

---

# COLOMBIA

## SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

### Contexto socioeconómico, político y demográfico

Colombia tiene una extensión territorial de 1.141.748 km<sup>2</sup>, con un relieve dominado por los tres ramales de la Cordillera de los Andes (occidental, central y oriental) y zonas de valles y llanuras. La población estimada para 1997 fue de 40.072.328 habitantes, 49,5% de los cuales son hombres y 50,5% mujeres. La tasa de crecimiento de la población es de 2,05% anual y la densidad demográfica de 32,4 habitantes por km<sup>2</sup>. La población urbana representa 71% de los habitantes y la rural, 29%.

Las corrientes migratorias internas se dirigen sobre todo a la región andina; uno de cada cuatro colombianos vive fuera de su departamento de origen. Las corrientes migratorias externas se dirigen principalmente a Ecuador, Estados Unidos y Venezuela, con un volumen acumulado que, según el censo de 1993, sobrepasa el medio millón de personas. Esta cifra refleja solo una parte del éxodo, que se produce en forma clandestina. El volumen acumulado de inmigrantes internacionales representa 0,33% del total de la población.

La existencia de 81 pueblos indígenas (1,7% del total de habitantes), junto a la población colombiana de origen africano (25% de la población) y mestiza, hacen de Colombia un país multiétnico y pluricultural, con diversas tradiciones y distintas lenguas. Esta multiplicidad cultural se traduce en diferencias culturales y de condiciones de vida en los distintos grupos de población y, por ende, en diversos tipos de enfermedades.

En general, los indicadores demográficos muestran mejoras continuas en los períodos 1970–1975 a 1990–1995, sin embargo, las mejoras de los indicadores nacionales en su conjunto ocultan las grandes diferencias que subsisten entre las regiones, entre las zonas urbanas y rurales y entre los estratos sociales. Por ejemplo, en el período 1990–1995, en la región del Pacífico, donde predomina la población colombiana de

origen africano, se registraron los peores indicadores: una esperanza de vida al nacer inferior al promedio nacional en 2 años y una mortalidad infantil de 37 por 1.000 nacidos vivos, superior al promedio nacional en 20%.

Entre la zona urbana y la rural también se encontraron diferencias: la tasa global de fecundidad en la primera era de 2,65 hijos por mujer, mientras que en la segunda era de 4,41 hijos por mujer. La mortalidad por enfermedades transmisibles era tres veces mayor en la población con una gama de necesidades básicas insatisfechas (NBI) entre 90 y 100, que en aquella con un índice de NBI menor que 20.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población de las cabeceras municipales (zona urbana) parece haber influido favorablemente en los indicadores demográficos. No obstante, a pesar de la tendencia descendente observada entre 1973 y 1993, la brecha entre la proporción de población pobre de las cabeceras municipales y la del resto del municipio se ensanchó. En 1973 había 1,5% más personas en situación de pobreza (presencia de al menos un indicador de NBI) entre los habitantes del municipio que entre los de las cabeceras municipales. En 1993 la relación prácticamente se había duplicado, pasando a 2,9% en el resto del municipio. La razón de población en situación de miseria (presencia de dos o más indicadores de NBI) en la zona rural pasó de 2,2 a 5,0 en relación con la que habita en las cabeceras municipales.

En los últimos 30 años el Gobierno Nacional ha mostrado gran interés por mejorar la cobertura de la educación primaria y secundaria; sin embargo, las carencias educativas del país son inmensas. En 1994, 2 de cada 10 niños de 6 a 11 años de edad no asistían a la escuela primaria y 5 de cada 10 jóvenes de 12 a 17 años de edad no recibían educación secundaria. De cada 100 niños ingresados a la escuela primaria, solo 30 finalizaron el noveno grado y apenas 7 lo hicieron sin repetir ningún grado. La menor cobertura educativa afecta principalmente a los pobres de las zonas urbana y rural. En 1973, el analfabetismo en la zona rural (22,8%) triplicaba al de la zona urbana (6,0%) y las variaciones en el interior del país

iban de 3,0% en Bogotá a 25,11% en Tolima y a 25,3% en Córdoba, mientras que los años de educación de la población urbana (7,0) duplicaban a los de la población rural (3,2). En el interior del país también se observan grandes diferencias que van de 4,2 años en el Cauca y 4,3 en Sucre hasta 8,1 en Bogotá. Las tasas netas de asistencia escolar por nivel educativo alcanzaron en 1993 a 36,9% de la población preescolar (3 a 5 años), a 79,1% de la primaria (6 a 11 años), a 54,1% de la secundaria (12 a 17 años) y a 8,7% de la población que cursaba el nivel superior (18 a 24 años).

A los problemas de cobertura educativa se añade el de la calidad de la educación, especialmente de la impartida en escuelas y colegios públicos. En la escuela primaria, pública y rural los niños aprenden menos de la mitad de lo que deberían aprender de acuerdo con los planes de estudio vigentes. En los colegios secundarios, 25% de los niños no logran superar el nivel mínimo de las pruebas de lenguaje en séptimo grado y menos de 20% alcanzan un nivel óptimo entre los grados séptimo y noveno.

El gasto público en educación ha tenido una tendencia prácticamente estable como participación en el producto interno bruto (PIB): de 2,85% en los años setenta pasó a 2,99% en los ochenta y a 3,03% en los noventa. En cuanto a los niveles a los que está dirigido, el gasto público en educación muestra desequilibrios: en 1994, la participación en la educación primaria representaba 33%, en la educación secundaria, 29% y en la educación superior, 17%. Del gasto en educación primaria, el 40% más pobre recibía 67% del subsidio, en la secundaria el 40% más pobre recibía 46%, mientras que en la educación superior, el 40% más pobre solo recibía 15% del subsidio.

La cobertura de servicios básicos en los hogares aumentó en forma significativa entre 1985 y 1993, pasando de 70,5% a 82,1% en acueductos y de 59,4% a 69,0% en alcantarillado. Sin embargo, entre 6 y 10 millones de personas aún no cuentan con uno u otro servicio. La situación más crítica se presenta en la zona rural, donde entre 5 y 8 millones de habitantes carecen, por lo menos, de uno de estos servicios. Se observan aún mayores rezagos en lo que se refiere a la calidad del agua. Solo 62% de los habitantes en la zona urbana recibe agua apta para el consumo humano, mientras que en la zona rural únicamente 10% cuenta con agua de buena calidad. Los adelantos más significativos en los servicios de acueducto y alcantarillado han tenido lugar en el decenio de 1990. La inversión entre 1991 y 1994 representó 25% del total de inversiones en los últimos 30 años; no obstante, fue de 0,3% del PIB y 2,7% del total del gasto social, lo que pone en evidencia la poca importancia que se le había asignado al sector en años anteriores.

En las últimas décadas, la economía colombiana experimentó enormes cambios, creciendo y diversificándose en forma constante y progresiva. A comienzos de los años no-

venta se inició un proceso radical de apertura económica, caracterizado por una significativa disminución de las barreras arancelarias proteccionistas en prácticamente todos los sectores. En los últimos seis años el desempeño de la economía ha sido desperejo y ciertos sectores se han visto particularmente beneficiados. El PIB experimentó un crecimiento estable de 1991 (2%) a 1994 (5,6%) y luego declinó a 4,5% en 1996. La tasa de inflación descendió hasta llegar a 19% en 1995, pero la tendencia se revirtió llegando a 23% en 1996.

Las inversiones extranjeras directas pasaron de US\$ 2.100 millones en 1985 a \$7.342 millones en 1995, cifras que no incluyen las realizadas en los sectores minero y petrolero. La deuda externa pasó de \$17.000 millones en 1992 a \$20.000 millones en 1994, lo que corresponde a 34,5% y 30,7% del producto interno bruto (PIB), respectivamente.

No obstante, el PIB, que en los dos primeros trimestres de 1995 había crecido a un ritmo de 7,5% y 4,7% respectivamente, para los mismos periodos de 1996 aumentó a 3,9% y 2,2%. Esta pérdida neta se vincula con la liquidación de empresas, los cierres temporarios y los despidos masivos en las principales ciudades, que liberaron mano de obra en su mayoría no absorbida por otros sectores de la economía, dada la extensión de la recesión. En la construcción y en la industria manufacturera se perdieron empleos en forma acelerada. En cambio, cabe resaltar que el sector de minas y canteras generó empleos posiblemente vinculados con la actividad petrolera.

Como consecuencia de lo anterior, la situación del mercado laboral urbano se ha deteriorado en forma rápida y grave. En septiembre de 1996 la tasa de desempleo alcanzó 12,1%, cifra superior a las registradas en los últimos 10 años. La situación era similar en casi todas las principales ciudades colombianas (Pasto 15,5%, Cali 15,1%, Medellín 13,6%, Manizales 13,1%, Barranquilla 12,2%, Bucaramanga 10,8% y Bogotá 10,4%). El aumento del desempleo coincidió con una disminución clara y casi equivalente del empleo: -2,36% entre 1995 y 1996, el mayor deterioro ocurrido desde 1990.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de 1994, el empleo informal se mantuvo en igual proporción desde 1984, al representar 54,9% del empleo total. Los negocios pequeños constituían la mayoría, de modo que las microempresas de cinco trabajadores o menos generaban mayor empleo que las de seis o más trabajadores.

En Colombia predomina la economía informal de subsistencia, situación que limita la contribución al desarrollo económico. La producción de bienes y servicios del sector informal está destinada al consumo interno de la población general. Tres cuartas partes de las actividades informales se concentran en los sectores comercial y de servicios.

La apertura económica incrementó la incertidumbre del mercado y las fluctuaciones de la demanda. En 1997 las empresas vivieron los riesgos de la inestabilidad económica y debieron hacer frente a una mayor competencia internacional

que las obligó a reducir los costos y acelerar el cambio tecnológico. Esto repercutió en las relaciones laborales, ya que las empresas adoptaron la flexibilidad laboral y recurrieron a modalidades atípicas de contratación a fin de bajar sus costos (contratos temporarios, de tiempo parcial, a domicilio, acuerdos con subcontratistas). Tanto las empresas emergentes como las que se encontraban en crisis tendieron a utilizar con mayor frecuencia mano de obra temporaria.

Las mujeres con trabajos temporarios tienen disparidades de ingreso si se las compara con las mujeres con empleos permanentes. La brecha entre ambos grupos tiende a ser mayor según el nivel de calificación. Así, es de 2% menos para las operarias, 13% menos para las empleadas administrativas y para las que trabajan en empleos permanentes, hasta llegar a 22% menos para las profesionales. En el caso de los hombres, la situación es diferente: los obreros que realizan trabajos temporarios ganan 10% menos, los profesionales 5%, pero los empleados administrativos reciben en promedio salarios 10% mejores que los administrativos con vinculación laboral permanente. Se presenta así una situación salarial bastante heterogénea.

Contrariamente a la mala situación en materia de empleo, el nivel de los salarios promedio de los ocupados ha experimentado un aumento en términos reales desde 1991, en especial en el sector financiero, mientras que los salarios de los sectores industrial y comercial se mantuvieron dentro del promedio nacional, lo que indica que si bien disminuyó el empleo la productividad de los trabajadores se incrementó. Si bien el Gobierno Nacional en los últimos años ha logrado aumentar el presupuesto del gasto público social de 9,07 del PIB en 1990 a 15,14% en 1995, aún se advierten disparidades entre las zonas urbana y rural en educación, servicios básicos y empleo. Esta situación repercute, directa o indirectamente, en la salud de la población, ya que afecta a las condiciones de vida y a la accesibilidad de los servicios, entre ellos los sanitarios. Las condiciones de salud se encuentran en una transición caracterizada por un mejoramiento progresivo pero desigual y por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas que afecta en particular a la población más pobre, y con diferencias evidentes en razón del sexo. Por otra parte, el trauma y el homicidio han tomado una inusitada preponderancia en el cuadro epidemiológico general.

## Mortalidad

La tasa cruda de mortalidad general en el período 1990–1995 fue de 6,57 defunciones por 1.000 habitantes. El subregistro de defunciones en la cabecera municipal se estimó en 15% y el de defunciones en el resto del municipio, en 65%. En general, se calcula un subregistro de 34,0%, 46,6%

para los menores de 1 año y 29,8% para el grupo de 70 y más años. En hombres y mujeres el subregistro es de 34,8% para los primeros y de 32,5% para las segundas. En el mismo período, no se observaron variaciones importantes en las tasas específicas por edad y sexo.

En 1994, la mayor proporción de las muertes (168.568) se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Sin embargo, 79,5% de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio ocurrieron en la población de 45 y más años, mientras que 71% de las causas externas ocurrieron en el grupo de 15 a 44 años y las enfermedades transmisibles se presentaron fundamentalmente en el grupo de menores de 5 años. Esta situación evidencia un mosaico de causas que producen la muerte según la edad de la población.

Se observan diferencias según el sexo. En las mujeres, 35,3% del total de defunciones se debieron a enfermedades del aparato circulatorio y 17,7% a tumores, lo que pone de manifiesto que las enfermedades crónicas degenerativas fueron sus causas de muerte más frecuentes, mientras que en los varones, 36,8% del total de defunciones obedecieron a causas externas, es decir que su riesgo de morir por causas violentas es mayor.

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupos de población

#### *La salud del niño*

Los principales problemas de salud en la niñez son las enfermedades infecciosas. En el grupo de menores de 1 año las afecciones originadas en el período perinatal representaron 43,5% del total de las defunciones en 1994. El 61,9% del total de las muertes en este grupo de edad se atribuye a las hipoxias. Estos datos indican que la principal causa de muerte está relacionada con la atención del parto.

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas son las principales causas de consulta en el grupo de menores de 5 años. En 1995, 37,4% y 14,0% del total de consultas correspondieron a estas causas.

Además de los daños específicos a la salud de los niños, hay en Colombia problemas aún no cuantificados tales como la orfandad a causa de los conflictos armados, la participación de los niños en estos conflictos, el trabajo infantil. Por otro lado, a raíz de los problemas sociales y de las grandes inequidades regionales, existen dificultades de acceso a la educación, sobre todo para los niños que viven en las zonas rurales del país. En las zonas de conflicto la deserción escolar es cercana al 100%.

### *La salud del adolescente*

Colombia ha logrado grandes adelantos en materia de erradicación del analfabetismo, especialmente en la última década; no obstante, solo uno de cada 10 jóvenes que inician el bachillerato lo terminan. Según datos del Departamento Nacional de Planeación, 2,4 millones de jóvenes no estudian ni trabajan (30% del total de la población adolescente). La deserción escolar, por lo tanto, es uno de los factores de riesgo a los que está expuesta la población adolescente. Junto con ello, la actividad sexual comienza entre los 11 y los 18 años, y el inicio temprano es más frecuente en la población de estratos sociales bajos de las grandes ciudades. Estos factores contribuyen a que más de 10% de las mujeres entre 15 y 19 años ya sean madres. Los jóvenes que son padres antes de los 19 años tienen un tercio de las posibilidades de graduarse en la universidad.

Un problema derivado del anterior es el de la delincuencia juvenil. En Colombia, en 1994, 19.250 jóvenes entre 12 y 17 años fueron juzgados y reclusos institucionalmente. Estos jóvenes presentan un índice de reincidencia cercano al 85%, lo que congestiona todo el sistema carcelario. Por otro lado, el uso de sustancias psicoactivas entre los menores de 18 años predomina en los estratos altos y medios; 15,2% de los consumidores de alcohol son menores de 18 años y 6,8% de los consumidores de cigarrillos son jóvenes. El consumo de cocaína es de 3,8% respecto de la población general. El 15,2% de los consumidores tienen entre 11 y 15 años de edad y 30,4% tienen entre 16 y 18 años. Estos factores contribuyen para que las causas externas, y en particular los homicidios y los accidentes de tráfico, constituyan la principal causa de muerte en la población adolescente.

### *La salud del adulto*

Los principales problemas de este grupo son el desempleo y el subempleo, que condicionan y refuerzan condiciones de vida precarias y, por ende, la exposición a factores sociales y ambientales que deterioran la salud.

La pobreza rural, entre otros factores, ha favorecido el desplazamiento de grandes grupos de población hacia zonas marginales de las grandes ciudades. Los efectos que han producido estos desplazamientos en la vida social y en la salud mental de la población colombiana aún no han sido debidamente caracterizados. Sin embargo, merece destacarse que la tercera parte de los hogares están encabezados por mujeres.

Aunado a lo anterior, se advierte una prevalencia de hipertensión arterial de 12,6% en la población mayor de 15 años; asimismo, se estima que 7% de la población mayor de 30 años padece de diabetes mellitus no insulino dependiente y entre 30% y 40% desconoce estar enfermo. Después del trauma, la principal causa de morbilidad en este grupo

de edad son las enfermedades degenerativas crónicas, y en la mujer se destacan las asociadas al período reproductivo.

### *La salud del adulto mayor*

En estudios realizados antes de 1993 se encontró que 87,5% de los ancianos no eran beneficiarios de la seguridad social, 42,0% no contaban con ingresos formales y regulares, 41,93% estaban en situación de miseria en zonas marginales, 11,0% vivían en tugurios, 32,5% eran analfabetos, 8,7% eran pensionados, 30,85% tenían trabajos remunerados y 39,05 realizaban diversos oficios para subsistir. A esta población le corresponde cerca de 50% del total de las defunciones del país. Las causas cardiovasculares ocasionan la mitad de las muertes.

El Ministerio de Salud ha puesto en marcha el Programa de Salud del Anciano, que establece la política del régimen de la seguridad social para conseguir la satisfacción íntegra de las necesidades de este grupo, el fortalecimiento de su identidad y autoestima, el autorreconocimiento, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el mejoramiento de los servicios asistenciales.

### *La salud de la mujer*

La cobertura de atención a las gestantes en 1995 en el nivel institucional fue de 80%, con un promedio de cuatro controles, 30% de los cuales se registraron en el primer trimestre. En el mismo año, la atención institucional del parto fue de 77%, lo que significa que una quinta parte de las gestantes no recibieron ningún tipo de atención médica en ese período. Esta situación se refleja en la cobertura de los programas de atención a la mujer en edad fértil. Del total de mujeres, 27% se encontraban en edad fértil y de ellas, 55% vivían en unión conyugal. Aunque el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está generalizado, 72% de las mujeres que llevaban vida marital utilizaban métodos anticonceptivos; de estos, el sector público suministraba 29,4%. Del total de gestaciones esperadas, 24% terminaron en aborto y 26% en nacimientos no deseados.

El aborto es la segunda causa de muerte materna, con 15% del total de las defunciones ocurridas por causa de la maternidad, lo que coincide con la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las poblaciones de riesgo (su mayor incidencia se presenta en mujeres de 20 a 29 años). Del total de embarazos que terminaron en aborto en 1995, 24% se debieron a fallas en los métodos anticonceptivos y el resto a la inaccesibilidad de estos. El aborto es ilegal en Colombia, por lo que muchas mujeres interrumpen los embarazos no deseados con procedimientos realizados en condiciones sépticas que ponen en alto riesgo su vida y su estado de salud.

## Análisis por tipo de enfermedad o daño

### Violencia

Los principales problemas de salud de la población colombiana son las lesiones por causas externas, producto de la violencia que afecta a la sociedad en su conjunto. En 1994, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con el propósito de apoyar la realización de actividades de proyección social relativas a personas y entidades, creó el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, dependiente de la subdirección de Servicios Forenses. El Centro tiene a su cargo la planeación y ejecución de intervenciones sobre fenómenos violentos. Es así como en 1995 se realizaron 213.341 reconocimientos por lesiones no mortales y se practicaron 11.970 dictámenes por delitos sexuales en todo el país. Esto equivale a un incremento de 15% en la tasa de lesiones no mortales (527 por 100.000 habitantes en 1994 y 608 en 1995) y un aumento de 7,6% en la tasa de delitos sexuales (31,6 por 100.000 habitantes en 1994 y 34,0 en 1995). La tasa de lesiones no mortales en 1995 en comparación con la del año anterior representa incrementos en violencia común, violencia familiar, delitos sexuales, accidentes de tráfico y otros accidentes.

De las lesiones no mortales, 163.230 (76,5% del total) fueron lesiones personales intencionalmente infligidas por otros, 65,8% de estas corresponden a violencia común (riñas, atracos, ajuste de cuentas, venganza, limpieza social, entre otros), lo que representa una tasa de 306 por 100.000 habitantes, 26,3% a violencia familiar, con una tasa de 122 por 100.000 habitantes, 0,5% a orden público y 7,3% a delitos sexuales, con una tasa de 34 por 100.000 habitantes. La mayoría de las lesiones fueron ocasionadas con elementos contundentes (63,7%) seguidas de armas cortopunzantes (18,5%). Las tasas más altas se presentan en San Andrés, Amazonas, Arauca y Santa Fe de Bogotá. Los departamentos con tasas más altas de violencia común son distintos de las regiones que presentan las tasas más altas de homicidios, lo que sugiere la existencia de causas diferentes.

En 1995, el Instituto realizó 42.963 dictámenes por violencia familiar (maltrato al menor, violencia conyugal y agresiones entre otros miembros de la familia), lo que representa 20,1% del total de lesiones personales evaluadas, equivalente a una tasa nacional de 122 por 100.000 habitantes. Las mujeres de 25 a 34 años y los hombres de 5 a 14 años son los que presentan las tasas más altas de violencia familiar. Los departamentos de Santa Fe de Bogotá, San Andrés, Arauca, Meta, Risaralda, Quindío y Tolima presentan las más altas tasas de todas las formas de maltrato en el grupo familiar.

En 1995 se realizaron 11.970 dictámenes sobre delitos sexuales, 87,8% de los cuales correspondieron a mujeres, es decir, una tasa de 34 por 100.000 habitantes. El 55,3% de las

víctimas tenían entre 5 y 14 años. En 77,4% de los casos el agresor era una persona conocida de la víctima (9% de las veces el padre, 8,5% el padrastro, 11,3% otro familiar y 48,6% otra persona conocida). En 35,5% de los menores de 14 años se hallaron pruebas positivas en el examen físico. En los casos sin pruebas físicas de delito sexual, que corresponden en su gran mayoría a actos de corrupción de menores, es más difícil investigar judicialmente e identificar y condenar al culpable, hecho que favorece la impunidad.

Las lesiones mortales y no mortales por accidentes de tráfico se han incrementado progresivamente en las grandes ciudades. En 1995 se practicaron 7.874 necropsias por accidente de tráfico, lo que corresponde a una tasa de 22 por 100.000 habitantes. Por cada defunción por accidente de tráfico hubo siete lesionados por esta causa. Se evaluaron 52.527 víctimas de lesiones no mortales en accidentes de tráfico, lo que corresponde a una tasa de 150 por 100.000 habitantes. Las lesiones no mortales (en las que el peatón suele ser la principal víctima) representan mayor riesgo para los hombres, en particular para los del grupo de 25 a 34 años de edad, mientras que las lesiones mortales son más frecuentes en la población de 60 años y más. Diversos factores pueden influir en el aumento de los accidentes de tráfico, entre ellos la mayor cantidad de vehículos, las largas distancias transitadas, el alto porcentaje de conductores menores de 25 años y su fácil acceso al alcohol, la falta de límites de velocidad y las deficientes medidas de inspección de vehículos.

En 1995 se estimó un total de 1.450.845 años potenciales de vida perdidos (APVP) por muertes violentas, de los cuales 67,4% (977.725) se debieron a homicidio, 18,5% (268.303) a accidentes de tráfico, 10,1% (145.988) a otros accidentes y 4,1% (58.830) a suicidios.

En 1995 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 43.800 necropsias en todo el país, de las cuales 87,9% (38.483) correspondieron a muertes violentas. Esto equivale a una tasa de 110 por 100.000 habitantes, lo que supone una disminución de 2% respecto del año anterior, en que fue de 112 por 100.000 habitantes. Del total de lesiones mortales por causas externas, 65,7% correspondieron a homicidios, seguidos por accidentes de tráfico, que representaron 20,5%.

El análisis por edad y sexo muestra que murieron en forma violenta 7,7 hombres por cada mujer: por homicidio, 14 hombres por cada mujer, por suicidio 3,3 y por cada uno de los tipos de accidentes, 3,9. Estas cifras reflejan importantes diferencias según el sexo. El 59,7% (22.977) de las muertes violentas ocurrieron en jóvenes de 15 a 34 años. En este grupo murieron por causa violenta 10 hombres por cada mujer y en particular por homicidio 15,3 hombres por cada mujer. Los homicidios constituyen la primera causa de muerte entre los hombres jóvenes colombianos. Constituyen también la primera causa de mortalidad y de APVP (67,4% del total). En

1938 la tasa de homicidios fue de 15 por cada 100.000 habitantes, en la década del cincuenta, a pesar de la violencia que caracterizó a esta época, no superó los 55 homicidios por 100.000 habitantes, en 1991 llegó a 88, en 1994 a 78 y en 1995 a 72 por 100.000 habitantes.

El fenómeno de la violencia en Colombia ha sido analizado ampliamente con diversas interpretaciones sobre sus causas, actores y escenarios. Entre las hipótesis planteadas se destacan las siguientes:

- Existe una cultura de respuesta violenta ante el conflicto. En efecto, Colombia posee una extensa lista de guerras civiles y una muy larga historia de movimientos guerrilleros que pueden haber ido estableciendo en la sociedad la tendencia a resolver los conflictos por la fuerza y no a través del diálogo y la concertación.

- La urbanización creciente desencadena la violencia. Sin embargo, la tasa de homicidios de Bogotá, que es la principal concentración urbana del país, es menor que la de ciudades intermedias como Manizales, Cúcuta y Bucaramanga, donde es de alrededor de 100 por 100.000 habitantes, mientras que ciudades aun más pequeñas tienen tasas de alrededor de 300 por 100.000 habitantes. Las tasas más altas (800 homicidios por 100.000 habitantes) son las de Apartado, localidad de la costa del Pacífico, en la que predomina la población colombiana de origen africano.

- La violencia es la respuesta a la pobreza. Sin embargo, al analizar las ciudades según el ingreso per cápita y la ocurrencia de homicidios se encontró que no había correlación, ya que las ciudades más pobres no eran las más violentas.

- Los colombianos son violentos por naturaleza. Sin embargo, las razones genéticas difícilmente podrían justificar un cambio tan acelerado como el observado desde 1980. Esta hipótesis tampoco permite explicar las extraordinarias variaciones que se observan en las ciudades colombianas.

- La violencia se relaciona con el tráfico de drogas. Esta hipótesis quizá proporcione un mejor acercamiento explicativo, ya que el fenómeno del tráfico de drogas constituye el cambio más llamativo ocurrido en los últimos 15 años en la sociedad colombiana. Al respecto, llama la atención el hecho de que los departamentos con tasas más altas de homicidios sean Antioquia, Guaviare, Putumayo y Valle del Cauca.

La presencia de algunos factores de riesgo que desencadenan o condicionan las respuestas violentas de la sociedad ha sido estudiada en algunas ciudades colombianas. Entre estos factores se destacan:

- El alcohol: en Santa Fe de Bogotá se solicitaron pruebas de alcoholemia en 92,6% de los homicidios y 55,7% resultaron positivas (más de 15 mg/ml para alcohol etílico). Según estudios realizados en Cali, 25% de las víctimas de homicidio se

encontraban intoxicadas con alcohol. Resultados similares, aunque con una proporción mayor de intoxicación en las víctimas, han sido notificados para Medellín y el resto del país. Medidas como la restricción de la venta de alcohol en sitios públicos o leyes semisecas han mostrado un efecto benéfico en Cali y más recientemente en Bogotá, donde se observó una disminución de 18% de alcoholemia en las personas que murieron violentamente.

- La tenencia de armas de fuego: según el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 80% de los homicidios ocurridos en Cali, Medellín y el resto del país en 1994 fueron ocasionados por armas de fuego. De acuerdo con datos de la Alcaldía de Bogotá, en ese mismo año se expedieron 156.283 permisos para portar armas de fuego en dicha ciudad. Una evaluación realizada en Cali de la política de desarme implantada en 1994 mostró una reducción significativa de los homicidios por armas de fuego.

- La impunidad del sistema judicial: datos de Desarrollo, Seguridad y Paz mostraron que en 1993 solo en 6% de los homicidios ocurridos en Cali se logró identificar a los agresores y solo unos pocos de estos fueron sancionados. La Policía Nacional estimó que solo en 17,2% de los homicidios se lograba aprehender a su autor, lo que no indica que este haya sido condenado.

- El narcotráfico: es un importante factor que explica en forma directa la violencia e influye indirectamente sobre los demás factores de riesgo. Los jóvenes, imposibilitados de ingresar a las escuelas y colegios por falta de capacidad del sistema escolar, y de ingresar al competitivo y estrecho mercado laboral por falta de educación y habilidades laborales, encuentran en el negocio de la distribución y venta de drogas una fuente de ingresos atractiva y fácil para ellos y sus familias. Una vez en el negocio, la violencia pasa a ser un elemento obligado de supervivencia.

El análisis de los escenarios en los que ocurre y la forma en que, a partir del decenio de 1970, se desencadena la violencia, muestra un desorden social producto de acciones premeditadas de venganza, ajustes de cuentas entre jefes del narcotráfico o ejecución de planes terroristas. También se identifican la delincuencia común, los enfrentamientos por tenencia de la tierra, la explotación esmeraldífera y otras alarmantes manifestaciones de violencia cotidiana.

En este contexto, gran cantidad de personas se han visto obligadas a desplazarse desde sus lugares de origen para conservar su vida. El desplazamiento es un fenómeno de migración involuntaria producto de la violencia, que determina que personas y familias que no están directamente implicadas en la lucha, sufran sus graves consecuencias y se vean obligadas a movilizarse desde sus lugares de origen para proteger sus vidas o su integridad física. Estos grupos se encuentran diseminados por todo el país. Así, huyen los campesinos desaloja-

dos de sus tierras por la justicia ordinaria y la justicia privada y también huyen otros pobladores por la insostenible situación de pobreza que se hace más difícil en las zonas de violencia. Se estima que los porcentajes de actores armados responsables del desplazamiento son la guerrilla (26%), las fuerzas paramilitares (32%), las milicias populares (16%), las fuerzas militares (16%) y otros (10%). Los desplazamientos son provocados principalmente por amenazas (49%), asesinatos (15%), atentados (8%) y otros (28%). Sin embargo, la principal causa de los desplazamientos guarda relación con la violencia política que se desarrolla en el escenario de una confrontación armada entre grupos guerrilleros y el Estado.

Una investigación de la Conferencia Episcopal correspondiente al período 1985–1994 reveló que uno de cada 60 colombianos debieron migrar por razones de violencia. Se encontró que 586.261 personas integraban 108.301 hogares en condición de desplazadas; de ellas, 6,7% habían perdido a sus esposos o a uno de sus hijos en hechos violentos antes de emigrar, y que 1.570 huérfanos o jóvenes o niños abandonados se habían convertido en responsables del núcleo familiar. De esta población, 52,4% habitaba en inquilinatos y tugurios, es decir que estaban concentrados en zonas urbanas marginales y sus condiciones de vida no guardaban relación con las de sus lugares de origen. Si antes de emigrar 69,3% vivían en casa propia, después del desplazamiento este porcentaje había bajado a 28,7%. Antes, 40,7% eran asalariados o pequeños y medianos propietarios vinculados a la producción agropecuaria y 10,0% eran pequeños y medianos comerciantes, y después del desplazamiento 22,5% se habían vuelto vendedores ambulantes, 12,9% habían pasado a ser obreros y solo 10,7% habían seguido desempeñando actividades agropecuarias. Esta situación hace que, cada día, la población colombiana se sume al círculo pobreza-enfermedad. El acceso a los servicios de salud es otro de los graves problemas que desencadena la migración forzada, ya que solo 22,1% de los hogares desplazados recibe atención médica.

Según información del Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia, durante 1995, 1996 y el primer cuatrimestre de 1997 esta llegaba a 41.675 familias. Según informes de organizaciones humanitarias, 53% de la población desplazada en el período diciembre 1995–1996 eran mujeres y 54%, menores de 18 años. La mujer cabeza de familia representa en este período 36% del total de la población desplazada.

El Gobierno Nacional, consciente de la magnitud del problema del desplazamiento interno y de sus graves efectos sobre los derechos humanos, creó el Programa Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia y apoyó el desarrollo de un plan que permitirá atacar los factores que generan la violencia, facilitando de esta forma el retorno voluntario de la población desplazada a sus lugares de

origen. El Gobierno suscribió asimismo el Contrato Social Rural, que integra políticas públicas de distintos sectores con el fin de mejorar la calidad de vida de la población rural, caracterizada por sus elevados niveles de pobreza y exclusión.

### *Enfermedades transmisibles*

**Enfermedades transmitidas por vectores.** Desde 1990 se denunciaron alrededor de 180.000 casos anuales de malaria, con tendencia ascendente, ubicados en focos urbanos claramente establecidos en ciudades como Buenaventura, en el departamento del Valle y en Barranquilla, en el departamento del Atlántico. El 38% de los casos se atribuyó a *Plasmodium falciparum*. A fines de 1996, en el departamento de la Guajira, donde tradicionalmente había predominado *P. vivax*, se detectó un incremento de casos en hombres (20% eran indígenas wayú) atribuibles en 80% a *P. falciparum*.

La fiebre amarilla presentó asimismo una tendencia ascendente en los últimos años. En 1994 se notificaron dos casos (departamentos Meta y Vichada), en 1995 tres casos (departamentos Meta y Guaviare) y en 1996 ocho casos, todos en hombres (departamentos Meta, Amazonia y Caquetá).

El dengue afecta a todos los grupos de edad y en especial al de 15 a 44 años. Desde 1989 se han venido diagnosticando fiebre hemorrágica del dengue y síndrome de choque del dengue. La cantidad de casos se ha incrementado, registrándose 302 en 1993, 508 en 1994, 1.028 en 1995, 1.757 en 1996 y 1.702 hasta la semana 25 de 1997. Hasta esa fecha, no se ha aislado el serotipo D3. Los departamentos más afectados han sido Santander, Tolima, Valle, Norte de Santander, Meta y Huila.

En 1995 se registraron los niveles de lluvias más altos de los últimos años en la costa del Atlántico, lo que se asoció con un incremento de la población de mosquitos *Aedes taeniorhynchus* y *Psorophora confinnis*, vectores implicados en el brote de encefalitis equina venezolana que afectó a alrededor de 75.000 habitantes de los municipios de Riohacha, Maicao, Uribe y Manaure, del departamento de la Guajira, con un alto porcentaje de población de la etnia wayú.

El aumento de estas enfermedades en los últimos años, si bien en parte se explica por los cambios atmosféricos que han favorecido la reproducción de vectores, también tiene que ver con la descentralización y caída de los programas verticales de control de vectores, en el marco de la reforma del sector salud.

**Enfermedades inmunoprevenibles.** En el grupo de menores de 5 años las enfermedades inmunoprevenibles disminuyeron en el período 1990–1994, como lo muestra el hecho de que no se hayan presentado casos de poliomielitis desde 1991. En 1994, el Comité Nacional para la certificación de la erradicación de la poliomielitis señaló que “se ha alcanzado la interrupción de la circulación del poliovirus

salvaje en Colombia y la vigilancia epidemiológica se ha desarrollado en una forma progresiva hasta obtener un nivel promedio adecuado, en la mayoría de las unidades geopolíticas del país". La cobertura de vacunación para 1995 alcanzó 92%, y las unidades de notificación pasaron de 868 en 1993 a 1930 en 1996.

En 1991 se denunciaron 11.127 casos de sarampión, y en 1994, 1.816, de los cuales solo 254 fueron confirmados en el laboratorio, mientras que en 1996 se denunciaron 1.070, de los cuales solo 4 fueron confirmados en el laboratorio. En 1993 Colombia asumió el compromiso de eliminar el sarampión y en 1995 introdujo el uso de la vacuna trivalente viral. La cobertura, en todos estos años, se ha mantenido por encima de 90%.

En 1989 se puso en marcha el Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal, que logró reducir los casos en 85% (de 171 casos en 1989 a 26 en 1996). En 1994 se inició la estrategia de focalización y se identificaron 150 municipios como zona de riesgo o en fase de ataque. Estos municipios eran por lo general rurales y de difícil acceso, o localidades urbanas con gran cantidad de población marginal. En ellos se alcanzaron entre 1993 y 1995 coberturas de 29% (en municipios pequeños con menos de 1.000 nacimientos al año) y de 75% (en ciudades con más de 3.000 nacimientos al año). Los factores de riesgo predominantes para la ocurrencia de tétanos neonatal continúan siendo el antecedente vacunal negativo de la madre, la atención domiciliaria del parto y la pobreza de la población.

**Cólera.** El cólera se ha presentado en forma de brotes o casos aislados asociados a las precarias condiciones de vida de la población que habita la zona costera del Atlántico y del Pacífico y la región ribereña de los dos grandes ríos que cruzan el país de sur a norte, el Magdalena y el Cauca. En 1995 se notificaron 1.989 casos y en 1996, 4.428. La mayoría ocurrieron en la costa del Atlántico. La etnia wayúú fue la más afectada (31% del total).

**Enfermedades crónicas transmisibles.** La tuberculosis, que presentaba una tendencia ascendente desde 1993, llegó a tasas de 28 por 100.000 habitantes en 1995. Las formas extrapulmonares representaron 10,1% del total, y los departamentos de la Guajira, Atlántico, Quindío, Arauca, Vichada, Putumayo, Amazonas, Vaupés y Guaviare, con tasas por encima de 50 por 1.000 habitantes, se consideran de muy alto riesgo. En la mayoría de estos departamentos vive una alta proporción de población indígena.

**Rabia y otras zoonosis.** La rabia humana presentó una tendencia descendente en el período 1992-1994 (7, 5 y 3 casos en cada uno de estos años). En 1995 se presentaron

8 casos; hasta este año los casos habían sido transmitidos por perros. Los 3 casos ocurridos en 1996 fueron transmitidos por quirópteros hematófagos. Desde 1994, los casos se han presentado exclusivamente en las zonas rurales del país.

**Infecciones respiratorias agudas.** Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo el principal problema de salud de los menores de 5 años. En 1994 representaron el 23,1% del total de las consultas externas.

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.** El programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual/sida registró 933 casos de sida en 1992 y 1.042 en 1996, con un total acumulado de 7.776 casos diagnosticados y una mortalidad acumulada de 41,5% (3.226 casos). El 85% del total de casos diagnosticados ha sido en hombres y 40,5% de estos ocurrieron en el grupo de 25 a 34 años. El 2,1% de los casos afectó a la población menor de 15 años. El 44,0% de los casos de transmisión sexual se produjo en heterosexuales y el 27,4% en homosexuales. El mayor porcentaje de diagnósticos se realizó en Santa Fe de Bogotá (46,4%) y en el departamento de Antioquia (15%).

**Otras enfermedades de transmisión sexual.** Es de destacar el aumento en el diagnóstico de sífilis congénita de 322 casos en 1990 a 406 en 1995, gracias al Programa de Vigilancia y Control de la Sífilis Congénita puesto en marcha por el Ministerio de Salud; sin embargo, se suspendió la vigilancia de ETS en las trabajadoras sexuales, lo que ha producido un descenso de 51,6% del diagnóstico de infección gonocócica, que pasó de 39.089 casos en 1990 a 18.915 en 1995. En contraste, los diagnósticos de herpes genital aumentaron 99,3% en estos mismos años, al pasar de 2.231 a 4.446 casos.

**Enfermedades emergentes y reemergentes.** La prevalencia de HBsAg para hepatitis B en los bancos de sangre presentó un comportamiento estable, con valores de 0,73% para 1992, 0,87% para 1993 y 0,87% para 1994. Estudios realizados en la década pasada encontraron una prevalencia global de portadores de HBsAg cercana a 5%, con transmisión intradomiciliaria y predominio en la población indígena. En 1993 se puso en marcha el plan de control de la hepatitis B, con la vacunación a la población menor de 5 años en las zonas endémicas y a los trabajadores de salud. A partir de 1994 la vacuna contra la hepatitis B se incluyó en el esquema regular de vacunación, aplicándose a todos los menores de 1 año en todo el país, con lo que la cobertura en este grupo de edad pasó de 36% en 1994 a 73% en 1995 y a 94% en 1996.

### *Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud*

**Enfermedades cardiovasculares.** Estas enfermedades constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, y la primera en el grupo de 45 a 64 años de edad. En 1994, 44% del total de muertes atribuidas a ellas se debieron a enfermedades isquémicas del corazón, 93% de estas ocurrieron en personas de 45 años y más, y 56% en hombres. Las enfermedades cerebrovasculares representaron 28% del total de muertes por afecciones cardiovasculares, 91% ocurrieron en el grupo de 45 y más años y 54% en mujeres. La hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares. Según el estudio nacional de salud de 1987, la prevalencia nacional de hipertensión arterial fue de 11,6% para la población mayor de 15 años. Sin embargo, el estudio realizado en la población de Quibdó en 1995 mostró una prevalencia total de 35% en las personas mayores de 18 años y de 39% en la población colombiana de origen africano, porcentajes significativamente mayores que los observados en el resto de la población (21%). La prevalencia presentó variaciones con la edad, al pasar de 10% en los jóvenes a 50% en las personas de 49 años y más. No se observaron diferencias según el sexo. Solo 16% de las personas encuestadas comunicaron realizar algún ejercicio en su tiempo libre; la somatometría permitió identificar que 50% tenían por lo menos 10% de exceso de peso. La comparación de medias de índice de masa corporal (IMC) mostró que las personas hipertensas eran más obesas que las no hipertensas ( $p < 0,0001$ ).

**Tumores malignos.** Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en el grupo de 45 y más años y en las mujeres. La diferencia según el sexo radica en el orden de los tipos de cáncer. En 1994, el cáncer de estómago fue el más frecuente tanto en hombres (20,5% del total) como en mujeres (14,0% del total). El segundo lugar para los varones lo ocupa el cáncer de pulmón (13,4%), seguido por el de próstata (12,1%) y del sistema linfático y hemático (10,3% del total) y para las mujeres, el cáncer de cuello del útero (11,1%) seguido por el de mama (9,9%) y pulmón (7,0%).

Según los registros correspondientes a los años 1989–1993 del Instituto Nacional de Cancerología (INC), que es el centro de referencia nacional, alrededor de 70% de los diagnósticos se efectuaban en estados avanzados III y IV. En el caso del cáncer de cuello del útero, los estadios superiores a II representaron 80,9% de los casos y en el del cáncer de mama los estadios III y IV representaron 80,6% de los casos. Aproximadamente 60% de las pacientes atendidas en el INC provienen de Bogotá y Cundinamarca.

Dentro de los factores de riesgo conocidos para el cáncer de pulmón se destaca especialmente el consumo de tabaco. La

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud realizada por el Instituto de Seguros Sociales en 1994 mostró que 33% de la población colombiana adulta había fumado alguna vez y 21,4% eran fumadores actuales (29% en el caso de los varones y 14% en el de las mujeres). De los fumadores actuales, 84% eran consumidores diarios, con un promedio de 8,5 cigarrillos por día. El tabaquismo aumenta con la edad hasta los 40 años, cuando comienza a disminuir. Los varones comienzan a fumar a los 17,3 años y las mujeres a los 18,2 años. Con respecto a los adolescentes encuestados (12–17 años), 19% había fumado alguna vez, 13% eran fumadores actuales con un promedio de 3,1 cigarrillos por día y la edad de inicio había sido de 15,1 años para los varones y de 13,8 para las mujeres. El patrón de consumo más alto se observó en las costas del Atlántico y del Pacífico y en el norte de Antioquia.

**Enfermedades y deficiencias de la nutrición.** Un indicador de las mejoras de salud en el grupo de menores de 5 años es la disminución de la desnutrición global, que pasó de 10,1% en 1986 a 8,4% en 1995. La región de la costa del Pacífico es la más afectada, con 17% de desnutrición global. La desnutrición crónica disminuyó de 16,6% a 15,0% en el mismo período; no obstante, es mayor en la zona rural que en la urbana (19% y 13% respectivamente). La disminución mencionada puede deberse, entre otros factores, al fomento de la práctica de la lactancia materna. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud encontró que 95% de los menores de 5 años habían recibido en promedio lactancia materna durante 14 meses (13 meses en la zona urbana y 10 meses en la rural) y 81,3% de los menores de 1 año habían recibido lactancia materna dentro del primer día de nacidos (82% en la zona urbana y 80,1% en la rural). El menor porcentaje (77,2%) se observó en la región del Pacífico, y el mayor (83,3%) en la región del Atlántico. A pesar de que existe buena cobertura de la práctica de la lactancia materna, la lactancia exclusiva al cuarto mes de vida es menor que 10% y llega a 15% si se suma a los niños que reciben leche humana y agua.

## LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### Políticas y planes nacionales de salud

En el decenio de 1980 se puso en marcha un activo proceso de transformación institucional. La Ley 10 de Municipalización de la Salud, elaborada por el sector salud, impulsó una serie de cambios tendientes a fortalecer los entes territoriales del sector. Tomando en cuenta esta iniciativa, la nueva Carta Magna de 1991 incluye los ejes fundamentales que originaron la reforma del sistema de seguridad social. Este mandato se concretó en forma paulatina por medio de la Ley 60, que rige

lo relativo a las competencias y recursos de los diferentes entes territoriales, y culminó con la sanción de la Ley 100 de 1993, que creó el sistema general de seguridad social. En él se incluyen normas sobre el sistema general de pensiones, los riesgos profesionales, los servicios sociales complementarios y el sistema de seguridad social en salud.

La esencia de la reforma del sistema es la ampliación de la cobertura para las personas cubiertas por los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario de redistribución del ingreso que permita la universalización de los beneficios mediante la protección al asegurado, el cónyuge y los hijos menores, incluidos los padres y parientes hasta el tercer grado. Los elementos orientadores de la reforma son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social.

El proceso de reforma fue conducido inicialmente por el Ministerio de Trabajo, con el fin de modificar el esquema que se aplicaba en el país en lo referente a pensiones. En las discusiones técnicas se decidió incorporar cambios al sistema de prestación de servicios, que fueron ampliamente debatidos por todos los estamentos de la sociedad. El Ministerio de Salud contó con la colaboración de un grupo de expertos y contrató la realización de estudios especializados para consolidar la propuesta. Dada la gran cantidad de actores participantes, resulta difícil conocer el costo de elaboración de la propuesta. Se destaca la participación de los organismos internacionales y de los bancos de inversión en el financiamiento de algunas de las iniciativas emprendidas. Las Comisiones VII del Congreso y de la Cámara de Representantes, apoyadas por el Ministerio de Salud, tuvieron a su cargo la negociación de la propuesta.

El importante papel asignado a la promoción y la prevención en el nuevo sistema, el significativo incremento de los aportes financieros del Estado a la salud, la mayor eficiencia en el gasto derivada de los esquemas de competencia, la fuerte contribución de los grupos de mayores ingresos y la solidaridad inherente al sistema son factores que se espera influyan en lograr progresos importantes en lo referente a la calidad de la salud, la cobertura de servicios y la equidad.

En lo referente al grado de descentralización de los servicios de salud, hay 17 departamentos y 4 distritos descentralizados que manejan directamente más de US\$ 474.000 millones, lo que representa 70% del situado fiscal nacional, y hay 104 municipios certificados para el manejo autónomo del situado fiscal. Se han destinado \$2.567 millones a 26 hospitales, centros y puestos de salud, para fortalecer la atención a la población rural.

La reforma del sector enfrenta un importante problema referido a la accesibilidad de la población, especialmente de los más pobres y de los desempleados, a los recursos para la recuperación de su salud. Uno de los planes de beneficios que plantea la reforma es el POS-S, diseñado fundamentalmente

para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas, de las cuales seis corresponden al plan básico y una a las enfermedades de alto costo, objeto de reaseguramiento. En el Plan de Atención Básica, la totalidad de las acciones son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se orientan hacia la comunidad. Es un plan territorial gratuito y obligatorio y de responsabilidad del Estado.

## Organización del sector salud

### *Organización institucional del sistema de salud*

Para su puesta en práctica, el sistema general de seguridad social en salud estableció importantes cambios administrativos y funcionales en el sector. El nuevo sistema fortalece los mecanismos de solidaridad mediante el acceso de todos los colombianos a un plan de protección integral de la salud que tiene previsto alcanzar en el año 2001 la meta definitiva de salud para todos. La cobertura universal e integral es un objetivo que se deberá lograr en forma gradual, ampliando los beneficios y aumentando los beneficiarios. El nuevo sistema se basa en una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. Para su operación, el sistema establece cuatro pilares fundamentales:

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la órbita del Ministerio de Salud, que tiene una constitución colegiada y representativa de los principales actores y gestores del sistema. Su responsabilidad es normar, regular, controlar y dirigir el sistema. Para cumplir con sus funciones en el nivel territorial, el Ministerio de Salud cuenta con los Servicios Seccionales de Salud (uno por departamento).

- El Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado del financiamiento del sistema. Está constituido por cuatro subcuentas: de compensación, de solidaridad, de promoción y catastróficas. La ley indica que todas las personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos deben aportar al régimen contributivo, mientras que los pobres, desempleados o campesinos se encuentran enmarcados en el régimen subsidiado.

- Las empresas promotoras de salud, que constituyen los núcleos organizativos fundamentales del sistema. Ellas realizan la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud y la organización de la prestación de los servicios médicos. Asimismo, estas entidades tienen como función conexas la administración de las incapacidades y de los servicios de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la organización de planes complementarios de salud. Pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas y compiten por la afiliación de la población.

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud, es decir, los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las empresas promotoras de salud.

Hasta junio de 1997 se contabilizaban 104 de los 142 hospitales de segundo y tercer nivel (87%) transformados en empresas sociales del Estado, 165 empresas solidarias de salud, 67 cajas de compensación familiar, y 30 empresas promotoras de salud.

### *Organización de las actividades de regulación sanitaria*

La Ley 100 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos sancionada en las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993; para ello, establece la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el régimen de personal previsto en la Ley 10 y regida por el derecho privado en materia contractual. La Ley incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, ejecutadas por el Gobierno local, deberán llegar en forma gratuita al conjunto de la comunidad y responder a las necesidades expresadas por ella. Todos los inscritos en el sistema tienen derecho a recibir un Plan de Atención Básica (PAB) que incluye servicios de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos.

La Ley 100 se sigue reglamentando, en especial en lo que se refiere al aumento de la cobertura, los paquetes básicos, la promoción y prevención, y el financiamiento. En esto ha participado en forma activa la Superintendencia Nacional de Salud. Dada la complejidad del modelo, ha sido necesario ajustar la normalización tanto de la propia Ley 100 como de esta con otras leyes de importante significación para el sector, como la 10 y la 60. Esta situación ha impedido que el sector salud genere iniciativas que le permitan incorporarse a los procesos de integración regional en el sector salud.

Los marcos legales siguen siendo supervisados y evaluados por las diferentes instancias que en el nivel nacional cumplen con dicho fin, como las Comisiones VII del Senado y de la Cámara de Representantes. Estos entes legislativos representan al país en el Parlamento Andino y en otros foros legislativos de carácter internacional.

## **Servicios de salud y recursos**

### *Organización de los servicios de atención a la población*

**Alimentos.** En el campo de los alimentos, se elaboró el Plan de Alimentación y Nutrición, que contempla acciones de regu-

lación sanitaria. Entre ellas se cuentan el Proyecto de Modernización de la Legislación Sanitaria, la implantación del sistema de aplicación de las técnicas de análisis de riesgos y puntos críticos de control, el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles por los Alimentos, el fortalecimiento de la red de laboratorios, la actualización de la tabla de composición de los alimentos, la inocuidad alimentaria y los programas de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente vitamina A, hierro y yodo.

**Promoción de la salud.** En lo que se refiere a la promoción de la salud, cabe destacar que el 1 de octubre de 1996 el presidente de la República apoyó la estrategia de Municipios Saludables por la Paz. En esta ocasión, invitó a los alcaldes, gobernadores, concejos y demás autoridades, a la comunidad, al sector privado y a otras organizaciones a desplegar toda su capacidad creativa para que cada municipio colombiano promueva el desarrollo humano sostenible, conserve y proteja el ambiente, facilite la atención oportuna de la gente en los servicios de salud y garantice la calidad de la atención. Se pretende así reducir las inequidades en salud y construir con la participación de la comunidad la Agenda de Desarrollo, Salud y Bienestar Local.

**Ambiente y saneamiento.** Las acciones de promoción de la salud se enmarcan en el Plan de Atención Básica y son de competencia fundamentalmente del nivel municipal. En este marco, el Plan de Ambiente y Saneamiento busca alcanzar para 1988 una cobertura de 90% en acueductos y 77% en alcantarillado, beneficiando adicionalmente a 6,1 millones de habitantes con agua potable y a 6,2 millones con cisternas de disposición de agua residual.

### *Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas*

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud, la red de servicios del sector público está constituida por 3.340 puestos sanitarios, 904 centros de salud, 128 centros de salud con camas y 555 hospitales. Del total de hospitales, 397 son del primer nivel, 126 del segundo nivel y 32 del tercer nivel. El sector privado posee 340 clínicas.

En el régimen contributivo, las 10 empresas promotoras de salud públicas, las 20 privadas y las mixtas autorizadas poseen una capacidad total de aseguramiento de 21,6 millones de personas. La cobertura lograda hasta diciembre de 1996 era de 13,9 millones de colombianos, de los cuales 66,9%, es decir 9,3 millones de personas según el último informe oficial de junio de 1996, pertenecían al Instituto de Seguros Sociales y 33,1 a las restantes empresas promotoras de salud. En la administración del régimen subsidiado existen actualmente 236

administradoras: 18 empresas promotoras de salud, 49 cajas de compensación familiar y 169 empresas solidarias de salud, que hasta diciembre de 1996 habían afiliado a 5,9 millones de personas, de las cuales 33,1% pertenecían a las empresas solidarias de salud, 53,2% a las empresas promotoras de salud y 13,7% a las cajas de compensación familiar.

### *Insumos para la salud*

**Medicamentos.** Uno de los beneficios que ha producido la reforma se ha hecho sentir en el campo de los medicamentos. En 1995 se creó el Decreto 677, que establece el marco de referencia para todo lo relacionado con el uso y garantía de calidad de los productos farmacéuticos. En el mismo año se fundó el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En el Ministerio de Salud se creó la subdirección de Servicios Farmacéuticos y Laboratorios encargada de fijar las políticas del sector y promover el desarrollo de los servicios de atención farmacéutica y uso racional de medicamentos.

El Listado de Medicamentos Esenciales del Plan de Salud Obligatorio (con cerca de 300 principios y 435 presentaciones) se convirtió en un importante elemento de racionalización del sistema, tanto desde el punto de vista terapéutico, al garantizar el uso del mejor medicamento para cada enfermedad, como administrativo, al manejar una cantidad razonable de temas a lo largo de toda la cadena de la atención farmacéutica. Este listado cambió sensiblemente la composición de la canasta farmacéutica del país, consolidando la producción, venta y prescripción de medicamentos esenciales y debilitando la participación de otros productos (sobre todo “novedosos”), de eficacia, seguridad y costos menos favorables.

En noviembre de 1995, dos años después de iniciada la reforma, en los hospitales públicos la prescripción de medicamentos esenciales llegaba a 70% de los medicamentos indicados y más de 60% de las prescripciones se realizaba por nombre genérico. En ese mismo año, Colombia adoptó las normas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de la Organización Mundial de la Salud. En su momento, los laboratorios farmacéuticos debieron presentar al INVIMA un programa de reconversión tecnológica que garantizaba, en un plazo no mayor de cuatro años, el ajuste de sus procesos productivos a las BPM. Los diferentes programas de control de calidad de los productos del mercado arrojan todavía niveles de rechazo cercanos a 4%.

### *Recursos humanos*

Otro de los beneficios de la reforma ha sido la elaboración de un estudio y de un Plan Nacional de Desarrollo de los Re-

**CUADRO 1**  
**Recursos humanos del sector salud, según categoría ocupacional, Colombia, 1996.**

Categoría ocupacional	Número	Razón por 10.000 habitantes
Medicina	35.640	9,4
Enfermería	16.560	4,4
Odontología	21.240	5,6
Bacteriología	10.800	2,9
Fisioterapia	3.744	1,0
Auxiliares de enfermería	41.760	11,0
Promotores de salud	8.699	2,3
<b>Total</b>	<b>138.443</b>	<b>36,5</b>

*Fuente:* Colombia, Ministerio de Salud, 1996.

curso Humanos en el sector. Los resultados del estudio realizado en 1994 revelan la distribución de los recursos humanos por categoría que se presenta en el Cuadro 1.

Sin embargo, a partir de la sanción de las leyes 30 y 115 de 1994 que autorizaron a las instituciones educativas a crear programas, hay una desordenada proliferación de establecimientos privados y de programas educativos del nivel técnico y auxiliar, con los que se pretende dar respuestas a las necesidades del sector. Algunos de los programas nuevos, en especial los de carácter tecnológico y no formal, tienen un diseño curricular poco claro y se han creado sin que concomitantemente haya habido una reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores.

Por otro lado, el Ministerio de Salud tiene una programación de actividades de capacitación en algunas esferas temáticas correspondientes a los grandes programas asistenciales. Un estudio realizado en 1995 por el Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud reveló que en general no se realiza un diagnóstico previo de las necesidades de capacitación ni una evaluación de su impacto. Esto llevó a la formulación de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en 1996, destinado a corregir su crecimiento errático, la falta de derroteros claramente definidos y una gama de problemas que pueden agruparse en tres grandes rubros:

- Desequilibrio entre la oferta de las diferentes categorías ocupacionales y la demanda de sus servicios, determinada por la ausencia de una política de planeación de los recursos humanos y, en parte, por insuficiencia y escasa confiabilidad de la información.
- Inconsistencia entre los perfiles socioeconómicos y epidemiológicos y los perfiles ocupacionales e incongruencia entre lo anterior y los objetivos, contenidos, estrategias y métodos pedagógicos.

- Reconocimiento escaso de la importancia de la gestión del recurso humano sobre la productividad y calidad de la atención, en aspectos tan críticos como la vinculación con el empleo, la motivación, las condiciones de trabajo, la evaluación del desempeño, la educación continua y la supervisión formadora.

El Consejo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, creado en 1977, está formado por representantes de los Ministerios de Educación, Salud y Trabajo, y cuenta con dos instancias operativas, el Comité Ejecutivo Nacional y los Comités Departamentales, encargados de proponer políticas sobre la formación, educación continua y dinámica de los círculos del recurso humano en salud, así como de su distribución. Este Consejo ha regulado hasta fines de 1996 la formación de las siguientes categorías: promotor de salud, auxiliar de salud familiar y comunitaria, auxiliar de salud oral en consultorio odontológico, auxiliar de enfermería, auxiliar de salud oral en higiene oral, auxiliar de laboratorio clínico, auxiliar de administración, auxiliar de información (estadístico en salud), promotor de atención al ambiente, auxiliar de droguería y auxiliar de salud oral en mecánica dental.

### *Gasto y financiamiento sectorial*

De acuerdo con la Ley 60 sancionada en 1993, las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, situado fiscal (remesas) a los departamentos, rentas de la Nación cedidas a los departamentos, recursos de ECOSALUD (impuesto a los juegos), aportes voluntarios de municipios y departamentos, participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, aportes de las cajas de compensación, IVA social, impuesto a las armas y municiones, y copagos y cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares. Si se agregan los aportes del sector privado al régimen contributivo de aseguramiento, la participación de la salud en el producto interno bruto (PIB), sin contar el gasto privado de los hogares, pasó de 2,07% en 1990 a 3,18% en 1994 y a 4,71% en 1996.

Dos subcuentas más se han incorporado al sistema de seguridad social, la del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, que recibe los aportes de todos los dueños de automotores del país y cuyos recursos se destinan a la red de urgencias y a la atención de víctimas de accidentes provocados por vehículos desconocidos, y la de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, que se nutre de los aportes patronales derivados del nivel de riesgo de la actividad de sus trabajadores.

En 1996, las instituciones de salud continuaban recibiendo en concepto de subsidio a la oferta una suma al menos similar a la de años anteriores. Estos ingresos per cápita, calcula-

dos sobre la base de la población todavía no afiliada al aseguramiento, son considerablemente inferiores al valor de la unidad de pago por capitación (UPC). Su determinación se basó en un análisis detallado de los ingresos de las familias y de su evolución a lo largo del tiempo. Estos ingresos constituyen la fuente potencial de cotización al sistema de salud. Finalmente, se realizó un estudio sobre la dinámica de la UPC durante toda la década y se estableció su composición por grupos específicos de prestaciones y su estructura por grupos de edad y localización. Quizás el mayor desafío para el equilibrio financiero del sistema sea el control de la evasión, ya que al ser las empresas promotoras de salud las que realizan las funciones de afiliación y las que deben, al mismo tiempo, luchar por aumentar su número de afiliados, no tienen interés alguno en controlar la subcotización de los afiliados de mayores recursos, quienes, en consecuencia, tenderán a declarar ingresos inferiores a los reales.

El gasto privado de los hogares en salud se calculó en 1993 en 3% del PIB, con lo cual para ese año podría afirmarse que los colombianos destinaban a la salud algo más de 6% del PIB. Del gasto privado de los hogares es importante resaltar que aproximadamente 40% corresponde a medicamentos, 14% a consultas externas, 20% a hospitalización, 5% a exámenes de diagnóstico y 20% a otros conceptos. Puesto que los medicamentos esenciales están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y deben ser manejados por su nombre genérico, el mercado particular ha cedido importancia al mercado institucional de las Empresas Promotoras de Salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con lo que los precios unitarios negociados han descendido en forma significativa. Las cooperativas de hospitales, que agrupan a alrededor de 80% de los hospitales públicos, han mostrado gran eficacia y eficiencia en el montaje del sistema de suministros esenciales para el sistema público hospitalario, con niveles promedios de descuentos de 79% en medicamentos y un control estricto de la calidad de los productos. El conjunto del gasto social del Estado como porcentaje del PIB aumentó de 8,59% en 1990, a 10,65% en 1992 y a 15,67% en 1996.

### *Cooperación técnica y financiera externa*

La cooperación técnica y financiera no reembolsable que recibió Colombia en el período 1990–1995 de fuentes multilaterales y bilaterales para todos los sectores fue relativamente inestable, ya que creció de US\$ 88 millones en 1990 a \$180 millones en 1993 y retomó un curso más moderado entre 1994 y 1995, con cifras de \$70 millones y \$80 millones, respectivamente. En este período, la mayor proporción de recursos la recibió el sector agropecuario (27%) para proyectos de cooperación para erradicación de cultivos ilícitos; le siguieron en importancia el sector de protección al medio ambiente

(18%), los sectores salud y saneamiento básico, educación, cultura y deportes (12%), ciencia y tecnología (11%), industria (9%), justicia (6%) y modernización del Estado (5%).

La situación financiera por la que atraviesan algunos organismos de cooperación, y en particular las agencias especializadas y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y el hecho de que Colombia haya alcanzado niveles relativos de desarrollo económico y social que permiten que sea clasificada como país de desarrollo medio, son factores que inciden en la prioridad que los donantes asignan para proveer cooperación financiera no reembolsable, lo que se tradujo en menores aportes.

Del total de la cooperación técnica y financiera no reembolsable que recibió el país en 1995, que ascendió a US\$ 80,9 millones, 56,6% provino de fuentes multilaterales; se destacan, en cuanto al monto de sus recursos, el Programa Mundial de Alimentos (44,6%), la Unión Europea (21,2%) y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de la Droga (16,3%). Las fuentes bilaterales aportaron el 43% restante de la cooperación registrada: Alemania 19,6%, España 12,47%, Canadá 4,98%, y otros países 6,35%.

A partir de 1995, y acorde con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo, las áreas correspondientes a los programas sociales recibieron 47% del total de la cooperación que ingresó al país en ese año, le siguieron en importancia el sec-

tor agrícola con 16%, la protección ambiental con 15% y los programas de desarrollo institucional para el proceso de descentralización, con 9% del total de los aportes recibidos. En cuanto a los programas zonales, los aportes de cooperación se destinaron en orden de importancia al sector educación (24,3%), las etnias (24,2%), los programas y proyectos del Plan de Desarrollo Alternativo (15,9%) y la atención de la niñez (11,90%). Paralelamente, Colombia ha recibido y aportado colaboración técnica para los sectores de salud, turismo, ciencia y tecnología, agropecuario, desarrollo institucional y gestión de la cooperación técnica internacional.

Desde fines de 1994 el Gobierno Nacional ha otorgado una valoración progresiva a la cooperación internacional, en la medida en que la considera un recurso importante que contribuye al desarrollo económico y social planteado entre los objetivos del Plan de Desarrollo. En marzo de 1995, difundió un documento rector de políticas sobre cooperación internacional, que ordena el manejo institucional para la coordinación de la demanda de dicha colaboración y establece prioridades temáticas para la ayuda que reciba el país de las diferentes fuentes de cooperación. Se definieron como campos de interés el desarrollo social y la eliminación de la pobreza y el desarrollo ambiental sostenible orientando su convergencia con las actividades de las áreas de desarrollo territorial y modernización del Estado.