Coordinar las actividades de las dependencias de la Dirección con otras Instituciones que realizan actividades de saneamiento.

DE LA DIRECCION GENERAL DE INVES-
TIGACIONES

ARTICULO 17º La Dirección General de Investigaciones tendrá las siguientes funciones:

- a) Elaborar y proponer al Ministro al Plan Nacional de Investigaciones en Salud, de acuerdo a las necesidades técnicas o administrativas del Sector.

- b) Asesorar, coordinar técnica o económicamente y divulgar las conclusiones de las Investigaciones en Salud que se realicen en el país.

DE LA DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA Y CONTROL

ARTICULO 18º La Dirección General de Vigilancia y Control tendrá las siguientes funciones:

- a) Hacer cumplir las normas que regulan la expedición de licencias para importación o fabricación y venta de drogas, medicamentos, cosméticos, alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, roenticidas, insecticidas, detergentes y de todos aquellos productos, aparatos, equipos e instrumentos que incidan en la salud individual o colectiva, o que puedan tener peligrosidad por su contacto con el ser humano.
- b) Controlar, vigilar e inspeccionar, de acuerdo con las normas vigentes, las Beneficencias Departamentales, las Instituciones de Utilidad Común, las Loterías y Similares, así como las Corporaciones, Asociaciones y los Establecimientos Públicos del Sistema Nacional de Salud.
- c) Controlar el ejercicio de profesiones médicas y auxiliares.
- d) Revisar en cualquier momento de oficio o a petición de parte, las licencias y registros concedidos a los productos anteriores o aquellos que en adelante se concedan suspenderlos o cancelarlos cuando se incurra en cualquiera de las causales determinadas en las disposiciones legales. Igualmente podrá ordenar la congelación de la venta de los productos, cuando a su juicio sea necesario para proteger la salud pública.
- e) Hacer cumplir las normas para la apertura y funcionamiento de los laboratorios de producción farmacéutica y demás establecimientos farmacéuticos y de las fábricas en donde se elaboren los productos de que trata el literal a) de este Artículo.
- f) Proponer, en desarrollo de las disposiciones legales vigentes, las sanciones por violación de las normas que regulan la existencia o el funcionamiento de los laboratorios de producción farmacéutica y de las que regulan la importación, fabricación y venta de los productos a que se refiere el literal a) de este Artículo.
- g) Proponer, en desarrollo de las disposiciones legales vigentes, las sanciones por violación de las normas que regulan la existencia y el funcionamiento de las Instituciones y Entidades que realizan actividades o programas de salud, en el país, incluyendo los Establecimientos Públicos.
- h) Mantener actualizada la legislación sobre inspección, control y vigilancia de las actividades y programas del Sector, a través de proyectos de legislación para entidades, instituciones y personas que participen en el Sistema Nacional de Salud.
- i) Efectuar o solicitar los estudios de orden científico que sean necesarios para la expedición de las licencias o registros para importación o fabricación y venta de los productos enumerados en el literal a) de este Artículo y para el control de los mismos productos que se hallen en el comercio.
- j) Aprobar los métodos presentación y texto de la propaganda para los productos de que trata el literal a) de este Artículo.

- k) Vigilar en todo el territorio de la República, lo relacionado con la producción, distribución o expendio de los productos enumerados en el literal a) de este Artículo y hacer cumplir las normas legales al respecto. Esta función será desarrollada en cooperación con la Dirección de Saneamiento.
- l) Expedir las licencias para apertura y funcionamiento de Laboratorios y fábricas a que se refiere el literal h) del presente Artículo.
- m) Efectuar las importaciones y las compras locales, regular y hacer la distribución y ejercer el control de las drogas, estupefacientes y en general de aquellas que sean susceptibles de producir hábito de acuerdo con las normas legales. El control lo ejercerá en coordinación con los demás organismos creados para tal fin.
- n) Elaborar y dar a conocer la lista de de todas las drogas y medicamentos que están sometidos a control especial y efectuar investigaciones sobre aditivos alimentarios, calidad de envases utilizables para la industria farmacéutica y alimentaria y determinar las aceptables
- o) Proponer medidas para cumplimiento de las obligaciones que el país haya contraído por convenios internacionales en relación con drogas, materiales, instrumentos y equipos. Velar por el cumplimiento de las disposiciones dictadas por el Gobierno en materia de organización y funcionamiento de las Instituciones de Utilidad Común que prestan servicios de atención médica en el país, conforme a los estatutos y demás normas vigentes. Ejercer el control y la vigilancia de los Establecimientos Públicos adscritos y vincula-

dos al Sistema Nacional de Salud, con el fin de hacer cumplir las disposiciones dictadas por el Ministerio.

- p) Supervisar el funcionamiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento en hospitales, laboratorios, clínicas y demás entidades similares.
- q) Inspeccionar, vigilar y controlar los bancos de sangre, los centros de plasmaferesis, los bancos de órganos y similares.

PARAGRAFO. En la Dirección General de Vigilancia y Control del Ministerio de Salud Pública funcionará el Fondo Rotatorio de Estupefacientes, el cual seguirá rigiéndose por el Decreto 267 del 24 de febrero de 1969 y demás normas y disposiciones vigentes.

DE LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

ARTICULO 19º La Dirección General de Epidemiología tendrá las siguientes funciones:

- a) Proponer las bases del Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica y dirigir su ejecución.
- b) Elaborar y proponer las normas correspondientes a los programas de control epidemiológico.

DE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION

ARTICULO 20º La Dirección General de Administración, tendrá la siguiente función: Programar, ejecutar y coordinar las acciones administrativas que deban cumplirse para el normal funcionamiento del Ministerio.

DIRECCION GENERAL DE CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

ARTICULO 21º La Dirección General de Construcciones y Mantenimiento Hospitalario tendrá las siguientes funciones:

- a) Estudiar en colaboración con la Dirección de Atención Médica, los programas médico arquitectónicos para la construcción de hospitales y demás organismos de salud;
- b) Proponer las prioridades para la provisión de camas y construcción de organismos de salud en desarrollo del Plan Hospitalario Nacional;
- c) Mantener y actualizar periódicamente la normación sobre el desarrollo de las inversiones del Plan Hospitalario y de los proyectos en ejecución;
- d) Estudiar en colaboración con la Oficina de Planeación del Ministerio los planes de inversión, construcción, dotación y mantenimiento de Hospitales;
- e) Elaborar, asesorar y revisar para aprobación del Ministro los esquemas básicos, anteproyectos y proyectos arquitectónicos para construcciones reformas y ampliación de hospitales y demás organismos de atención médica;
- f) Ejercer la vigilancia y control de las construcciones y programas de dotación contempladas en el Plan Nacional Hospitalario y de otros organismos de salud, que se adelanten con dineros del Tesoro Público.

PARAGRAFO. El Director General de esta Dirección podrá desempeñar al mismo tiempo las funciones de Secretario Ejecutivo del Fondo Nacional Hospitalario adscrito al Ministerio de Salud.

ARTICULO 22º Las funciones generales y las funciones propias asignadas a las Direcciones y Oficinas del Ministerio, lo ejercerán a través de las respectivas Divisiones y Secciones de su dependencia que se crean por el presente Decreto.

PARAGRAFO. Las Divisiones y Secciones, tendrán funciones correspondientes a su categoría dentro de las asignadas a las respectivas Direcciones u Oficinas.

UNIDADES DE COORDINACION Y DECISION DE ASUNTOS ESPECIALES

COMITE TECNICO

ARTICULO 23º El Comité Técnico es un Organismo Asesor del Ministerio para todos los asuntos que a través de la Secretaría General se sometan a su consideración y estará integrado por:

- a) El Secretario General del Ministerio, quien lo presidirá;
- b) Los Jefes de Direcciones Generales del Ministerio, y
- c) Los Jefes de las Oficinas Asesoras del Ministerio

PARAGRAFO. El Secretario General podrá invitar a participar en las deliberaciones del Comité a otros funcionarios, de acuerdo con la naturaleza de los temas a tratar.

CONSEJO ASESOR DE LA DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

ARTICULO 24º El Consejo Asesor de la Dirección General de Recursos Humanos para la Salud, tendrá las

funciones señaladas en el Decreto 2856 de 1972, coordinará los diferentes programas intersectoriales que se proyecten y desarrollen para la formación de personal de salud y sugerirá políticas para la formación y utilización de los recursos humanos para la salud.

El consejo Asesor de la Dirección General de Recursos Humanos estará conformado así:

- El Director General de Recursos Humanos, quien lo presidirá.
- Un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Un representante del Instituto Colombiano de Fomento para la Educación Superior (ICFES).
- Un representante del Ministerio de Educación Nacional.

PARAGRAFO. El Director General de Recursos Humanos podrá invitar a participar en las deliberaciones del Consejo a otros funcionarios, de acuerdo con la naturaleza de los temas que se traten.

CONSEJO ASESOR DE LA DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION

ARTICULO 25º El Consejo Asesor de la Dirección General de Investigación asesorará al Ministerio en todos los asuntos relativos a las investigaciones de Salud en el país y estará constituido por:

- El Director General de Investigación del Ministerio, quien lo presidirá.
- Un representante de la Organización Panamericana de la Salud

- El Director del Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas-Colciencias, o su delegado.

- Un representante del Instituto de Investigaciones Tecnológicas.

- Un representante del Departamento Nacional de Planeación.

- Un representante del Ministerio de Educación Nacional.

- El Director del Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud-INPES.

El Consejo tendrá como función principal la de servir de órgano de consulta y asesoría en todo lo referente a las funciones de la Dirección de Investigación; su acción asesora se ejercerá a nivel de la misma y la consultoría se prestará a las entidades o instituciones que la soliciten.

Además, a este Consejo serán sometidos los proyectos de investigaciones en Salud del Sistema Nacional de Salud y todos los proyectos que deban realizarse en el país y que en alguna medida soliciten o reciban aportes, subsidios o apoyos, provenientes de presupuesto del Tesoro Público o que se canalicen por intermedio del Departamento Nacional de Planeación o del Ministerio de Salud Pública. En ejercicio de esta función; el Consejo rendirá concepto sobre cada proyecto, el cual pasará a decisión final por parte del Ministro de Salud.

CONSEJO ASESOR PARA LICENCIAMIENTO DE DROGAS Y BIOLÓGICOS

ARTICULO 26º El Consejo Asesor para licenciamiento de Drogas y Biológicos, estará constituido por los siguientes miembros:

- El Director General de Vigilancia y Control.

- Dos representantes nombrados por el Presidente de la República.
- Dos médicos de preferencia Farmacólogos, nombrados por el Ministro de Salud Pública.
- Un Químico Farmacéutico nombrado por el Consejo Superior de la Universidad Nacional.

PARAGRAFO 1º El Director del Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud -INPES-, o su delegado, tendrá voz pero no voto en las deliberaciones del Consejo.

ARTICULO 27º Son funciones del Consejo Asesor para el Licenciamiento de Drogas y Biológicos de la Dirección General de Vigilancia y Control:

- a) Rendir concepto sobre las licencias y registros de todas las drogas, medicamentos, cosméticos, alimentos, bebidas alcohólicas, rodenticidas, detergentes y todos aquellos productos que deben estar sometidos a la vigilancia y control de esta Dirección.
- b) Asesorar al Ministro en los asuntos relacionados con el licenciamiento de drogas.

PARAGRAFO. Las Solicitudes de licencias y registros de drogas que tengan concepto del Consejo, pasarán a decisión final por parte del Ministro de Salud, por intermedio del Jefe de la Dirección General de Vigilancia y Control.

DE. LOS COMITES ASESORES DE LAS OFICINAS DE LAS DIRECCIONES GENERALES

ARTICULO 28º Los Comités tienen por objeto coordinar las actividades internas de las respectivas repar-

taciones. Asimismo, asesorarán a los respectivos Jefes en los asuntos que éstos sometan a su consideración.

Estos Comités estarán integrados por los Jefes de las Divisiones de las respectivas dependencias y por el personal técnico a su servicio.

DE LA COMISION DE PERSONAL

ARTICULO 29º En el Ministerio funcionará una Comisión de Personal de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2400 de 1968.

CAPITULO III

DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 30º El Gobierno tomará las medidas administrativas necesarias para la integración de los servicios previstos en este Decreto y hará los traslados presupuestales que para el efecto se requieran.

ARTICULO 31º El presente Decreto deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y en especial las normas contenidas en el Decreto Número 2470 de 1968.

ARTICULO 32º Este Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. E. a los 10 días del mes de abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública

(Fdo.) LUIS FERNANDO ECHAVARRIA
Ministro de Hacienda y Crédito Público

DECRETO LEY NUMERO 654 DE 1974
(10 de abril)

“por el cual se establece la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades conferidas por la
Ley 9a. de 1973,

D E C R E T A:

ARTICULO 1º Entiéndese 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, recuperación y rehabilitación; así como en los administrativos de dirección, ejecución y coordinación.

ARTICULO 2º El Sistema Nacional de Salud está formado por tres subsectores, a saber:

- I- El Subsector Oficial y Mixto, que comprende todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades de Salud y que responden a las siguientes características:
- a) Aquellas que dependen directamente del Gobierno;
 - b) Las que están adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud Pública;
 - c) Aquellas cuyo financiamiento es mixto por que reciben aportes estatales permanentes para su funcionamiento y en cuyos órganos

directivos está representado el Gobierno, las que tendrán el carácter de integradas al Sistema Nacional de Salud.

- II- El Subsector de la seguridad social que comprende todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades cuya finalidad es la prestación de servicios de salud a una población beneficiaria, la cual las recibe como contraprestación en reconocimiento de una relación patrono-laboral independientemente del origen del financiamiento respectivo.
- III- El Subsector privado, que comprende todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades de Salud que funcionan en el territorio nacional, bajo el régimen de derecho privado que no reciben auxilios estatales permanentes para su funcionamiento y que en sus órganos directivos no está representado el Gobierno.

ARTICULO 3º El Sistema Nacional de Salud tendrá una organización básica para su dirección en los niveles nacional, seccional y local. A esta Organización Básica para la Dirección, en sus niveles respectivos, estarán adscritas, vinculadas, integradas o coordinadas las entidades creadas por Ley de la República, Ordenanza Departamental o Acuerdo Municipal, que presten servicios de atención médica e igualmente, los servicios de atención médica correspondientes a otras entidades del Sector Público.

ARTICULO 4º Para los efectos del presente Decreto todas las Entidades e Instituciones incluídas en el Artículo 1º deberán pertenecer al Sistema Nacional de Salud, bien sea como adscritas, vinculadas, integradas o como coordinadas. La adscripción, vinculación o integración regirá para los efectos de seguir las orientaciones y directrices de los planes y programas de salud, propuestas por el Ministerio del Ramo. Asimismo, todas las entidades incluídas en el artículo 1º deberán estar coordinadas por la organización básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO. Las entidades e instituciones incluídas en el Artículo 1º que se hallen adscritos por Ley a otros Organismos Públicos diferentes al Ministerio de Salud Pública, deberán asimismo, estar integradas y coordinadas a esta para los efectos del presente Artículo, exceptuándose aquellos que pertenezcan al Ministerio de Defensa Nacional y a las Fuerzas Armadas del país. Entiéndese por coordinada la dependencia normativa que periódicamente y en desarrollo de la Ley, trace el Ministerio de Salud Pública para la realización de sus diferentes planes y programas.

ARTICULO 5º Entre la Organización Básica para la Dirección de cada nivel y los Organismos ejecutivos de los programas y actividades de Salud Pública en los Sectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado, existirá el régimen de adscripción, vinculación, integración, coordinación y dependencia que se establezca en desarrollo de la Ley 9a., de 1973 y de las demás normas pertinentes.

ARTICULO 6º La Dirección del Sistema a nivel Nacional estará constituida por el Ministerio de Salud Pública y, además de las establecidas por el Decreto 2470 de 1968 y aquellas asignadas por otras normas legales vigentes, sus responsabilidades serán las siguientes:

- a) Formulación de las políticas de salud del país y presentación de estas al al Presidente de la República para su estudio y adopción; ;
- b) Normalización de los diferentes aspectos del sistema;
- c) Planificación de los programas y actividades del Sector;
- d) Vigilancia y control de las agencias e instituciones de salud del país;
- e) Supervisión periódica de todos los niveles que constituyen el Sistema, y
- f) Coordinación de todos los Organismos Seccionales y Locales en cuanto a la realización de las campañas y programas sanitarios en relación con las personas y con la protección del medio ambiente.

ARTICULO 7º La Dirección del Sistema a nivel seccional estará constituida por los Servicios Seccionales de Salud, los cuales funcionarán en cada Departamento, Intendencia, Comisaría y Distrito Especial de Bogotá. Las principales responsabilidades de dichos Servicios, serán las siguientes:

- a) Adaptación de las políticas nacionales de salud en concordancia con las costumbres y las realidades propias de cada jurisdicción y desarrollo de las normas seccionales en armonía con aquellas;
- b) Ejercicio de la delegación obtenida para la vigilancia y control de las Instituciones y Agencias de Salud establecidas en su territorio;
- c) Elaboración y formulación de sus propios planes y programas de salud;

- d) Supervisión periódica de los niveles locales de su jurisdicción correspondiente y, cuando se haga indispensable, de sus instituciones y agencias ejecutoras;
- e) Realización de actividades complementarias y otras relativas a los programas específicos del Ministerio de Salud Pública y de las Entidades adscritas, vinculadas, integradas o coordinadas a nivel nacional que se le deleguen;
- f) Las demás que se le asignen por disposición legal o el contrato respectivo.

ARTICULO 8º Los Servicios Seccionales de Salud funcionarán como dependencias técnicas y normativas del Ministerio de Salud Pública y deberán acatar, adecuar y desarrollar todas las determinaciones que al respecto le sean formuladas por el órgano superior para asegurar el cumplimiento de las políticas de salud.

PARAGRAFO. Los Servicios Seccionales de Salud se sujetarán entre otros y primordialmente al Ministerio de Salud Pública, para los siguientes efectos:

- a) Aprobación del respectivo Plan Seccional de Operaciones elaborado por ellos dentro de los límites de la política de nivel central;
- b) Vigilancia y control del ejercicio presupuestal;
- c) Control en el cumplimiento de sus políticas y de sus normas;
- d) Incorporación al estatuto de personal para el sector y a los subsistemas nacionales y únicos de información, suministros e inversiones.

ARTICULO 9º Para efectos del cumplimiento de las políticas de descentralización administrativa los Servicios Seccionales de Salud, serán dependencias administrativas de los respectivos Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá.

PARAGRAFO 1º En cumplimiento de la descentralización administrativa a que se refiere el presente artículo, los Servicios Seccionales de Salud procederán automáticamente en cuanto a la determinación y manejo de su personal, de su presupuesto y de los demás asuntos administrativos de acuerdo con los requisitos establecidos por la Ley con los reglamentaciones emanadas del Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO 2º Para los efectos de la descentralización administrativa y financiera a que se refiere este artículo, los aportes y apropiaciones presupuestales destinados a los Servicios Seccionales de Salud, inclusive los correspondientes a las Entidades que deben celebrar el Contrato de que se trata en el presente artículo y demás fuentes oficiales de financiamiento se harán, preferentemente, en forma global para facilitar y permitir la ejecución de los planes y programas de salud en el respectivo Servicio.

PARAGRAFO 3º En los Departamentos, Intendencias, Comisarias y en el Distrito Especial de Bogotá donde existen actualmente Secretarías de Salud, éstas tendrán carácter de Servicio Seccional de Salud, lo cual constará en el contrato que se deberá celebrar para tal efecto entre el Ministerio de Salud Pública, los Departamentos, Intendencias, Comisarias, el Distrito Especial de Bogotá y las respectivas Beneficencias. En donde sean creadas en el futuro, la creación de cada Secretaría implica que ésta será al mismo tiempo el respectivo Servicio Seccional de Salud.

PARAGRAFO 4º Las Secretarías de Salud Departamentales, Intendenciales, Comisariales y del Distrito Especial de Bogotá, en cuanto a su carácter de Servicios Seccionales de Salud, establecido en el respectivo contrato, dependerán técnica y normativamente del Ministerio del Ramo y su organización y funcionamiento serán reglamentados por el Gobierno.

PARAGRAFO 5º En los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Distrito Especial de Bogotá en donde no exista Secretarías de Salud el Servicio Seccional de Salud creado por medio de contrato suscrito entre el Ministerio de Salud y el respectivo Gobernador, Intendente, Comisario, Alcalde del Distrito Especial de Bogotá y Gerente de la Beneficencia estará sujeto para su organización y funcionamiento a las cláusulas del contrato, las cuales deberán ajustarse a las reglamentaciones mencionadas en el párrafo 4º del presente artículo.

ARTICULO 10º Cada Servicio seccional de salud estará dirigido por un Jefe quien será responsable del cumplimiento de las respectivas funciones en su jurisdicción y estará asesorado por una Junta Seccional de Salud. A dicha Junta le corresponderá servir ante la Jefatura como órgano de expresión de las necesidades y aspiraciones de la comunidad en materia de salud.

PARAGRAFO. Los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud serán nombrados por los respectivos Gobernadores, Intendentes, Comisarios o Alcalde del Distrito Especial de Bogotá de terna previamente convenida con el Ministro de Salud y serán funcionarios del respectivo Gobierno Seccional con el carácter que les determine en cada caso, la norma pertinente. Así mismo, actuarán, en desarrollo del contrato, como

agentes directivos del Ministerio de Salud Pública en lo que concierne a garantizar el cumplimiento y desarrollo de las políticas nacionales de salud y a las adaptación y aplicación de las normas técnicas correspondientes dictadas por el nivel nacional.

ARTICULO 11º La Junta Seccional de los Servicios de Salud es un Organismo Asesor de los mismos y tendrá la siguiente composición:

- 1) El Gobernador del Departamento, el el Alcalde del Distrito Especial de Bogotá, o sus delegados;
- 2) El Gerente de la Beneficencia Departamental o, donde no exista Beneficencia el Gerente de la Lotería Departamental o sus delegados;
- 3) Tres (3) representantes del Ministro de Salud Pública de libre nombramiento y remoción del mismo;
- 4) El Jefe del Servicio Seccional de Salud, quien tendrá derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO. En las Intendencias, Comisarias Seccionales la Junta se compondrá por un representante de cada uno de los Ministros de Gobierno y Salud y el Intendente o Comisario o sus suplentes y el Jefe del Servicio de Salud.

Esta Junta tendrá las funciones determinadas en el respectivo estatuto de organización del Servicio Seccional para asegurar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en la vigilancia y marcha de los planes y programas seccionales y asegurar una adecuada expresión de las necesidades de la comunidad en materia de salud. Además de las funciones específicas mencionadas, la Junta Asesora de los Servicios Seccionales de Salud desarrollará las siguientes funciones:

- a) Servir ante la Jefatura como órgano de expresión de las necesidades y aspiraciones de la comunidad en materia de salud;
- b) Aprobar el plan anual de operaciones del Servicio Seccional de Salud respectivo;
- c) Aprobar el presupuesto anual del Servicio Seccional de Salud respectivo;
- d) Nombrar para su área de influencia, los jefes de los niveles locales regionalizados de salud, los Directores de los Hospitales Sede de los niveles locales regionalizados y los administradores o síndicos de cada hospital sede en su área;
- e) Supervisar y vigilar el cumplimiento de las políticas, normas y programas de salud en la jurisdicción del Servicio.

ARTICULO 12º El Nivel Local del Sistema de Salud Pública comprenderá todos los recursos ejecutivos existentes en una determinada área geográfica tales como Hospitales, Centros, Puestos de Salud, agencias de salud de los institutos descentralizados, demás Instituciones y las que se establezcan en el futuro. A dicho nivel corresponderá ejecutar todos los planes y programas de salud pública en su jurisdicción.

ARTICULO 13º La definición de todos y cada uno de los niveles locales que cubren el territorio nacional, lo mismo que sus áreas de influencia y los recursos ejecutivos del Sistema comprendidos en ellos, será dada por el Ministerio de Salud Pública a fin de lograr la creación de unidades funcionales.

PARAGRAFO 1º Para los efectos de esta disposición, el Ministerio deberá seguir un criterio de regionalización

de tal manera que la definición de cada una de las localidades comprenda determinada área geográfica con su correspondiente conjunto de Instituciones y Agencias ejecutoras. Cada nivel local regionalizado será una organización homogénea en sus aspectos técnicos, administrativos y de programación de servicios. En esta definición el Ministerio de Salud Pública tendrá presente que en cada nivel local regionalizado no quede comprendido más de un hospital universitario.

PARAGRAFO 2º El Hospital Universitario comprendido en el nivel local regionalizado, para recibir aportes o auxilios oficiales, deberá estar integrado al Sistema Nacional de Salud por medio de contrato suscrito entre el mencionado Hospital Universitario y el Servicio Seccional respectivo.

ARTICULO 14º La Dirección del Sistema de Salud a nivel local corresponderá a una estructura administrativa propia dependiente directamente del respectivo Servicio Seccional de Salud, la cual se halla incorporada simultáneamente con la dirección de uno de los hospitales que funcionen en la región y que por esta causa será denominado Hospital Sede.

PARAGRAFO 1º El Hospital escogido como sede del nivel local regionalizado funcionará como centro de referencia del Sistema para su nivel y su Director será el responsable de la realización de los planes y programas de salud de su región respectiva.

PARAGRAFO 2º En los Municipios donde exista Secretaría Municipal de Salud, esta será una dependencia administrativa propia del respectivo Municipio. Constituye la organización básica para la Dirección del Sistema de Salud en su área de influencia y en tal carácter depende técnica y normativamente del respectivo Servicio Seccional de Salud.

PARAGRAFO 3º Para los efectos del proceso de regionalización de los Servicios de Salud en el país, las Secretarías Municipales de Salud que determine el Ministerio, funcionarán como Servicios Seccionales de Salud en su área de influencia. Además, sin perder su dependencia del respectivo Servicio Seccional de Salud, de acuerdo con el párrafo anterior, ejercerá funciones similares a las de los Servicios Seccionales de salud en los términos del presente Decreto.

ARTICULO 15º La Dirección del Sistema de de Salud del nivel local, tendrá como principales responsabilidades, para ejercer la Dirección del Sistema, las siguientes:

- a) Adaptar, concretar y formular a su nivel respectivo los planes y programas derivados de las políticas nacionales de salud;
- b) Aplicar las normas nacionales en concordancia con las seccionales, según su realidad regional y local;
- c) Supervisar y coordinar los organismos locales ejecutores de actividades de salud en su jurisdicción;
- d) Realizar, por delegación, la vigilancia y control de las Instituciones;
- e) Realizar aquellas actividades complementarias y las demás correspondientes al desarrollo de los programas específicos del Ministerio de Salud Pública y de las entidades adscritas, vinculadas, integradas o coordinadas a los niveles nacional y seccional que se le deleguen;
- f) Aplicar el régimen de coordinación y dependencia que establezca la Ley y las demás normas pertinentes en relación con los organismos ejecutores de los programas y actividades de salud en su correspondiente área de influencia.

ARTICULO 16º El Nivel Local Regionalizado de dirección del Sistema dependerá técnica, normativa y administrativamente del nivel seccional correspondiente, y en virtud de esta dependencia deberá adaptary adecuar las Normas técnicas y administrativas emanadas del correspondiente Servicio Seccional de Salud.

PARAGRAFO 1º Para los efectos de esta disposición, la financiación de la estructura administrativa necesaria para el funcionamiento de la Dirección del Nivel Local regionalizado estará a cargo del Servicio Seccional de Salud respectivo, sea directamente o como transferencia con destinación específica. Se exceptúan las Secretarías Municipales de Salud, las cuales serán financiadas por el respectivo Municipio.

PARAGRAFO 2º En los niveles locales regionalizados, en donde funcione un Hospital Universitario, este será el Hospital Sede de dicho nivel.

ARTICULO 17º Las Agencias e instituciones ejecutoras locales de salud dependerán administrativa y programáticamente del Hospital Sede en cada nivel local regionalizado. Dicha dependencia consistirá en la aprobación de los actos administrativos que se determinen en los estatutos de organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud relacionados con presupuesto, nombramiento de personal técnico y elaboración de planes de operaciones, los cuales deberán cumplir las normas técnicas y administrativas promulgadas por los niveles nacional y seccional y adecuadas a la regional respectiva.

PARAGRAFO 1º En las Agencias e Instituciones ejecutoras locales de salud, lo mismo que en cada Hospital Sede, las decisiones correspondientes a los bienes patrimoniales adquiridos por la

Institución a cualquier título, excepto los provenientes de auxilios o aportes del Tesoro Público y venta de servicios, serán tomadas exclusivamente por la Junta Asesora con el fin de preservar la ubicación y utilización del patrimonio propio.

PARAGRAFO 2º Para los efectos de esta disposición y de las demás contenidas en el presente Decreto, el Estado a través de la organización básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud podrá tomar, en forma transitoria, la dirección administrativa y técnica de aquellos hospitales que por razones de orden público; de orden social, de orden administrativo o técnico estén funcionando en el sector de manera conveniente, a juicio del Ministerio.

ARTICULO 18º Cada Nivel Local Regionalizado de Salud tendrá un jefe, quien será responsable del cumplimiento de las funciones en su área correspondiente, y estará, además, asesorado por la Junta Regional de Salud.

PARAGRAFO. Los Jefes de los niveles locales regionalizados actuarán como agentes directivos del respectivo Jefe del Servicio Seccional de Salud, con el fin de garantizar el desarrollo y el cumplimiento de las políticas nacionales y seccionales de salud, lo mismo que para aplicar a su nivel correspondiente las normas técnicas y administrativas emanadas de dichos niveles regionalizados, incluyendo los Jefes de los Hospitales Universitarios.

ARTICULO 19º A la Junta Regional de Salud corresponderá servir ante la Jefatura respectiva como órgano de expresión de las necesidades y aspiraciones de la comunidad en materia de salud, y cumplirá, a su vez, las funciones de Junta Asesora del Hospital Sede, inclusive en el caso de los Hospitales Universitarios.

ARTICULO 20 A partir del 1º de enero de 1975, para recibir auxilios o aportes que provengan, directa o indirectamente, de la Nación o del presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, toda institución hospitalaria u organismo de salud adscrito, vinculado, integrado o coordinado, deberá ajustarse a las normas establecidas en el presente Decreto y a las demás disposiciones reglamentarias.

ARTICULO 21º Los Jefes de los Niveles Locales Regionalizados de Salud donde exista Hospital Universitario y los Administradores o Síndicos del Hospital Sede correspondiente serán nombrados por el Jefe del Servicio de Salud respectivo de temas que le presente la Junta Asesora del correspondiente Hospital Universitario.

PARAGRAFO. Se exceptúan de lo anterior los nombramientos de los Jefes y de los Administradores o Síndicos donde exista Hospital Universitario Sede de Facultad de Medicina que para el efecto determine el Ministerio de Salud Pública, caso en el cual serán nombrados por la Junta Asesora del Hospital, salvo lo que dispongan las normas legales vigentes y el contrato con el Servicio de Salud.

ARTICULO 22º Los Jefes de los Niveles Locales Regionalizados de Salud donde no exista Hospital Universitario y los Administradores o Síndicos del Hospital Sede correspondiente, serán nombrados por la Junta Asesora del Servicio Seccional de Salud.

ARTICULO 23º Los Jefes de los Niveles Locales Regionalizados de Salud desempeñarán simultáneamente las funciones de dirección correspondiente al respectivo nivel y las de Jefatura de Hospital Sede del mismo, inclusive en los Hospitales Universitarios.

ARTICULO 24º Los Directores de los Hospitales diferentes al Hospital Sede, serán nombrados por el Jefe del Servicio Seccional de Salud mediante convenio con el Jefe del nivel local regionalizado correspondiente, exceptuándose de esta disposición los Hospitales Universitarios.

ARTICULO 25º Los Directores de los Hospitales Locales y los Administradores o Síndicos serán nombrados por el Jefe del Servicio Seccional, hasta tanto se haya definido por parte del Ministerio de Salud Pública la regionalización a que se refiere el Artículo trece del presente Decreto.

PARAGRAFO. Para los efectos del Artículo 20º y el establecimiento del sistema de regionalización, las Instituciones de Utilidad Común procederán a reformar sus estatutos en concordancia con los términos de este Decreto.

ARTICULO 26º Los Centros y Puestos de Salud y de Socorro Locales, para poder recibir aportes o auxilios oficiales, serán dependencias administrativas directas del Hospital que determine el Servicio Seccional de Salud y su personal será nombrado por el Jefe Regional respectivo.

ARTICULO 27º La Junta Local de Salud de las regionales tendrá carácter de Junta Asesora y tendrá la composición y funciones que se determinen en el respectivo estatuto de la organización local regionalizada, para asegurar la participación de la comunidad respectiva en la toma de decisiones y en la vigilancia de la marcha de los planes y programas de la misma.

ARTICULO 28º Cada Nivel Local Regionalizado de Salud tendrá su propio estatuto de organización en concordancia con las normas de funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud.

ARTICULO 29º El presente Decreto rige a partir de su fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. E. a los diez (10) días del mes de abril de mil novecientos setenta y cuatro (1974).

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública

D E C R E T O L E Y N U M E R O 655 D E 1974

(10 de abril)

“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 Sub-sectores Privado, de la Seguridad Social y Oficial y Mixto”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales, legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973, y

C O N S I D E R A N D O:

Que en la Ley 9a. de 1973, por la cual se conceden facultades extraordinarias al Presidente de la República para reorganizar el Sistema Nacional de Salud se faculta al Gobierno Nacional para dictar normas fundamentales de organización y funcionamiento de las entidades de asistencia social y las asociaciones e instituciones de utilidad común dedicadas a la prestación de servicios en salud;

Que en el Decreto 2470 de 1968 se define el Sistema Nacional de Salud Pública y una organización básica para el mismo, acogidos por la mencionada Ley de autorizaciones;

Que entre los organismos ejecutores de las actividades de salud y la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud que se establezcan en el país en los niveles nacional, seccional y local regionalizado, debe haber una eficaz coordinación y dependencia para la ejecución de los programas.

Que para contribuir al cabal cumplimiento de la Ley de autorizaciones se hace necesario establecer un régimen de coordinación

y dependencia entre los diferentes organismos ejecutores de los programas de salud públicas que funcionen en los subsectores oficial y mixto, de la seguridad social y privado, y

Que este régimen de coordinación y dependencia necesita poseer la debida uniformidad con el fin de que la formulación de los planes de salud sea armónica y consistente en tal forma que permita facilitar la articulación y compatibilización con los planes de desarrollo a nivel nacional, seccional y local.

D E C R E T A

REGIMEN DE DEPENDENCIA Y MECANISMOS DE COORDINACION

ARTICULO 1º Establécese el siguiente régimen de dependencia y mecanismos de coordinación entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y las instituciones y agencias ejecutoras de los subsectores privado, de la seguridad social y oficial y mixto.

REGIMEN DE DEPENDENCIA Y MECANISMOS DE COORDINACION PARA LAS INSTITUCIONES Y AGENCIAS DEL SUBSECTOR PRIVADO

ARTICULO 2º Todas las Instituciones y Agencias del Sector Salud que funciones en el territorio nacional bajo

el régimen de derecho privado y que tengan por objeto la realización de programas y actividades de salud, deberán someter toda su actividad a los siguientes regímenes especiales, en lo pertinente:

- a) Código Sanitario Nacional;
- b) Régimen legal de profesiones médicas, paramédicas y auxiliares;
- c) Disposiciones sobre fábricas de alimentos, bebidas no alcohólicas, drogas, cosméticos y estupefacientes o afines;
- d) Normas especiales tendientes al establecimiento de sistemas nacionales únicos de información, inversiones y suministros para el Sector Salud;
- e) Normas sobre importación o exportación de equipos y materiales de consumo para el funcionamiento de organismos del Sector Salud;
- f) Normas relacionadas con el ejercicio legal de las profesiones médicas, paramédicas y auxiliares tendientes a obtener la vinculación de todos los profesionales, total o parcialmente en tiempo, a los organismos del subsector oficial y mixto, y
- g) Todas las demás normas que se dicten en relación con los diferentes aspectos del Sector Salud.

MECANISMOS DE COORDINACION PARA LAS INSTITUCIONES Y AGENCIAS DEL SUBSECTOR PRIVADO

ARTICULO 3º Para efectos de la implantación progresiva de un adecuado régimen de coordinación entre las Instituciones y Agencias del subsector privado con las Instituciones y Agencias

de los subsectores oficial y mixto y de la seguridad Social, dentro del Sistema Nacional de Salud, se emplearán, entre otros, los siguientes mecanismos:

- a) Incorporación en el Plan Nacional de Salud, el cual para el subsector privado tendrá carácter indicativo;
- b) Participación en el Programa Nacional de Investigaciones en Salud;
- c) Vinculación a tiempo parcial del personal profesional como funcionarios de subsector oficial y mixto;
- d) Asesoría y consultoría técnicas y administrativas, y
- e) Incorporación en los subsistemas nacionales de información, Suministros e inversiones del Sector Salud.

COORDINACION DE LA PLANEACION

ARTICULO 4º Los planes, programas y actividades que desarrollen o pretendan desarrollar Instituciones y Agencias del subsector privado de la salud, deberán adaptarse y ser compatibles con los correspondientes planes locales de salud, para ser formulados por la organización básica de Dirección regional, en desarrollo de la política nacional para el Sector.

PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD

ARTICULO 5º Todas las investigaciones que en materia de salud se propongan las Instituciones y Agencias que laboran en el subsector privado de la Salud y que reciban aportes o auxilios oficiales, deben incorporarse en toda su ejecución al programa nacional de investigaciones en Salud que establezca el Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO. La incorporación a que se refiere este artículo es condición para que las investigaciones del subsector privado, puedan recibir aportes de financiamiento en dinero o en especie provenientes de los subsectores oficial y mixto, de la seguridad social o entidades Internacionales, que deban canalizarse, en virtud de los convenios existentes o que puedan existir, a través del Estado.

VINCULACION DEL PERSONAL PROFESIONAL DE LAS INSTITUCIONES Y AGENCIAS DEL SUBSECTOR PRIVADO AL SUBSECTOR OFICIAL Y MIXTO

ARTICULO 6º Los profesionales del Sector Salud que ejerzan legalmente en el país deberán estar vinculados, en lo posible, como funcionarios de alguna institución o agencia del subsector oficial y mixto, a efectos de:

- a) Enterarse de las necesidades de la comunidad de escasos recursos económicos;
- b) Proveer accesibilidad de todos los recursos disponibles en el país a los grupos sociales de bajos ingresos;
- c) Facilitar la implantación de los subsistemas únicos nacionales de planificación e información;
- d) Participar en la implantación y funcionamiento de los programas nacionales de investigación, adiestramiento y especialización de personal.

PARAGRAFO Los demás aspectos relativos a la vinculación parcial de personal a que se refiere este artículo, se ajustarán a los que se determinen en el Estatuto de Personal para el Sector Salud.

ASESORIA Y CONSULTORIA TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS

ARTICULO 7º Los Programas y actividades de asesoría y consultoría técnicas y administrativas que realicen las instituciones y Agencias del subsector privado de la salud, deberán desarrollarse en estricta coordinación con los que se llevan a cabo dentro de los planes y programas que en los niveles nacional, seccional y local se realicen bajo la dirección del Sistema Nacional de Salud.

SUBSISTEMA NACIONAL DE INFORMACION

ARTICULO 8º Todas las instituciones y Agencias del Subsector Privado de la Salud están obligadas a participar en el Sistema Nacional de Información en Salud que determine la organización básica para la Dirección del Sector en sus diferentes niveles.

PARAGRAFO. La participación consistirá en la rendición oportuna y veraz de datos sobre los principales aspectos que sean necesarios para el funcionamiento adecuado del Sistema, en desarrollo de la coordinación de las instituciones y Agencias del Subsector Privado con todo el Sector, siguiendo los criterios, normas y técnicas que para el efecto determinen en el Sistema Nacional de Información.

SISTEMA NACIONAL DE SUMINISTROS

ARTICULO 9º La importación de materiales y equipos provenientes del exterior del país que realicen las personas, Instituciones y Agencias de Salud del subsector privado en el país, deberán hacerse a través de los mecanismos del Sistema Nacional de Suministros, que funcionará dentro de la Organización Básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO. La utilización de los materiales y equipos a que se refiere este artículo estará bajo la vigilancia y control del Ministerio de Salud Pública o la entidad que haga sus veces para que sirva únicamente a la Institución, Agencia o persona beneficiaria.

REGIMEN DE DEPENDENCIA Y MECANISMOS DE COORDINACION PARA LAS INSTITUCIONES Y ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PREVISION SOCIALES

ARTICULO 10º Establécese el siguiente régimen de dependencia y mecanismos de coordinación entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud, los Institutos y Entidades del Subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales.

ARTICULO 11º El Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, ICSS, la Caja Nacional de Previsión, las Cajas de Previsión de otros Ministerios diferentes al Sector Salud, los Servicios Médicos de otros Ministerios diferentes al de Defensa Nacional y las Cajas Seccionales de Previsión de los Departamentos y Municipios del país, en lo relacionado con los programas y actividades para la prestación de servicios de salud, deberán someterse a las políticas y planes del sector en sus niveles respectivos.

PARAGRAFO. Para el efecto de esta disposición, el Sistema Nacional de salud, en sus respectivos niveles determinará los mecanismos adecuados para la participación activa de dichas entidades e instituciones en la formulación de las políticas, normas y planes del Sector.

ARTICULO 12º Las Entidades e Instituciones de la Seguridad y la Previsión Sociales que desarrollan programas

y actividades de salud en el país estarán sometidos en lo pertinente a la atención médica a la supervisión, vigilancia, control y evaluación por parte de la organización básica para la Dirección del Sistema en sus respectivos niveles.

ARTICULO 13º Todas las Entidades e Instituciones del subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales, que realicen programas y actividades de salud, deberán someterse a los siguientes regímenes especiales:

- a) Normas tendientes al establecimiento de los subsistemas nacionales de información, inversiones, suministros e insumos críticos para el Sector Salud.
- b) Normas sobre importaciones y exportaciones de equipos y materiales de consumo para el funcionamiento de organismos del sector salud.
- c) Todas las demás normas que se dicten en relación con los diferentes aspectos del Sector Salud.

MECANISMOS DE COORDINACION PARA LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES DEL SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD Y LA PREVISION SOCIAL

ARTICULO 14º Para efectos de la implantación progresiva de un adecuado régimen de coordinación entre las Entidades e Instituciones del subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales con las Instituciones y Agencias del subsector oficial y mixto y el subsector privado dentro del Sistema Nacional de Salud, se emplearán entre otros, los siguientes mecanismos:

- a) Incorporación en el Plan Nacional de Salud, el cual para el subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales tendrá carácter obligatorio.

- b) Participación en el Programa Nacional de Investigaciones en Salud.
- c) Asesoría y consultoría técnicas y administrativas.
- d) Realización conjunta de programas y actividades con las otras Instituciones y actividades del Sistema, tanto del subsector oficial y mixto como del subsector privado.
- e) Incorporación en los subsistemas nacionales, información, insumos críticos y suministros para el Sector Salud.
- f) Integración a nivel con los programas de atención médica de los Servicios Seccionales de Salud.

COORDINACION EN LA PLANEACION

ARTICULO 15º Los planes, programas y actividades que desarrollen o pretendan desarrollar las Entidades e Instituciones del Subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales deben adaptarse y ser compatibles con los correspondientes planes locales de salud para ser formulados por la organización básica de Dirección Regional, en desarrollo de la política nacional para el Sector.

PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD

ARTICULO 16º Todas las investigaciones en materia de salud que se programen o realicen en las Entidades y en las Instituciones del subsector de la seguridad y la Previsión Sociales, deben incorporarse al programa nacional de investigaciones en salud que establezca el Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO. La incorporación a que se refiere este artículo es condición para que las investigaciones del

subsector de la Seguridad y Previsión Sociales puedan percibir aportes de financiamiento en dinero o en especie provenientes del subsistema oficial y mixto o de las entidades nacionales o internacionales, que deban canalizarse, en virtud de convenios existentes o que puedan existir, a través del Estado.

ASESORIA Y CONSULTORIA TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS

ARTICULO 17º Los programas y actividades de asesoría técnicas y administrativas que realicen las Instituciones y Entidades del subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales, deberán desarrollarse en estricta coordinación con los que se llevan a cabo dentro de los planes y programas que en los niveles nacional, seccional y local se realicen bajo la dirección del Sistema Nacional de Salud.

SUBSISTEMA NACIONAL DE INFORMACION

ARTICULO 18º Todas las Instituciones y Entidades del subsector de la Seguridad y la Previsión Sociales están obligadas a participar en el Sistema Nacional de Información en Salud que determine la organización básica de Dirección del Sistema en sus diferentes niveles.

PARAGRAFO. La participación consistirá en la rendición oportuna y veraz de los datos necesarios para el funcionamiento adecuado del Sistema en desarrollo de la coordinación de las Instituciones y Agencias del subsector de la Seguridad Social con todo el Sector, siguiendo los criterios, normas y técnicas que para el efecto se determinen en el Sistema Nacional de Información.

SISTEMA NACIONAL DE SUMINISTROS.

ARTICULO 19º La importación de materiales y equipos provenientes del exterior del país que realicen las Instituciones y Entidades del subsector de la Seguridad y Previsión Sociales en el país, deberán hacerse a través de los mecanismos del Sistema Nacional de Suministros que funcionará dentro de la Organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO. La utilización de los materiales y equipos a que se refiere el artículo estará bajo la vigilancia y control del Ministerio de Salud Pública o la Entidad que haga sus veces para que sirva únicamente a la Institución o Agencia beneficiaria.

REGIMEN DE DEPENDENCIA Y MECANISMOS DE COORDINACION.

ARTICULO 20º Establécese el régimen de dependencia y mecanismos de coordinación de que tratan los Artículos 21, 22, 23 y 24 del presente Decreto, entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y los organismos, instituciones, agencias y entidades del subsector oficial y mixto.

REGIMEN DE DEPENDENCIA PARA LAS INSTITUCIONES, ENTIDADES, ORGANISMOS Y AGENCIAS OFICIALES Y MIXTAS.

ARTICULO 21º Los Servicios Seccionales de Salud deberán someter todos sus planes, programas y actividades para la dirección, prestación y coordinación de los servicios de salud, a las políticas y normas que para ello adopte el Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO. Para el efecto de esta disposición, el Ministerio de Salud determinará los mecanismos adecuados para obtener la participación activa de los

servicios Seccionales de Salud y sus Entidades y Agencias en la formulación de las políticas, normas y planes del Sector.

ARTICULO 22º Los presupuestos de las Entidades e Instituciones del subsector oficial y mixto, de acuerdo con las normas legales pertinentes, no tendrán validez ni podrán ejecutarse, si previamente no han sido presentados para su estudio y aprobación al correspondiente nivel de la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 23º Las Instituciones y Agencias del subsector oficial y mixto estarán sometidos a la normalización técnica, supervisión, vigilancia, control y evaluación por parte de la organización básica para la Dirección del Sistema en sus respectivos niveles.

ARTICULO 24º Las Instituciones, Entidades y Agencias del subsector oficial y mixto deberán someter toda su actividad al siguiente régimen especial, en lo pertinente:

- a) Normas especiales tendientes al establecimiento de Sistemas Nacionales de Planeación, Información, Inversiones y Suministros.
- b) Normas sobre importación o exportación de equipo, materiales y suministros para el funcionamiento de organismos del Sector Salud.
- c) Todas las demás normas que se dicten en relación con los diferentes aspectos del funcionamiento, organización y regionalización del Sector Salud.

PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD.

ARTICULO 25º Todas las investigaciones que en materia de salud se propongan las Instituciones, Entidades y

Agencias del subsector oficial y mixto deben incorporarse al Programa Nacional de Investigaciones en Salud que establezca el Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO. La incorporación a que se refiere este artículo es condición para que las investigaciones puedan recibir aportes de los presupuestos provenientes de fuentes nacionales, o internacionales que sean canalizados a través del Estado o del Ministerio.

SUBSISTEMA NACIONAL DE PLANEACION

ARTICULO 26º Todos los planes, programas y actividades que desarrollen o pretendan desarrollar las Entidades, Instituciones y Agencias del Subsector oficial y mixto deberán adaptarse, compatibilizarse y estar incorporados a los planes formulados por la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes niveles y en desarrollo de la política del Sector.

SUBSISTEMA NACIONAL DE INFORMACION

ARTICULO 27º Todas las entidades, instituciones y agencias del subsector oficial y mixto están obligadas a incorporarse al Sistema Nacional de Información en Salud que determine la organización básica para la Dirección del Sistema en sus diferentes niveles.

SUBSISTEMA NACIONAL DE INVERSIONES

ARTICULO 28º Todos los proyectos de inversiones tales como la construcción, dotación, remodelación de hos-

pitales, centros y puestos de salud, construcción de acueductos y alcantarillados, vehículos, muebles, equipos de oficina, etc. los proyectos de inversión en capacidad operativa - que comprende la formación y adiestramiento de recursos humanos y los proyectos de inversión en creación de nuevas tecnologías que pretendan adelantar las entidades, instituciones y agencias del subsector oficial y mixto, seguirán los criterios, normas y técnicas que para el efecto determine el Ministerio en lo referente a su incorporación al Sistema Nacional de Inversiones.

SUBSISTEMA NACIONAL DE SUMINISTROS

ARTICULO 29º La adquisición de materiales y equipos provenientes del interior y del exterior del país que necesiten las Entidades, Instituciones y Agencias del subsector oficial y mixto, deberán hacerse a través de los mecanismos del Sistema Nacional de Suministros, que funcionará dentro de la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO. La utilización de los materiales y equipos a que se refiere este artículo estará bajo la vigilancia y control del Ministerio de Salud Pública o la Entidad que haga sus veces para que sirva únicamente a la Entidad, Institución o Agencia beneficiaria.

SUBSISTEMA NACIONAL DE PERSONAL.

ARTICULO 30º Todo el personal vinculado en forma permanente como funcionarios a los Organismos, Entidades, - Instituciones y Agencias del Subsector Oficial y Mixto se regirán por el Estatuto de personal y demás normas pertinentes que se dicten sobre la materia.

ARTICULO 31º Este Decreto deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

ARTICULO 32º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a 10 de Abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

D E C R E T O L E Y N U M E R O 673 D E 1974
(17 de abril)

“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”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

D E C R E T A:

DEL INSTITUTO NACIONAL PARA
PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD
(INPES)

ARTICULO 1º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud será dirigido y administrado por una Junta Directiva, un Director Ejecutivo y los diferentes funcionarios que determinen los estatutos.

ARTICULO 2º La Junta Directiva del Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud de que trata el Decreto 2913 de 1968, estará integrado por los siguientes miembros:

El Ministro de Salud o el Viceministro, quien la presidirá;

El Jefe de la Dirección de Investigaciones del Ministerio de Salud;

El Jefe de la Dirección de Saneamiento del Ministerio de Salud Pública.

El Jefe de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO. El Director Ejecutivo del Instituto formará parte de la Junta con derecho a voz pero sin voto.

DEL INSTITUTO NACIONAL DE FOMENTO
MUNICIPAL (INSFOPAL)

ARTICULO 3º El Instituto Nacional de Fomento Municipal será dirigido y administrado por una Junta Directiva, un Director Ejecutivo y los diferentes funcionarios que determinen los estatutos.

ARTICULO 4º La Junta Directiva del Instituto Nacional de Fomento Municipal de que trata el Decreto 3178 de 1968, estará integrada por los siguientes miembros:

El Ministro de Salud Pública o el Viceministro, quien la presidirá;

El Jefe de la Dirección de Saneamiento del Ministerio de Salud Pública;

El Gerente del Instituto de Desarrollo de los Recursos Naturales Renovables (Inderena), o su delegado.

Un representante de la Sociedad Colombiana de Ingenieros, nombrado por el Ministro de Salud Pública de terna que presentará dicha Entidad;

Un representante del Departamento Nacional de Planeación.

PARAGRAFO 1º El Director del Instituto formará parte de la Junta Directiva con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO 2º Las decisiones de la Junta Directiva requiere para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud o el Viceministro.

DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGIA

ARTICULO 5º El Instituto Nacional de Cancerología tendrá como objetivo el siguiente:

Servir de organismo ejecutor de los programas y actividades de la lucha contra el cáncer y enfermedades afines en todo el territorio de la República.

Para los efectos del cumplimiento del objetivo propuesto tendrá como funciones las siguientes:

- a) Participar en la formulación de la política nacional de prevención, tratamiento precoz y control del cáncer y enfermedades afines;
- b) Proponer al Ministerio de Salud Pública bases para la formulación de planes en desarrollo de la política de lucha contra el cáncer;
- c) Proponer los programas que sean necesarios para el desarrollo de la política de lucha contra el cáncer;
- d) Participar en la evaluación de los planes, programas y actividades adelantados por el Instituto;
- e) Realizar directamente o mediante contratos con los Servicios Seccionales de Salud y otras agencias del Sector Salud programas para el conocimiento del problema del Cáncer en el país y de las enfermedades precancerosas, su prevención, su diagnóstico y su tratamiento;
- f) Servir como organismo de enlace entre el Sector Salud y los demás Sectores en lo referente al desarrollo de los programas a su cargo;
- g) Proponer y llevar a cabo, directamente o por intermedio de otras Entidades las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones e intentar la solución de problemas relacionados con su campo de actividades;

h) Prestar atención médica hospitalaria y ambulatoria en la medida de sus posibilidades.

ARTICULO 6º La Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología estará integrada así:

- a) El Ministro de Salud Pública o su delegado, quien la presidirá;
- b) El Jefe de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública o su delegado;
- c) El Jefe de la Dirección de Investigaciones del Ministerio de Salud Pública o su delegado;
- d) El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública o su delegado;
- e) Un representante del Comité Nacional de lucha contra el Cáncer;
- f) Un representante de la Sociedad Colombiana de Cancerología;

PARAGRAFO 1º El Director del Instituto formará parte de la Junta Directiva con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO 2º Serán funciones de la Junta Directiva las establecidas en el Artículo 26 del Decreto 1050 de 1968 y requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministerio de Salud Pública o su delegado.

DEL HOSPITAL ANTITUBERCULOSO DE
"SANTA CLARA" DE BOGOTA

ARTICULO 7º Adscribese al Ministerio de Salud Pública, la Institución de Utilidad Común denominada Hospital Antituberculoso "Santa Clara" de Bogotá.

ARTICULO 8º El Hospital de "Santa Clara" desarrollará las siguientes funciones:

- a) Prestar atención médico-hospitalaria y ambulatoria en la medida de sus posibilidades a la población de su área de influencia;
- b) Servir como centro de referencia de pacientes de las regiones vecinas y de otras partes del país;
- c) Llevar a cabo las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones e intentar la solución de problemas relacionados con su centro de actividades;
- d) Desarrollar funciones docentes sobre campos específicos, sea directamente o en colaboración con las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y profesiones afines.

ARTICULO 9º Para el cumplimiento de las funciones propuestas, modifícase la Junta Directiva del Hospital "Santa Clara", la cual quedará así:

- a) El Ministro de Salud Pública o su delegado, quien la presidirá;
- b) El Jefe del Servicio Seccional de Salud del Distrito Especial de Bogotá o su delegado;
- c) El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública o su delegado;
- d) Un representante de la Liga Antituberculosa Colombiana;
- e) El Director del Hospital, asistirá a las reuniones de la Junta con voz pero sin voto.

PARAGRAFO. La Junta Directiva determinará el reglamento de funcionamiento de la misma y sus decisiones requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud Pública o su delegado.

DEL HOSPITAL RAMON GONZALEZ VALENCIA DE BUCARAMANGA

ARTICULO 10º El Hospital "Ramón González Valencia" continuará funcionando como establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 11º El "Hospital Ramón González Valencia" desarrollará las siguientes funciones:

- a) Prestar atención médica hospitalaria y ambulatoria en la medida de sus posibilidades a la población de su área de influencia;
- b) Servir como centro de referencia de pacientes de las regiones vecinas y de otras partes del país;
- c) Llevar a cabo las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones, e intentar la solución de problemas con su centro de actividades;
- d) Desarrollar funciones docentes sobre campos específicos, sea directamente o en colaboración con las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y profesiones afines.

ARTICULO 12º Para el cumplimiento de las funciones propuestas, modifícase la Junta Directiva del Hospital "Ramón González Valencia" la cual quedará integrada así:

El Ministro de Salud Pública o su delegado, quien la presidirá;

El Gobernador del Departamento de Santander o su delegado;

El Jefe del Servicio Seccional de Salud del Departamento de Santander o su delegado;

El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública o su delegado;

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Industrial de Santander;

El Jefe de Atención Médica del Servicio Seccional de Salud del Departamento de Santander.

PARAGRAFO 1º El Director del Hospital asistirá a las reuniones de la Junta con voz pero sin voto.

PARAGRAFO 2º La Junta Directiva determinará el reglamento de funcionamiento de la misma y sus decisiones requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud Pública o su delegado.

DEL HOSPITAL SANATORIO DE AGUA DE DIOS

ARTICULO 13º El Hospital Sanatorio de Agua de Dios continuará funcionando como establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud.

ARTICULO 14º El Hospital Sanatorio de Agua de Dios desarrollará las siguientes funciones:

- a) Prestar atención médico-hospitalaria y ambulatoria en la medida de sus posibilidades a la población de su área de influencia;
- b) Servir como centro de referencia de pacientes de las regiones vecinas y de otras partes del país;
- c) Llevar a cabo las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones e intentar la solución de problemas relacionados con su centro de actividades;
- d) Desarrollar funciones docentes sobre campos específicos, sea directamente o en colaboración con las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y profesiones afines.

ARTICULO 15º Para el cumplimiento de las funciones propuestas, modifícase la Junta Directiva del Hospital Sanatorio de Agua de Dios, la cual quedará así:

El Ministro de Salud Pública o su delegado;

El Jefe del Servicio Seccional de Salud de Cundinamarca o su delegado;

El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública o su delegado.

PARAGRAFO 1º El Director del Hospital asistirá a las reuniones de la Junta con voz pero sin voto.

PARAGRAFO 2º La Junta Directiva determinará el reglamento de funcionamiento de la misma y sus decisiones requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud Pública o su delegado.

DEL HOSPITAL SANATORIO DE CONTRATACION

ARTICULO 16º El Hospital Sanatorio de Contratación continuará funcionando como establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 17º El Hospital Sanatorio de Contratación desarrollará las siguientes funciones:

- a) Prestar Atención Médica Hospitalaria y ambulatoria en la medida de sus posibilidades a la población de su área de influencia;
- b) Servir como centro de referencia de pacientes de las regiones vecinas y de otras partes del país;
- c) Llevar a cabo las investigaciones necesarias para obtener el mejor desempeño de sus funciones, e intentar la solución de problemas relacionados con su centro de actividades;
- d) Desarrollar funciones docentes sobre campos específicos, sea directamente o en colaboración con las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y profesiones afines.

ARTICULO 18º Para el cumplimiento de las funciones propuestas, modifícase la Junta Directiva del Hospital Sanatorio de Contratación, la cual quedará así:

El Ministro de Salud Pública o su delegado;

El Jefe del Servicio Seccional de Salud de Santander o su delegado;

El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública o su delegado.

PARAGRAFO 1º El Director del Hospital asistirá a las reuniones de la Junta con voz pero sin voto.

PARAGRAFO 2º La Junta Directiva determinará el reglamento de funcionamiento de la misma y sus decisiones requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud Pública o su delegado.

ARTICULO 19º Los recursos que integran el Fondo Nacional Hospitalario serán administrados por la Junta Administradora a que se refiere el contrato celebrado entre el Gobierno Nacional y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en desarrollo de los Decretos 687 de 1967 y 1935 de 1973.

ARTICULO 20º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. E. a 17 días del mes de abril.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

DECRETO LEY NUMERO 702 DE 1974
(20 de abril)

“por el cual se establece el Sub-Sistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y en especial de las conferidas por la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

ARTICULO 1º Constituye el Subsistema Nacional de Información en Salud el conjunto de unidades, dependencias y personas de las Instituciones, Organismos, Agencias, Entidades y Consultorios de los Subsectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado y de la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud que tiene como función el participar en los procesos de registro, elaboración y análisis de datos, producción y comunicación de información para facilitar la toma de decisiones.

PARAGRAFO. El Subsistema Nacional de Información cubrirá las áreas de necesidades y demandas de la población en materia de salud; el volumen y características de las actividades técnicas y administrativas, de los recursos humanos, físicos y financieros y de las decisiones, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 2º La Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud asumirá la implantación del Subsistema Nacional de Información.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud Pública a través de su Oficina de Planeación tendrá a cargo el diseño, normalización y evaluación del Subsistema Nacional de Información.

ARTICULO 3º Con el objeto de obtener su incorporación al Subsistema Nacional de Información los Organismos, Instituciones, Agencias, Entidades y Consultorios de los Subsectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado tendrán la obligación de registrar, acumular y suministrar a la organización básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud los datos pertinentes sobre las áreas a que se refiere el parágrafo del artículo 1º de este Decreto, en concordancia con las definiciones, normas y procedimientos que determine el Ministerio de Salud Pública.

PARAGRAFO 1º Quedan incluidos, para efectos de este artículo, los consultorios dedicados al ejercicio privado de las profesiones médicas y auxiliares.

PARAGRAFO 2º El incumplimiento de las obligaciones mencionadas en este Decreto dará lugar a la imposición, por parte del Ministerio de Salud Pública, de las siguientes sanciones:

- a) Suspensión de auxilios o aportes provenientes del presupuesto nacional o Servicios Seccionales de Salud, decretados a favor de la Institución implicada.
- b) Suspensión y destitución en el cargo de los funcionarios responsables.
- c) Multas hasta de mil pesos (\$1.000.00) por cada omisión en el diligenciamiento de los formularios para la rendición de los datos.

ARTICULO 4º Las Unidades de Información de los Niveles de la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud, realizarán sus actividades de recepción,

registro, elaboración y análisis de datos, producción y comunicación de información en concordancia con las definiciones, normas y procedimientos que para el efecto determine el Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 5º El Ministerio de Salud Pública utilizará directamente o en colaboración con otras Entidades métodos de muestreo y encuestas para obtener de la población de el país datos relacionados con sus necesidades y demandas en materia de salud.

ARTICULO 6º Para efectos de producción de datos estadísticos de Salud de interés multisectorial el Ministerio de Salud Pública y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística establecerán conjuntamente mecanismos de coordinación y complementación

ARTICULO 7º A partir del 1o. de enero de 1975 para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente

de la Nación o del presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades del Sistema Nacional de Salud, deberán estar incorporados en los términos de este Decreto al Subsistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 8º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. E. a los 20 días del mes de abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

DECRETO LEY NUMERO 703 DE 1974

(20 de abril)

“por el cual se reorganiza el Instituto Nacional de Fomento Municipal,
INSFOPAL”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales, legales y en especial de las conferidas en la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

CAPITULO I. Naturaleza - Domicilio.

ARTICULO 1º Naturaleza. El Instituto Nacional de Fomento Municipal INSFOPAL funcionará como Establecimiento Público descentralizado, del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con Personería Jurídica propia, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

ARTICULO 2º Domicilio. El Insfopal tendrá como domicilio principal la ciudad de Bogotá, pero podrá establecer dependencias en otros lugares del país.

CAPITULO II. Negocios, Objetivos, Funciones y Atribuciones.

ARTICULO 3º Negocios:

- a) Ejecutar las políticas del Gobierno Nacional en el sector urbano referentes a los servicios de acueducto, alcantarillado, mataderos, aseo público y disposición de basuras, con el carácter de entidad directora y financiera de los programas asignados y responsable del control normativo, asesoría, coordinación y vigilancia de los organismos encargados de la prestación de esos servicios.

- b) Adicionalmente podrá atender programas de otras áreas de saneamiento ambiental al que le fueren encomendados por el Ministerio de Salud Pública.

- c) Transitoriamente podrá continuar encargado de la administración y operación directa de los servicios incluidos en los programas bajo su responsabilidad mientras se crean, organizan y fortalecen los organismos destinados a cumplir con esa finalidad, o cuando fuere indispensable o conveniente asumir transitoriamente la prestación directa de los mismos.

PARAGRAFO. Para los efectos del presente artículo se define el sector urbano como el conjunto de localidades del país cuya población nucleada exceda de 2.500 habitantes, según las estadísticas del DANE.

ARTICULO 4º Objetivos. Serán objetivos primordiales del INSFOPAL:

- a) Promover la integración de los programas y la coordinación de los organismos que participan en su ejecución, mediante una clara definición de los negocios y funciones asignados a cada uno de ellos en orden a que sus gestiones se complementen con las del INSFOPAL dentro de un plan coherente e integral que evite la dualidad y dispersión de esfuerzos.
- b) Estimular el auto-desarrollo de los organismos encargados de la prestación de los servicios con base en una descentralización administrativa responsable que propicie la participación local en el planteamiento y solución de sus propios problemas y contribuya al fomento regional.

- c) Buscar un sano equilibrio en el desarrollo regional, que tome en consideración los factores socio-económicos de las diferentes regiones colombianas y en que la acción de la administración central sea fundamentalmente de apoyo técnico y financiero a los organismos locales y regionales responsables de la prestación de los servicios.
- d) Impulsar la participación activa de las comunidades en los planes y programas, mediante labores de promoción y divulgación que faciliten la obtención de soluciones que siendo acordes con las necesidades de las gentes beneficiadas, sean a la vez compatibles con las restricciones en recursos de inversión.
- e) Alcanzar y mantener la autosuficiencia económica de los organismos encargados de la prestación de los servicios, al menos en aquellos que sean susceptibles de explotación comercial mediante la implantación, por una parte, de tarifas que siendo compatibles con las condiciones socio-económicas e instrumentos para la redistribución del ingreso, permita financiar los costos y atender la expansión de los servicios, y por otra parte, con una adecuada racionalización de los gastos mediante el mejoramiento técnico y administrativo.
- f) Alcanzar y conservar niveles adecuados en cuanto a la calidad y cobertura de los servicios con el fin de proporcionar satisfactorias condiciones sanitarias que mejoren la salud pública y estimulen el desarrollo general del país.
- g) considerar del Ministerio de Salud Pública, con el objeto de que éste a su vez realice las gestiones necesarias para la incorporación al plan general de desarrollo.
- c) Elaborar para aprobación del Ministerio de Salud Pública normas de carácter sanitario para el diseño, licitación, contratación, construcción, interventoría y explotación de los servicios bajo su responsabilidad y controlar su cumplimiento.
- d) Estudiar y recomendar al organismo oficial encargado de aprobar las tarifas de los servicios públicos asignados, las políticas y criterios convenientes, con el fin de que estos sean adecuados mecanismos de financiación de los servicios.
- e) Definir y fijar los criterios para la evaluación y selección de los proyectos que se incorporen dentro de los planes y programas teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas de las comunidades y ejercer el control de la ejecución de los mismos.
- f) Financiar o ejecutar los estudios y las obras programadas mediante contratos celebrados con personas naturales o jurídicas o por administración directa cuando sea conveniente.
- g) Velar por la eficiente prestación de los servicios, su conservación y ampliación o prestarlos directamente en forma transitoria cuando fuere conveniente.
- h) Requerir a los organismos que atiendan la prestación de los servicios incluidos en los negocios del INSFOPAL para que suministren información sobre la ejecución de sus planes, programas e inversiones y demás aspectos que permitan presentar al Gobierno Nacional estadísticas consolidadas y aplicar las sanciones del caso cuando no fuere suministrada oportunamente la información pertinente según la reglamentación que para el efecto dicte el Gobierno Nacional.
- i) Asumir directamente la administración de los organismos de derecho público encargados de la prestación de los servicios, cuya

ARTICULO 5º Funciones y Atribuciones:

- a) Formular recomendaciones al Ministerio de Salud Pública sobre la política que deba adelantarse en lo relativo a los servicios bajo responsabilidad del INSFOPAL.
- b) Elaborar y proponer los planes a largo plazo y los programas de inversiones públicas anuales o los indicativos para inversiones locales de los servicios encomendados y someter el resultado de este trabajo a la

vigilancia compete al INSFOPAL, cuando a juicio del Gobierno se estén prestando inadecuadamente, en forma que se perjudique la salud pública, el desarrollo económico o el bienestar social de las comunidades afectadas y por el término necesario para subsanar las deficiencias que originaron la intervención.

Para los efectos anteriores, se requiere la autorización expresa del Consejo de Ministros.

- j) Promover, constituir, participar en la creación o vincularse a entidades o empresas de derecho público o privado que tengan objetivos afines, complementarios o de apoyo a los programas bajo la responsabilidad del INSFOPAL.
- k) Promover, constituir, participar en la creación o vincularse a empresas regionales o locales encargadas de la prestación directa de los servicios incluidos en los negocios del INSFOPAL, los cuales se denominarán Organismos Vinculados y se regirán por las prescripciones del presente Decreto y por la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. El INSFOPAL adelantará las gestiones necesarias para transformar las actuales Sociedades de Acueductos y Alcantarillados, creadas con su participación, en el nuevo tipo de organismo.
- l) Gestionar, negociar y obtener los recursos del crédito que exijan la garantía de la Nación, requeridos para atender las necesidades de los planes, programas y proyectos de los servicios bajo su responsabilidad.
- m) Rendir concepto al Departamento Nacional de Planeación o al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previamente al cumplimiento de los demás requisitos de endeudamiento, sobre las operaciones de crédito, que no requiriendo la garantía de la Nación, proyecten realizar los organismos encargados de la prestación de los servicios incluidos en los negocios del INSFOPAL.
- n) Definir las condiciones y modalidades de la participación financiera del INSFOPAL en los planes, programas y proyectos bajo

su responsabilidad, así como los cargos que deben imputarse a las inversiones por concepto de administración y manejo de préstamos o de administración e interventoría de las obras que se ejecuten directamente o mediante contrato.

- ñ) Definir a qué organismo es conveniente asignar la administración y operación de alguno o algunos de los servicios incluidos en los negocios del INSFOPAL cuando surjan discrepancias sobre su ubicación dentro de un área metropolitana, un sistema regional o en general sobre su pertenencia dentro de las clases previstas en el presente Decreto.
- o) Organizar y desarrollar programas de capacitación del recurso humano utilizable y de estudios de investigación o racionalización de los procesos técnicos, financieros, administrativos y operativos.
- p) Delegar en Empresas Públicas Municipales, o en otras entidades de derecho público que cumplan actividades afines, la administración de servicios cuya prestación adelante directamente y reasumirla cuando lo considere conveniente.
- q) Constituir a nivel local o regional, cuando lo estime conveniente, fondos rotatorios que tengan por objetivo agilizar el pago de las inversiones, cuyo manejo es delegable en entidades de derecho público con planes, programas o proyectos financiados por INSFOPAL, según la reglamentación que al respecto expida la Junta Directiva.
- r) Colaborar con los organismos competentes en la protección de las cuencas hidrográficas y aguas del subsuelo y en el control de su contaminación.
- s) Coordinar sus actividades con organismos afines para lograr una ordenada utilización de los recursos disponibles.

CAPITULO III. Dirección y Administración.

ARTICULO 6º La dirección y administración del INSFOPAL estará a cargo de una Junta Directiva y un Director Ejecutivo.

Este último tiene calidad de agente del Presidente de la República y por lo tanto de su libre nombramiento y remoción.

ARTICULO 7º Integración de la Junta Directiva. La Junta Directiva estará integrada como se dispone en el Decreto N° 673 de abril 17 de 1974 así:

El Ministro de Salud Pública o el Viceministro, quien la presidirá;

El Jefe de la Dirección de Saneamiento del Ministerio de Salud Pública;

El Gerente del Instituto de Desarrollo de los Recursos Naturales Renovables (INDERENA), o su delegado;

Un representante de la Sociedad Colombiana de Ingenieros, nombrado por el Ministro de Salud Pública de terna que presentará dicha entidad;

Un representante del Departamento Nacional de Planeación.

PARAGRAFO 1º Las decisiones de la Junta Directiva requieren para su cumplimiento y validez el voto favorable del Ministro de Salud o del Viceministro.

PARAGRAFO 2º El Director General del INSFOPAL asistirá a sus reuniones con derecho a voz pero sin voto.

ARTICULO 8º Funciones de la Junta Directiva. Son funciones de la Junta Directiva, las siguientes:

- a) Formular la política general del INSFOPAL y aprobar planes y programas que conforme a las reglas que prescriban el Departamento Nacional de Planeación, la Dirección General de Presupuesto y el Ministerio de Salud Pública, deben proponerse para su incorporación a los planes sectoriales y a través de ellos a los planes generales de desarrollo.
- b) Adoptar los Estatutos de la Entidad y cualquier reforma que a ellos se introduzca y someterlos a la aprobación del Gobierno Nacional.

- c) Aprobar el presupuesto anual del INSFOPAL sus balances contables y autorizar los traslados presupuestales necesarios para la ejecución de los programas encomendados al INSFOPAL, según la reglamentación que la misma Junta Directiva fije.
- d) Autorizar o aprobar todo acto o contrato que exceda de la cuantía fijada en los Estatutos de la Entidad.
- e) Establecer la organización interna del INSFOPAL y su correspondiente Planta de Personal.
- f) Controlar el funcionamiento general del INSFOPAL y verificar su conformidad con la política adoptada.
- g) Establecer las normas y criterios sobre la participación del INSFOPAL en los organismos vinculados, entidades o empresas y sobre la financiación de los planes, programas y proyectos bajo su responsabilidad.
- h) Delegar en el Director algunas de las funciones que le son propias y definir las reglas que deben observarse en la delegación que este haga a sus subalternos.
- i) Los demás que le señalen las disposiciones legales y los Estatutos de la Entidad.

ARTICULO 9º Son funciones del Director Ejecutivo, las siguientes:

- a) Dirigir, coordinar y controlar al personal de la organización y la ejecución de las funciones o programas de esta y suscribir como su representante legal los actos o contratos que para tales fines deban celebrarse.
- b) Rendir al Ministerio de Salud Pública en la forma que éste lo determine, Informes sobre el estado de ejecución de los programas que corresponden al INSFOPAL y suministrar al Presidente de la República, a través del mismo Ministerio, los informes generales y periódicos, o particulares que se le soliciten, sobre las actividades desarrolladas, la situación general de la entidad y las medidas adoptadas que puedan afectar el curso de la política del Gobierno.

- c) Nombrar y remover el personal del INSFOPAL, conforme a las disposiciones legales y estatutarias pertinentes.
- e) Ordenar los gastos, velar por la correcta utilización de los fondos y bienes del INSFOPAL y en general dirigir las operaciones propias de la Entidad, con sujeción a las disposiciones legales y prescripciones de la Junta.
- e) Las demás que le señalen los Estatutos y las que, refiriéndose a la marcha del INSFOPAL, no estén atribuidas a otra autoridad.

CAPITULO IV - Patrimonio y Administración Financiera.

ARTICULO 10º El patrimonio del INSFOPAL se integrará con los siguientes bienes:

- a) Los bienes muebles, inmuebles y rentas que a su favor posea.
- b) Los aportes que se le asignen en los presupuestos nacionales, departamentales, intendentales, comisariales y municipales o aquéllas partidas que habiendo sido canalizadas para su inversión a través del INSFOPAL, no especifiquen quien debe ser el titular del aporte capital.
- c) El producto utilidad de las operaciones que realice.
- d) Los demás bienes e ingresos que por servicio y otros conceptos adquiriera el INSFOPAL.

ARTICULO 11º INSFOPAL podrá crear Fondos Rotatorios especiales para la financiación de las inversiones recuperables en los servicios incluidos dentro de sus negocios de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida la Junta Directiva.

ARTICULO 12º El INSFOPAL podrá manejar sus fondos mediante el sistema de unidad de caja en forma análoga a como lo prescriba la Ley orgánica del Presupuesto Na-

cional y con sujeción a las reglas que para el efecto dicte su Junta Directiva.

CAPITULO V - Organismos Vinculados.

ARTICULO 13º A partir del primero de junio de 1975, el INSFOPAL sólo podrá contribuir con aportes patrimoniales en aquellas Empresas Regionales o locales que atendiendo los servicios incluidos en los negocios del INSFOPAL, se constituyan o reformen con sujeción a los siguientes ordenamientos:

- a) Para los efectos del presente Decreto se entenderán como organismos vinculados al sector salud, las empresas regionales o locales que presten los servicios públicos incluidos dentro de los negocios de INSFOPAL.
- b) Naturaleza. Serán organismos de creación indirecta, dotados de personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente; organizados como empresas industriales y comerciales del Estado, encargados de la prestación directa de uno o más servicios incluidos dentro de los negocios del INSFOPAL.
- c) Integración Patrimonial. En su integración patrimonial debe concurrir el INSFOPAL conjuntamente con, al menos, alguna de las siguientes entidades: Departamentos, Comisaría, Intendencias, Municipios; sin perjuicio de la participación de otros organismos de derecho público.
- d) Clases. Tales organismos se denominarán de clase A cuando su ámbito de servicio se extienda al territorio de un Municipio, sin perjuicio de que por razones administrativas o técnicas atienda localidades de otros Municipios en los eventos de mayor facilidad en la prestación o ante la necesidad de estructurar para alguno de los servicios un sistema único físicamente integrado. Se denominará clase E, el que extienda su ámbito al territorio de un mismo Departamento, Intendencia o Comisaría sin perjuicio de que por conveniencia administrativa o

técnica presten sus servicios a localidades pertenecientes a otros Departamentos, Intendencias o Comisarías.

- e) Organos de Dirección. Dichos organismos estarán dirigidos y administrados por un Consejo Directivo y un Gerente General quien será su representante legal.
- f) Integración del Consejo Directivo. Su composición y período serán los que se precisen en los Estatutos del organismo correspondiente pero con observancia de las siguientes pautas:

Organismos de Clase A- Un Alcalde Municipal o su delegado, quien la presidirá.

Un Personero Municipal o su delegado.

Un funcionario público con su respectivo suplente, seleccionados por el Gobernador, Intendente o Comisario, de alguna o algunas dependencias o Entidades del orden Departamental, Intendencial o Comisarial, según el caso.

Un funcionario público con su respectivo suplente, seleccionado por el Ministro de Salud Pública, de algunas dependencias o entidades del orden Nacional que operen en el Departamento, Intendencia o Comisaría correspondiente.

Un representante de las instituciones económicas, cívicas o sociales de la localidad, seleccionado por el Director General del INSFOPAL, conjuntamente con su respectivo suplente de la misma calidad que el principal.

Organismos de Clase B - El Gobernador, Intendente o Comisario, según sea el caso o su delegado quien lo presidirá.

Un alcalde con la suplencia de un personero, escogidos por los Municipios afiliados, mediante el sistema de votación.

Un funcionario público con su respectivo suplente, seleccionados por el Ministerio de Salud Pública, de alguna o algunas dependencias o entidades del orden nacional que operen en el Departamento, Intendencia o Comisaría correspondiente.

El respectivo Jefe Seccional de Salud, o su delegado.

Un representante de las instituciones económicas, cívicas o sociales del Departamento, Intendencia o Comisaría, según sea el caso, con su respectivo suplente de igual calidad que el principal, seleccionado por el Director General del INSFOPAL.

Tanto en los Consejos Directivos de organismos de clase A como de clase E asistirán el Gerente General con derecho a voz pero sin voto y en las mismas condiciones podrá asistir el funcionario del INSFOPAL que cumpla actividades de coordinación, ante el organismo respectivo.

- g) Funciones del Consejo Directivo:

Serán funciones del Consejo Directivo las siguientes:

Formular la política general del organismo. Adoptar los Estatutos y las reformas que a ellos se introduzcan. Aprobar los balances contables y presupuestales anuales y controlar el funcionamiento general de la organización.

- h) Nombramiento del Gerente:

Para el nombramiento del Gerente General de un organismo vinculado, se seguirá el siguiente procedimiento:

El período del Gerente será de dos años, comprendido entre las fechas que precisen los estatutos, vencido el cual el Presidente del Consejo Directivo elaborará una terna de candidatos, que incluirá al Gerente General en ejercicio del cargo. Dicha terna junto con los currículums vitales de los candidatos será enviada al INSFOPAL, quien preparará un informe sobre la evaluación de la Empresa y de las personas postuladas, en los términos que señale el Ministro de Salud Pública, quien hará la correspondiente designación. La información a que se refiere el presente literal, sólo podrá divulgarse con la expresa autorización del Ministro de Salud Pública podrá remover al Gerente en cualquier momento, proveer la vacancia transitoria o dele-

gar dicho acto en la Junta Directiva y solicitar el envío de la correspondiente tema para proceder a la provisión del cargo o propiedad.

i)- Funciones del Gerente General.

Nombrar, remover, dirigir, coordinar y controlar el personal de la organización. Suscribir como su representante legal los actos o contratos, ordenar los gastos, velar por la correcta utilización de los fondos o bienes y en general dirigir las operaciones propias de la Entidad.

CAPITULO VI. Financiación de Proyectos.

ARTICULO 14º En los Estatutos del INSFOPAL se definirán los términos de la colaboración que deben prestar los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Municipios como requisito previo para obtener la participación de dicha entidad en la financiación de los planes, programas y proyectos, que adelante directamente el INSFOPAL o a través de los organismos vinculados, las Empresas Públicas Municipales y demás entidades que tengan bajo su responsabilidad la prestación de los servicios incluidos dentro de los negocios del INSFOPAL.

ARTICULO 15º Cuando en cumplimiento de lo dispuesto en los Estatutos del INSFOPAL, los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Municipios deban contribuir financieramente a la ejecución de los planes, programas y proyectos que los benefician, el INSFOPAL podrá otorgarles empréstitos para que cubran la correspondiente obligación, los cuales se deberán garantizar por medio de pignoración de rentas.

ARTICULO 16º Modalidades de las financiaciones.

Las inversiones del INSFOPAL en los planes, programas y proyectos de los organismos vinculados tendrán el carácter de recuperables, con las siguientes excepciones:

a) Los aportes requeridos para la constitución o fortalecimiento que permita alcanzar una mayor autosuficiencia técnica, administrativa o financiera.

b) Los aportes necesarios para complementar la financiación de aquellos proyectos que tengan justificación económica o social, cuando se establezca la incapacidad financiera del organismo vinculado de reembolsar sus inversiones después de estudiadas las posibilidades de incremento en ingresos y racionalización de los gastos.

PARAGRAFO. En la financiación de las Empresas Públicas y demás entidades diferentes a los organismos vinculados, las inversiones revestirán invariablemente el carácter de préstamo.

ARTICULO 17º Los plazos, intereses, garantías y demás modalidades de los empréstitos que el INSFOPAL otorgue a los organismos vinculados y demás entidades mencionadas, serán fijados por la Junta Directiva del INSFOPAL.

ARTICULO 18º Cuando alguno de los organismos a que se refiere el presente capítulo tenga obligaciones insolutas con el INSFOPAL, este no podrá financiar los proyectos de aquellas y cuando se apropiaren fondos con tales fines se aplicarán prioritariamente a cancelar las obligaciones pendientes con el carácter de costos financieros del proyecto y el saldo a la inversión correspondiente.

ARTICULO 19º En el evento de obras urgentes por razones de grave calamidad pública, el INSFOPAL podrá, en cualquier tipo de organismo vinculado, entidad o empresa, financiarlas como aportes de capital o inversiones recuperables.

CAPITULO VII - Disposiciones Transitorias.

ARTICULO 20º Los Acuerdos de la Junta Directiva y las Resoluciones del Director General del INSFOPAL, expedidos en desarrollo de las disposiciones legales y regla-

mentarias anteriores a la vigencia del presente Decreto, conservarán su vigor hasta cuando sean expresamente derogados.

ARTICULO 21º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le fueren contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

DECRETO LEY NUMERO 704 DE 1974

(20 de abril)

“por el cual se establece el Sub-Sistema Nacional de Suministros del Sistema Nacional de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

ARTICULO 1º Entiéndese por Suministros para el Sistema Nacional de Salud, todos los bienes fungibles o no fungibles, tales como productos farmacéuticos, de asistencia médica y odontológica, instrumental y equipos y los bienes muebles necesarios para el desarrollo y cumplimiento de los programas de inversiones del Sector y los bienes para el funcionamiento, mantenimiento y reposición de los Organismos, Instituciones y Agencias del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 2º La Organización Básica para Dirección del Sistema Nacional de Salud, en sus tres niveles, asumirá la implantación del Sub-Sistema Nacional de Suministros en salud.

ARTICULO 3º Los Subsectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado, se incorporarán al Subsistema Nacional de Suministros y deberán cumplir las normas que para el efecto dicte el Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 4º En desarrollo del Subsistema Nacional de Suministros, el Ministerio de Salud Pública cumplirá las siguientes funciones:

- a) Dictar las normas y disposiciones para establecer mecanismos de compra y controles de calidad de los suministros para el Sistema, sean estos de procedencia extranjera o de producción nacional.
- b) Formular y mantener actualizado un catálogo general de productos nacionales y extranjeros que incluirá todos los suministros que serán utilizados en el Sistema Nacional de Salud y por fuera del cual no podrán ser autorizadas compras para las diferentes instituciones, Entidades y Agencias del Sistema Nacional de Salud.
- c) Formular y mantener actualizado un manual de procedimientos para el Sub-Sistema Nacional de Suministros, al cual deberán acogerse todas las Instituciones, Entidades y Agencias del Sistema Nacional de Salud.
- d) Autorizar la adquisición de los suministros de importación que sean necesarios para el Sistema, trátase de bienes de consumo o de elementos devolutivos tales como maquinaria, equipos, etc;
- e) Realizar directamente las compras globales para el Sistema, tanto nacionales como de procedencia extranjera, cuando esta operación conlleve una manifiesta conveniencia económica y administrativa para el Sector, a juicio del Ministerio; y
- f) Fijar las políticas, normas y procedimientos conducentes al establecimiento del Subsistema Nacional de Suministros en Salud.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud Pública al efectuar compras parciales o globales, en desarrollo del programa de adqui-

siciones de suministros, procurará realizarlas directamente a los productores, sean nacionales o extranjeros.

ARTICULO 5º En desarrollo del Sub-Sistema Nacional de Suministros los Servicios Seccionales de Salud cumplirán dentro de su territorio, las siguientes funciones:

- a) Aplicación de las políticas, normas y procedimientos que para el efecto del presente Decreto fije el Ministerio de Salud Pública.
- b) Adaptar, consolidar y fijar la forma, sistemas y procesos para ejecutar los programas de suministros de todos los organismos adscritos, vinculados y coordinados al Sistema en su nivel, de acuerdo con el grado de descentralización administrativa que para el efecto haya adoptado;
- c) Realizar directamente las compras globales para el Sistema en su nivel, tanto nacionales como de procedencia extranjera, cuando esta operación conlleve una manifiesta conveniencia económica y administrativa, para el Sector, a juicio del Servicio;
- d) Controlar y vigilar en su jurisdicción el destino, uso y ubicación de las importaciones de suministros que hayan realizado las Instituciones, Entidades y Agencias; y
- e) Las demás que le sean delegadas o asignadas por el Ministerio.

PARAGRAFO. El Servicio Seccional de Salud al efectuar compras parciales o globales, en desarrollo del Programa de adquisiciones de suministros, procurará realizarlas directamente a los productores, sean nacionales o extranjeros.

ARTICULO 6º Para la implantación del Sub-sistema Nacional de Suministros, el nivel local regionalizado cumplirá las siguientes funciones:

- a) Adaptar a su nivel y aplicar las políticas, sistemas, normas y procedimientos dictadas por el Ministerio de Salud Pública y por el respectivo Servicio Seccional de Salud.

- b) Elaborar y consolidar el programa de suministros de todas las Instituciones de su región; y
- c) Las demás que le sean delegadas o asignadas por el respectivo Servicio Seccional.

PARAGRAFO. El Nivel Local Regionalizado al efectuar compras globales o parciales en desarrollo del programa de adquisiciones de suministros, procurará realizarlas directamente a los productores sean nacionales o extranjeros.

ARTICULO 7º Con excepción de las compras globales o parciales que realice la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud en sus tres niveles, todas las compras correspondientes al programa nacional de suministros, sean de procedencia nacional o extranjera, serán realizadas directamente por las Instituciones, Entidades o Agencias del Sistema, en concordancia con las normas contenidas en el presente Decreto y demás disposiciones pertinentes y de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a las disponibilidades presupuestales de cada Organismo.

PARAGRAFO. Los suministros importados directa o indirectamente por las Instituciones, Entidades y Agencias del Sistema, estarán sometidas en su uso y ubicación a la vigilancia y control por parte de la Organización Básica para la Dirección del Sistema.

ARTICULO 8º A partir del 1º de enero de 1975 para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente de la Nación o del Presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades del Sistema Nacional de Salud deberán estar incorporados al Sub-Sistema Nacional de Suministros del Sistema Nacional de Salud, en los términos del presente Decreto.

ARTICULO 9º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a los 20 días del mes de abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

D E C R E T O L E Y N U M E R O 705 D E 1974

(20 de abril)

“por el cual se establece el Sub-Sistema Nacional de Planeación del Sistema Nacional de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

D E C R E T A:

ARTICULO 1º El Ministerio de Salud Pública, a través de su Oficina de Planeación asumirá la responsabilidad del diseño, normalización y evaluación del Subsistema Unico de Planeación del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 2º Todos los Organismos adscritos, vinculados, integrados o coordinados a la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud, adaptarán su estructura, sistemas y procesos de planeación de conformidad con las normas que para el efecto determine el Ministerio de Salud, en tal forma que permita la incorporación de todos los planes y programas del Sector en el Plan Nacional de Salud.

ARTICULO 3º En los niveles seccional y local regionalizado de la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud existirán mecanismos formales para el cumplimiento de las normas que determine el Ministerio de Salud Pública, y serán el medio de enlace para la coordinación y compatibilización de los planes y programas intersectoriales a cada nivel.

ARTICULO 4º Los Sub-Sectores oficial y mixto y de la seguridad social incorporarán todos sus planes y programas al

Plan Nacional de Salud, de acuerdo con las normas que para el efecto determine el Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 5º La incorporación del Sub-Sector Privado al Subsistema Nacional de Planeación se hará, preferentemente, de acuerdo con las normas que para el efecto dicte el Ministerio de Salud Pública y que tendrán carácter de indicativas para este Sub-Sector.

ARTICULO 6º A partir del 1º de enero de 1975, para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente de la Nación o del presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades del Sistema Nacional de Salud deberán estar incorporados en los términos del presente Decreto al Subsistema Nacional de Planeación del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 7º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a los 20 días del mes de Abril de 1974

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

D E C R E T O L E Y N U M E R O 706 D E 1974

(20 de abril)

“por el cual se establece la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales, legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

D E C R E T A:

C A P I T U L O I

DEFINICION, CREACION, RESPONSABILIDADES
Y FUNCIONES

ARTICULO 1º Entiéndese por Servicio Seccional de Salud la Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud a nivel Departamental, Intencional, Comisarial y del Distrito Especial de Bogotá, y las correspondientes Beneficencias y Loterías.

PARAGRAFO 1º Las cláusulas del contrato se ajustarán a las disposiciones legales vigentes y en especial a las que se desprenden de las normas contenidas en los Decretos 621, 654, 655 y 673 de 1974.

PARAGRAFO 2º Las Secretarías Municipales de Salud que funcionen como Servicios Seccionales al tenor del Artículo 14 del Decreto 654 de 1974, adquirirán tal carácter mediante contrato celebrado entre los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Jefes del Servicio de Salud respectivo y el Municipio correspondiente.

ARTICULO 2º Los Servicios Seccionales de Salud serán creados por contrato celebrado entre la Nación, Ministerio de Salud Pública y el respectivo Departamento, Intendencia, Comisaría y Distrito Especial de Bogotá y las correspondientes Beneficencias y Loterías.

ARTICULO 3º Los Servicios Seccionales de Salud asumirán las responsabilidades de que trata el Artículo 7º del Decreto 654 y sus funciones, además de las señaladas en las disposiciones legales vigentes, serán las siguientes:

- a) Planificar y ejecutar directamente o por intermedio de los niveles locales regionalizados de su dependencia, las actividades necesarias para procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos, de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en su área de influencia.
- b) Planificar y ejecutar directamente o por intermedio de los niveles locales regionalizados de su dependencia las actividades necesarias para asegurar la protección y mejoramiento del medio ambiente en su área de influencia.
- c) Planificar y ejecutar directamente o por intermedio de los niveles locales regionalizados de su dependencia las actividades necesarias para asegurar el establecimiento de un Sistema escalonado y coordinado de Dirección del Sistema a Nivel Seccional.
- d) Establecer mecanismos para la incorporación de todas las Entidades, Instituciones y Agencias de Salud de su jurisdicción a los Subsistemas Nacionales de Planeación, Información, Inversiones, Suministros y Personal;
- e) Establecer mecanismos para el desarrollo y cumplimiento en su nivel y en el nivel local regionalizado, de todas las normas y

programas correspondientes al nivel nacional del Sistema y al cumplimiento de la política nacional de salud;

- f) Servir de órgano canalizador de las aspiraciones y necesidades en materia de salud de su correspondiente comunidad para adecuar los planes y programas respectivos a su nivel;
- g) Asumir la planeación y ejecución de actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que se presten a determinados grupos usuarios que reciban estos beneficios como consecuencia de una relación laboral legalmente reconocida.

PARAGRAFO. Esta última función la ejercerá el Servicio Seccional de Salud cuando reciba, por parte de las Entidades aportantes, la totalidad del financiamiento correspondiente a los costos de operación de inversión, funcionamiento y suministros de los programas y actividades que en este campo deba realizar el Servicio.

CAPITULO II DIRECCION Y ORGANIZACION

ARTICULO 4º Los Servicios Seccionales de Salud adecuarán su estructura orgánica a los siguientes niveles funcionales:

- a) Nivel de Dirección.
- b) Nivel de Coordinación y Asesoría de los Organismos Locales.
- c) Nivel de ejecución y supervisión de programas y actividades, y
- d) Nivel de consultoría y asesoría del Servicio.

ARTICULO 5º Las Unidades Operativas del Nivel de Ejecución y Supervisión de Programas y actividades del Servicio se denominan Divisiones, Secciones y Grupos, en línea jerárquica descendente. Las Unidades que se creen para el estudio o decisión de asuntos especiales en este nivel, se denominan comisiones.

Las unidades operativas del nivel de coordinación y Asesoría de los Organismos Locales Regionalizados se denominan Coordinación Ejecutiva, Secciones y Grupos, en línea jerárquica descendente.

Las unidades de los Servicios que cumplen funciones de asesoría o coordinación se denominan Oficinas o Comités cuando están compuestas por funcionarios del Servicio y se denominan Consejos cuando incluyen personas o funcionarios ajenos al mismo.

PARAGRAFO. En el contrato de constitución de los Servicios Seccionales se señalarán los funcionarios responsables del cumplimiento de las actividades que se les asignen a cada una de las unidades operativas.

ARTICULO 6º El Nivel de Dirección estará constituido por:

- a) La Jefatura del Servicio.
- b) La Junta Asesora del Servicio Seccional de Salud.

PARAGRAFO. Dentro de la Jefatura del Servicio Seccional de Salud podrá existir un asistente del Jefe cuando las necesidades del Servicio así lo demanden.

ARTICULO 7º La Dirección de los Servicios Seccionales de Salud corresponde al Jefe del Servicio.

PARAGRAFO. El nombramiento del Jefe se hará de conformidad con el Artículo 10 del Decreto 654 de 1974.

ARTICULO 8º Los Servicios Seccionales de Salud tendrán una Junta Asesora cuya composición es la señalada en el Decreto 654 de 1974 y cuyas funciones además de las contenidas en el mismo Decreto serán las siguientes:

- a) Mantenerse en estrecho contacto con la Comunidad usuaria con el fin de detectar sus necesidades, aspiraciones y opiniones en materia de salud.

- b) Colaborar con el Jefe del Servicio en el desarrollo de la política de salud a nivel seccional.
- c) Elaborar el reglamento de funcionamiento interno de la Junta y enviarlo al Ministerio de Salud para su aprobación.
- d) Nombrar sus dignatarios y,
- e) Todas las demás que se estipulen en el contrato respectivo.

PARAGRAFO 1º Uno de los representantes del Ministro de Salud Pública en la Junta Asesora del Servicio será un funcionario del Ministerio de Salud Pública o su delegado, seleccionado de común acuerdo con el Secretario General del Ministerio.

PARAGRAFO 2º Para efectos de coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y los Servicios Seccionales de Salud, los funcionarios de la Dirección del Ministerio y los Jefes de las Direcciones Generales y Oficinas del mismo, podrán asistir a las Juntas de los Servicios Seccionales de Salud, con derecho a voz.

ARTICULO 9º El Nivel de Coordinación y Asesoría de los Organismos Locales Regionalizados estará constituido por las siguientes Unidades:

- a) Coordinación Ejecutiva:
 - Sección de Organización y Métodos y
 - Sección de Información.

ARTICULO 10º El Nivel de ejecución y Supervisión de Programas y actividades, estará constituido por las siguientes Unidades;

- a) División de Atención Médica
 - Sección de Administración y Programación de Servicios.
 - Sección de Salud Oral.
 - Sección de Enfermería.
 - Sección Materno-Infantil.
 - Sección de construcciones hospitalarias.
 - Sección de análisis y control presupuestal y financiero.

- b) División de Saneamiento.
 - Sección de Saneamiento Básico.
 - Sección de Protección y Conservación del Medio Ambiente.
 - Sección de control de alimentos, drogas y zoonosis.
- c) División Administrativa.
 - Sección de personal.
 - Sección de presupuesto y tesorería.
 - Sección de almacén y compras.
 - Sección de servicios generales.

PARAGRAFO. La organización de la estructura de los Servicios Seccionales de Salud se desarrollará de acuerdo con las necesidades y recursos de los mismos.

ARTICULO 11º El Nivel de Consultoría y Asesoría del Servicio estará constituido por las siguientes Unidades.

- a) Comité Técnico.
- b) Comité de adiestramiento y formación de personal.
- c) Comité de Compras.
- d) Oficina Jurídica.
- e) Consejo de Planeación.
- f) Consejo de Vigilancia y Control.

DE LA CONSTITUCION Y FUNCIONES DE LAS UNIDADES DEL NIVEL DE ASESORIA Y CONSULTORIA DE LOS SERVICIOS

ARTICULO 12º El Comité Técnico será un Organismo Asesor y Colaborador del Jefe del Servicio Seccional de Salud en todos los aspectos técnico-administrativos de su nivel y estará constituido por el Jefe del Servicio Seccional de Salud, el coordinador ejecutivo y los Jefes de División.

PARAGRAFO. El Jefe del Servicio Seccional de Salud podrá invitar a participar en las deliberaciones del Comité a otros funcionarios, de acuerdo con la naturaleza de los temas a tratar.

ARTICULO 13º El Comité de Adiestramiento y Formación de personal coordinará los diferentes programas intersectoriales que se proyecten y desarrollen para la formación, capacitación y adiestramiento en servicio del personal de salud a su nivel y sugerirá los cambios a las respectivas políticas para el cumplimiento del Plan Nacional de Salud.

ARTICULO 14º A nivel de la Jefatura del Servicio Seccional de Salud existirá un Comité de Compras cuya composición será la siguiente:

- El Jefe del Servicio Seccional de Salud.
- El Coordinador Ejecutivo.
- El Jefe de la División Administrativa.
- El Auditor del Servicio.

PARAGRAFO. El Jefe del Servicio Seccional de Salud invitará a las reuniones del Comité a otros funcionarios del Servicio de acuerdo con el tipo de las compras.

ARTICULO 15º El Consejo de Planeación será el Organismo encargado de velar por la implantación del Sub-Sistema Nacional de Planeación a su nivel y estará integrado así:

- El Coordinador Ejecutivo del respectivo Servicio Seccional de Salud.
- Un representante de los niveles locales regionalizados, nombrados por el Jefe del Servicio Seccional de Salud.
- El Jefe de la Oficina de Planeación Departamental, Intendencial, Comisarial o del Distrito Especial de Bogotá, o su representante.
- Los Directores de los Niveles Locales Regionalizados que tengan sede en la capital del respectivo Departamento, Intendencia o Comisaría.

ARTICULO 16º El Consejo de Vigilancia y Control estará a nivel de la Jefatura del Servicio Seccional de Salud y velará por el cumplimiento de las providencias y disposiciones emanadas del Ministerio de Salud

Pública en lo tocante a las funciones de la Dirección General de Vigilancia y Control. Estará integrado así:

- El Jefe del Servicio Seccional de Salud.
- El Coordinador ejecutivo del respectivo Servicio Seccional
- El Secretario de Gobierno Departamental, Intendencial, Comisarial o del Distrito Especial de Bogotá.
- El Jefe de la División de Saneamiento.

ARTICULO 17º Entre la Organización Básica para la Dirección del Sistema a Nivel Seccional, establecida en el Decreto 654 de 1974, y los Organismos Ejecutivos de los Programas y actividades de Salud Pública en los Sectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado, existirá el régimen de coordinación y dependencia que se establezca en el Decreto 655 de 1974 y demás normas pertinentes.

DE LOS REQUISITOS Y DE LAS FUNCIONES

ARTICULO 18º Los requisitos exigidos para el nombramiento de los funcionarios de las distintas dependencias de los Servicios Seccionales de Salud, deben estar de acuerdo con las normas del Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 19º Son funciones del Jefe del Servicio Seccional, además de las que les señalan las Leyes y disposiciones especiales, las siguientes:

- a) Ejercer bajo su propia responsabilidad las funciones que le delegue el Ministro de Salud, el Gobernador, Intendente, Comisario o Alcalde del Distrito Especial de Bogotá, o las que la Ley y disposiciones especiales les confieran, y vigilar el cumplimiento de las que se hayan otorgado a dependencias del Servicio, así como de las que se hayan delegado en funcionarios de su dependencia.
- b) Revisar y presentar para su aprobación a la Junta del Servicio y al Ministerio de Salud Pública el plan de operaciones, presupuesto de inversión y funcionamiento y la planta de cargos y asignaciones del Servicio:

- c) Vigilar el curso de la ejecución del presupuesto del Servicio;
- d) Ordenar los gastos del Servicio;
- e) Actuar como representante legal del Servicio;
- f) Las de administración de personal conforme a las normas sobre la materia;
- g) Informar periódicamente al Ministerio, o a solicitud de éste, sobre el despacho de los asuntos del Servicio y el estado de ejecución de los programas del mismo;
- h) Las demás que se le señale en el contrato.

PARAGRAFO. El Jefe del Servicio podrá delegar en sus subalternos las funciones que le corresponden, salvo disposición en contrario.

ARTICULO 20º Son funciones de la Unidad de Coordinación Ejecutiva:

- a) Servir de enlace entre la Jefatura del Servicio y el Nivel de Ejecución y Supervisión de programas y actividades;
- b) Coordinar las actividades de las Unidades del Nivel de Ejecución y Supervisión a fin de que se realicen en forma adecuada, de acuerdo a las normas y programas establecidos;
- c) Elaborar conjuntamente con las demás Unidades los proyectos del plan de operaciones de funcionamiento y de inversión y el presupuesto del Servicio Seccional de Salud;
- d) Evaluar los planes y programas del Servicio Seccional, en colaboración con las demás Unidades del mismo;
- e) Adecuar a su nivel las normas técnico-administrativas dadas por el Ministerio de Salud para el desarrollo de los Programas.
- f) Poner en ejecución dentro de su respectivo Servicio Seccional de Salud los Subsistemas Nacionales de Información, Planeación, Inversiones, Suministros y Personal;

- g) Realizar todos los estudios necesarios para la adecuación permanente de la organización, métodos y procedimientos administrativos de la Entidad;
- h) Elaborar conjuntamente con las demás Unidades del Servicio propuestas alternativas de cambio en las políticas y estrategias del Sector Salud en el Nivel Seccional y presentarlas al Jefe del Servicio para su adopción.

ARTICULO 21º Son funciones de los Jefes de División, Secciones y Grupos:

- a) Ejercer sus funciones propias o que les han sido delegadas;
- b) Asistir a sus superiores en el estudio de los asuntos correspondientes al Servicio;
- c) Dirigir, vigilar y coordinar el trabajo de sus dependencias en la ejecución de los programas adoptados y en el despacho correcto y oportuno de los asuntos de su competencia;
- d) Remitir informes de las labores de sus dependencias y suministrar al funcionario competente apreciaciones sobre el personal bajo sus órdenes, de acuerdo con las normas que se establezcan;
- e) Proponer las medidas que estime procedentes para el mejor despacho de los asuntos del Servicio;
- f) Colaborar con las demás reparticiones y dependencias del Servicio para el mejor desempeño de las funciones del mismo.

C A P I T U L O I I I

RECURSOS Y DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 22º Los recursos de los Servicios de Salud están constituidos de la siguiente manera:

- a) Con los provenientes del situado fiscal;
- b) Con la participación proveniente del impuesto de venta de cervezas;

- c) Con la participación proveniente de las Beneficencias y Loterías;
- d) Con los aportes nacionales;
- e) Con los aportes de las Entidades patrono-laborales que hayan contratado servicios de atención médica para sus afiliados y beneficiarios;
- f) Con las demás rentas, impuestos, productos, participaciones y contribuciones de entidades públicas y privadas y las provenientes de normas legales y reglamentarias que tengan o lleguen a tener esa destinación específica.

ARTICULO 23º Dentro de las normas vigentes establecidas por el Ministerio de Salud, los planes de cargos y los presupues-

tos de los Servicios Seccionales de Salud, requieren para su validez y ejecución la aprobación previa del Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 24º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a los 20 días del mes de abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia .

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

DECRETO LEY NUMERO 707 DE 1974

(20 de abril)

“por el cual se reorganiza el Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud, INPES”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales, legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

I - NATURALEZA JURIDICA

ARTICULO 1º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud es un establecimiento Público, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

PARAGRAFO. El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud podrá usar la sigla INPES.

II - OBJETIVO, FUNCIONES, DOMICILIO

ARTICULO 2º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud tendrá a su cargo el manejo científico, técnico y administrativo de los recursos humanos y de los bienes destinados a los programas especiales de Salud.

ARTICULO 3º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud tendrá las siguientes funciones:

1º) Desarrollar actividades de investigación básica, aplicada y operacional en materia de salud pública y biomedicina, de acuerdo con los proyectos adoptados por la Dirección General de Investigación del Ministerio de Salud Pública.

2º) Elaborar los productos biológicos y químicos que se requieran para los programas de salud pública.

3º) Realizar los análisis de drogas, alimentos, bebidas, medicamentos y cosméticos, necesarios para el licenciamiento de estos productos.

4º) Ejecutar las actividades del programa nacional de saneamiento básico rural, para dotar de agua potable y adecuada disposición de excretas a los núcleos humanos con menos de 2.500 habitantes.

5º) Capacitar personal técnico, asistencial y auxiliar en el campo de la salud, directamente o en colaboración con Universidades y otras instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, de acuerdo con el Plan Nacional de Recursos Humanos para la Salud y en colaboración con la Dirección General de Recursos Humanos para la Salud del Ministerio de Salud Pública.

6º) Ejercer las funciones sobre control y vigilancia de drogas, medicamentos, cosméticos, alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, rodenticidas, insecticidas, detergentes y de todos aquellos productos que incidan en la salud individual o colectiva o que puedan tener peligrosidad por su contacto con el ser humano, cuando le sean delegados.

7º) Las demás que en el futuro le asigne el Gobierno Nacional.

ARTICULO 4º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud estará adscrito al Ministerio de Salud Pública;

su domicilio será la ciudad de Bogotá, pero su radio de acción comprenderá todo el territorio nacional, pudiendo establecer unidades o dependencias regionales en otros lugares del país.

III - ORGANISMOS DE DIRECCION, ADMINISTRACION Y CONTROL

ARTICULO 5º La Dirección y Administración del Instituto estará a cargo de la Junta Directiva, del Director Ejecutivo y de los demás funcionarios que determine los estatutos.

ARTICULO 6º La Junta Directiva estará integrada en la forma prevista en el Artículo 2º del Decreto 673 de 1974.

ARTICULO 7º La Junta Directiva tendrá las siguientes funciones:

- a) Formular la política general del Instituto y programas que, conforme a las normas que prescriban el Ministerio de Salud Pública, el Departamento Nacional de Planeación y la Dirección General del Presupuesto, deben proponerse para su incorporación a los planes sectoriales, y, a través de éstos, a los planes generales de desarrollo.
- b) Adoptar y modificar los estatutos de la entidad con la aprobación del Gobierno Nacional.
- c) Aprobar el proyecto de presupuesto del Instituto que se someterá a consideración del Congreso Nacional.
- d) Controlar el funcionamiento general de la entidad, verificar su conformidad con la política adoptada y crear los mecanismos necesarios para el logro de estos objetivos.
- e) Autorizar o aprobar todo acto o contrato cuya cuantía exceda de \$500.000.00.
- f) Las demás que le señale la Ley, los reglamentos o los estatutos.

ARTICULO 8º El Director del Instituto será de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República, y le corresponden las siguientes funciones:

- a) Llevar la representación legal del Instituto.
- b) Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el personal de la entidad, la ejecución de las funciones de ésta y la realización de los programas de la misma.
- c) Dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones de la entidad, dentro de los límites legales y estatutarios.
- d) Rendir informes a la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud Pública, en la forma que ésta lo determine, sobre el estado de ejecución de los programas que corresponden al Instituto, y al Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud Pública, los informes generales y periódicos, o particulares, que se soliciten, sobre las actividades desarrolladas, la situación general de la entidad y demás asuntos que tengan relación con la política social del Gobierno Nacional.
- e) Elaborar el Proyecto de Presupuesto del Instituto.
- f) Nombrar y remover el personal de la entidad, de acuerdo con las normas legales y estatutarias.
- g) Las demás funciones que le señalen la Ley, los estatutos y las que, refiriéndose al funcionamiento general de la Entidad, no estén expresamente atribuidas a otra autoridad.

ARTICULO 9º Son requisitos para ser nombrado Director del Instituto:

- a) Tener título universitario en materia relacionado con los asuntos de competencia del Instituto; y

- b) Tener experiencia mínima, administrativa o docente a nivel universitario, no inferior a tres (3) años.

IV - PATRIMONIO

ARTICULO 10º El patrimonio del Instituto estará constituido por:

- a) Los bienes a que se refieren los artículos 4º del Decreto 470 de 1968 y 37 del Decreto 2470 de 1968.
- b) Las partidas que con destino a él se incluyan en el Presupuesto Nacional.
- c) El valor de los derechos de análisis de drogas, cosméticos, bebidas y alimentos.
- d) El valor de los servicios que preste y de los productos biológicos y químicos que venda.
- e) El producto de las donaciones o subvenciones que reciba el Instituto de Entidades Públicas y Privadas, nacionales o internacionales, y de personas naturales.
- f) Los demás bienes que adquiriera a cualquier título.

ARTICULO 11º El control fiscal del Instituto corresponde a la Contraloría General de la República.

V - ORGANIZACION INTERNA

ARTICULO 12º La estructura interna del Instituto será determinada por la Junta Directiva, debiendo ajustar su nomenclatura a las siguientes normas:

- 1º) Las unidades de nivel directivo se denominarán Dirección y Subdirecciones.
- 2º) Las unidades que cumplan funciones de asesoría o coordinación se denominarán Oficinas o Comités, y Consejos cuando incluyan personas ajenas a la Entidad.

- 3º) Las unidades operativas, incluidas las que atienden los Servicios Administrativos Internos, se denominarán Divisiones, Secciones o Grupos.

- 4º) Las unidades que se creen para el estudio o decisión de asuntos especiales se denominarán Comisiones o Juntas.

VI - REGIMEN JURIDICO DE LOS ACTOS Y CONTRATOS

ARTICULO 13º Los actos administrativos que dicte el Instituto para el cumplimiento de sus funciones, y que pongan término a una actuación administrativa, salvo disposición en contrario, están sujetos al procedimiento gubernativo de conformidad con el Decreto 2733 de 1959, debiendo observarse las siguientes normas:

- a) Contra las providencias que dice el Director del Instituto, en todos los asuntos de su competencia, sólo procede el recurso de reposición.
- b) Si la providencia contra la cual se interpone el recurso de reposición ha sido proferida por la Junta Directiva y aprobada por ella, el recurso de reposición debe interponerse ante el Director del Instituto, pero la providencia que lo resuelva se proferirá en la misma forma de la que es objeto del recurso.

ARTICULO 14º Los contratos que celebre el Instituto deben contener las cláusulas que sobre garantías, caducidad administrativa y reclamaciones diplomáticas exige la Ley para que los que celebra el Gobierno Nacional. La declaratoria de caducidad, llegado el caso, se hará por el Director del Instituto.

VII - ADQUISICION DE BIENES

ARTICULO 15º El Instituto podrá adquirir directamente los bienes muebles que requiera para su funcionamiento, debiendo someterse, según su cuantía, a los siguientes requisitos:

- a) Compras hasta de \$50.000.00 CINCUENTA MIL PESOS, no necesitarán cotización ni contrato escrito, pero se reconocerán por resolución del Director del Instituto.
- b) Compras de valor superior de CINCUENTA MIL PESOS (\$50.000.00) e inferior a QUINIENTOS MIL (\$500.000.00) necesitarán tres cotizaciones, adjudicación en Junta de Compras y Licitaciones y contrato escrito.
- c) Compras de QUINIENTOS MIL PESOS (\$500.000.00) o valor superior, necesitarán licitación pública o privada, a juicio de la Dirección del Instituto, adjudicación por parte del Consejo Directivo y Contrato escrito.

PARAGRAFO. En los casos contemplados por el Artículo 27 del Código Fiscal podrá prescindirse de las cotizaciones y licitaciones ordenadas por el presente artículo. En el caso de urgencia evidente, ésta será declarada por el Consejo Directivo.

ARTICULO 16º La adquisición de bienes inmuebles por parte del Instituto se hará de acuerdo con las normas legales vigentes sobre la materia.

VIII - PERSONAL

ARTICULO 17º De acuerdo con lo establecido por los Decretos 3135 de 1968, 1948 de 1969 y 1950 de 1973, las personas que prestan sus servicios en el Instituto son empleados públicos. Con arreglo a las disposiciones legales, el Instituto podrá celebrar contratos de trabajo para construcción y sostenimiento de

obras públicas y las personas así vinculadas tendrán el carácter de trabajadores oficiales. Asimismo, podrá contratar servicios técnicos, asistenciales y auxiliares por el tiempo de ejecución de un trabajo o de una obra determinada, en cuyo caso las personas contratadas se consideran como meros auxiliares de la administración de conformidad con las estipulaciones contractuales.

IX - DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 18º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud, como establecimiento público de carácter nacional, goza de los mismos privilegios y prerrogativas que se reconocen a la Nación.

ARTICULO 19º El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud, con el voto favorable del Presidente de la Junta Directiva, podrá delegar en otras entidades descentralizadas el cumplimiento de algunas de sus funciones; la entidad delegataria se someterá a los requisitos y formalidades prescritos para el ejercicio de las funciones delegadas.

ARTICULO 20º Quedan derogadas o reformadas todas las disposiciones que sean contrarias al presente Decreto.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. E. a los 20 días del mes de abril de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

DECRETO LEY NUMERO 708 DE 1974

(20 de abril)

“por el cual se establece la organización administrativa del Nivel Local Regionalizado del Sistema Nacional de Salud”.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de las facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

CAPITULO I
DEFINICION Y FUNCIONES

ARTICULO 1º Entiéndese por Nivel Local Regionalizado del Sistema Nacional de Salud todos los organismos ejecutivos de salud comprendidos en una determinada área geográfica según lo establecido en los Artículos 12, 13 y 14 del Decreto 654 de 1974.

ARTICULO 2º La Dirección del Nivel Local Regionalizado a que se refiere el Artículo 14 del Decreto 654 de 1974 tendrá como funciones las siguientes:

- a) Ejecutar todos los planes y programas de salud en concordancia con la política nacional de salud, las normas del Servicio Seccional de Salud respectivo y la realidad regional y local;
- b) Establecer los mecanismos para la incorporación de todas las Entidades, Instituciones, y Agencias de la región a los Sub-Sistemas Nacionales de Planeación, Información, Inversiones, Suministros y Personal y de todas las normas y programas de los niveles nacional y seccional.

- c) Servir de órgano canalizador de las aspiraciones y necesidades de salud de la comunidad correspondiente, para adecuar los planes y programas respectivos a su nivel.

CAPITULO II
DIRECCION Y ORGANIZACION

ARTICULO 3º La Dirección del Nivel Local Regionalizado será ejercida por el Director del Hospital Sede correspondiente.

PARAGRAFO. El Jefe del Nivel Local Regionalizado deberá ser nombrado de conformidad con las disposiciones del Decreto Número 654 de 1974.

ARTICULO 4º El Nivel Local Regionalizado tendrá la siguiente organización:

- A. El Jefe del Nivel Local Regionalizado.
- B. Grupo de Supervisión y Docencia.
- C. Hospital Sede.
- D. Hospitales Periféricos.
- E. Unidades de Asesoría y Coordinación.
 - Comité Técnico.
 - Junta Asesora.
 - Comité de Historias Clínicas y Auditoría Médica.
- F. Unidades periféricas de Salud o actuales centros y puestos de Salud, puestos de Socorro y Promotoras Rurales de Salud.

FUNCIONES DE LAS DEPENDENCIAS DEL
NIVEL LOCAL REGIONALIZADO

DEL JEFE DEL NIVEL LOCAL REGIONALIZADO.

ARTICULO 5º El Jefe del Nivel Local Regionalizado tendrá además de las funciones que el Jefe del Servicio Seccional de Salud respectivo le asigne o delegue y las señaladas en el artículo 15 del Decreto 654 de 1974, las siguientes:

- a) Ejercer la Dirección y Coordinación del Nivel Local Regionalizado y del Hospital Sede;
- b) Responder ante los niveles superiores de la Organización Básica para la Dirección del Sistema y ante la comunidad por el funcionamiento del respectivo nivel local regionalizado en los aspectos científico, técnico y administrativo;
- c) Poner en práctica los mecanismos necesarios para la incorporación de todos los organismos y agencias de salud en su jurisdicción a los Sub-Sistemas Nacionales de Planeación, Información, Suministros, Inversiones y Personal;
- d) Ejecutar el presupuesto del Nivel Local Regionalizado, de acuerdo con las normas y disposiciones vigentes para el efecto;
- e) Convenir el nombramiento de los Directores de los Hospitales de la región con el Jefe del Servicio Seccional de Salud de su jurisdicción.

DEL GRUPO DE SUPERVISION Y DOCENCIA.

ARTICULO 6º El Grupo de Supervisión y Docencia tendrá además de las funciones que el Jefe del Nivel Local Regionalizado le asigne o delegue, las siguientes:

- a) Supervisar y evaluar en la región el cumplimiento de las políticas y normas de los niveles nacional y seccional y el desarrollo de los planes y programas del nivel local regionalizado;

- b) Asesorar directamente o por intermedio de otros grupos en todos los aspectos científicos, técnicos y administrativos a todos los organismos, instituciones y agencias de salud en su jurisdicción;
- c) Participar en los Programas de Educación continuada, adiestramiento en servicio y formación de personal en su región.

DEL HOSPITAL SEDE.

ARTICULO 7º El Hospital Sede además de las funciones que le sean asignadas por el Ministerio de Salud Pública tendrá las siguientes:

- a) Prestar servicios de salud a la población de su área, de acuerdo a su disponibilidad de tecnología.
- b) Servir de centro de referencia en los aspectos de salud para todos los Organismos, Instituciones y Agencias de su área de influencia;
- c) Llevar a cabo programas docentes, de educación continuada y adiestramiento en servicio para el personal de su área de influencia.

DE LOS HOSPITALES PERIFERICOS.

ARTICULO 8º Serán funciones de los hospitales periféricos, con sus respectivas Unidades Periféricas, Centros y Puestos de Salud, prestar a toda la población de su área de influencia la indispensable atención médica en los aspectos de saneamiento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en proporción a sus propios recursos y en los términos de complejidad prevista por los niveles de atención que para el efecto determine el Ministerio de Salud Pública.

DE LAS UNIDADES DE ASESORIA Y
COORDINACION.

JUNTA ASESORA.

ARTICULO 9º Serán funciones de la Junta Asesora del Nivel Local Regionalizado además de las establecidas en el Decreto Ley Nº 654 de 1974 las siguientes:

- a) Colaborar con la Dirección del Nivel Local Regionalizado en la realización de las políticas del Ministerio de Salud Pública;
- b) Propender por la consecución de nuevas - fuentes de financiamiento, así como por el cumplimiento oportuno de los compromisos de las entidades aportantes.

COMITE TECNICO.

ARTICULO 10º El Comité Técnico será un Organismo Asesor y colaborador de la Jefatura del Nivel Local Regionalizado en todos los aspectos técnico-administrativos de su nivel y estará constituido por:

- El Jefe del Nivel Local Regionalizado, quien lo presidirá.
- Un representante del personal científico del Hospital Sede.
- Dos Jefes o Directores de Hospitales Periféricos de su área.

COMITE DE HISTORIAS CLINICAS Y
AUDITORIA MEDICA.

ARTICULO 11º El Comité de Historias Clínicas y Auditoría Médica será un

Organismo Asesor de la Jefatura del Nivel Local Regionalizado en todos los asuntos científicos y docentes y estará constituido por:

- El Jefe del Nivel Local Regionalizado.
- Dos representantes del personal científico de la periferia.
- Dos representantes del personal científico del Hospital Sede.

ARTICULO 12º A partir del 1º de enero de 1975, para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente de la Nación o del Presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades del Sistema Nacional de Salud deberán modificar su estructura, estatutos y régimen de funcionamiento de acuerdo a los términos de este Decreto.

ARTICULO 13º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a los veinte (20) días del mes de abril de mil novecientos setenta y cuatro (1974).

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.

D E C R E T O L E Y N U M E R O 709 D E 1974

(20 de abril)

“por el cual se establece el Sub-Sistema Nacional de Inversiones del Sistema Nacional de Salud”.EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE
COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

D E C R E T A:

ARTICULO 1º La Organización Básica para la Dirección del Sistema Nacional de Salud, asumirá la responsabilidad en la implantación del Sub-Sistema Nacional de Inversiones del Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud Pública a través de su Oficina de Planeación tendrá a su cargo el diseño, normalización y evaluación del Sub-Sistema Nacional de Inversiones del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 2º Las inversiones en salud se realizarán por intermedio de los siguientes programas:

- a) Los Programas de Inversión que tengan como finalidad la construcción, dotación, remodelación de hospitales, centros, puestos de salud y puestos de socorro; construcción de acueductos y alcantarillados, adquisición de bienes muebles e inmuebles y en general todo lo que tenga que ver con el mejoramiento y la conservación de la infraestructura física del Sector;
- b) Los Programas de Inversión en capacidad operativa que comprende la formación, capacitación y adiestramiento de personal.
- c) Los Programas de investigación para adquirir conocimientos y obtener la creación y adaptación de nuevas tecnologías.

ARTICULO 3º Los Subsectores Oficial y Mixto, de la Seguridad Social y Privado incorporarán todos sus planes y programas de inversión al Subsistema Nacional de Inversiones, de conformidad con las normas que para el efecto dicte el Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 4º Todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades del Sistema Nacional de Salud adaptarán sus estructuras y normas de funcionamiento a los términos de este Decreto, y a la correspondiente reglamentación que para tal efecto determine el Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 5º A partir del 1º de enero de 1975 para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente de la Nación o del presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud para programas de inversión, todos los organismos, instituciones, agencias y entidades del Sistema Nacional de Salud deberán estar incorporados, en los términos del presente Decreto, al Subsistema Nacional de Inversiones del Sistema Nacional de Salud.

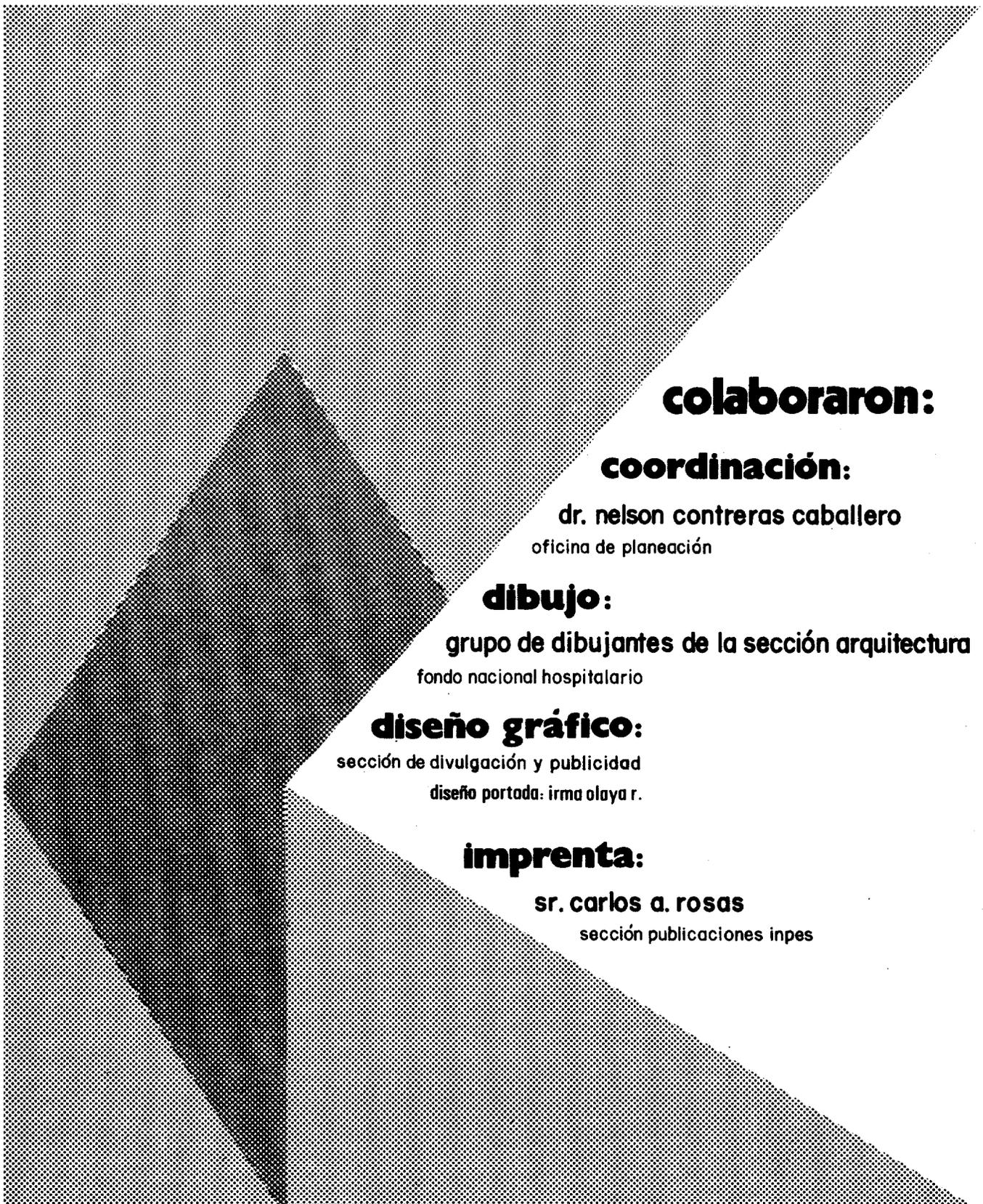
ARTICULO 6º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E. a los veinte (20) días del mes de abril de mil novecientos setenta y cuatro. (1974).

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO
Presidente de la República de Colombia.

(Fdo.) JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
Ministro de Salud Pública.



colaboraron:

coordinación:

dr. nelson contreras caballero
oficina de planeación

dibujo:

grupo de dibujantes de la sección arquitectura
fondo nacional hospitalario

diseño gráfico:

sección de divulgación y publicidad
diseño portada: irma olaya r.

imprenta:

sr. carlos a. rosas
sección publicaciones inpes

**IMPRESA DEL INSTITUTO
NACIONAL PARA PROGRAMAS
ESPECIALES DE SALUD (INPE)**