

7. Educación superior

A. Creación de un fondo de crédito para estudios de post- grado y doctorado.

El Gobierno, con el concurso del sector privado, promocionará y financiará (a través de crédito y becas), los estudios en el exterior o en el país, de los profesionales que hayan demostrado excelencia académica o investigativa. Entre 1991 y 1995 se financiarán 580 estudiantes de doctorado y 450 de maestría.

De esta forma se logrará que las universidades de calidad y las empresas formen personal altamente calificado para el desarrollo científico y tecnológico que requiere el país.

Además, en las universidades con excelencia académica se apoyará la creación o el fortalecimiento de programas de doctorado en áreas estratégicas para el desarrollo nacional.

B. Creación de un fondo de crédito para estudios de pregrado

La banca oficial diseñará líneas de crédito para financiar costos académicos y de sostenimiento a estudiantes universitarios pertenecientes a familias de bajos ingresos. En los primeros tres años, las líneas de crédito serán exclusivamente para universidades públicas, posteriormente, se ampliará a todos los estudiantes universitarios.

De otra parte, se iniciará un proceso de incremento real en las matrículas y demás derechos académicos de los nuevos estudiantes de las universidades públicas. En un plazo de 10 años, el monto total de las matrículas estudiantiles pasará de financiar el 5% de los costos de funcionamiento de la universidad pública, al 33%. Los mayores ingresos de las universidades por esta vía, se orientarán exclusivamente al mejoramiento de la calidad de los programas y a fortalecer la actividad investigativa.

C. Reestructuración del ICFES

Las funciones del ICFES serán:

a) Garantizar la existencia de información sobre educación superior (oferta, demanda, costos y calidad), su relación con otros niveles educativos y con el empleo, la industria y los procesos de modernización.

b) Coordinar el Servicio Nacional de Pruebas, el cual tendrá la nueva función de poner en marcha los exámenes de pregrado en la educación superior.

c) Coordinar la convalidación de títulos de quienes estudien en el exterior, mejorando su eficiencia administrativa.

d) Realizar las acciones necesarias para reformar el Decreto 80 de 1980. De otro lado, el ICFES suspenderá las actividades de control académico y administrativo, las funciones de control (de precios en las matrículas y la ejecución directa de programas, frente a las cuales ha resultado ineficiente. Para realizar las nuevas funciones, se reformará la estructura orgánica del ICFES.

V. COSTOS Y FINANCIACION DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

El costo total de los principales programas de expansión educativa durante el período 1991-1994, en pesos de 1991, es de \$461 mil millones, de los cuales \$385 mil millones corresponden a inversión y \$76 mil millones al aumento en los costos de funcionamiento (gráfico 12). El presupuesto nacional financiará el 42%, equivalente a \$193 mil millones, mientras el 58% restante será financiado con el apoyo de los municipios, el sector privado y, en menor cuantía, por los departamentos, a través de aportes corrientes y programas de crédito (Cuadros 1 a 7).

El establecimiento del Grado Cero, cuya meta es aumentar la atención de niños de 6 años del 15% al 90% en el período 1991-1995, requiere una inversión de \$8.815 millones por parte de la Nación para dotación de mobiliario y material educativo y para capacitación de los docentes.

Las acciones gubernamentales de inversión en la educación primaria en los próximos cuatro años tienen un costo aproximado de \$75 mil millones, de los cuales cerca de \$43 mil millones serán desembolsos del crédito BIRF 3010-CO, actual mente en ejecución.

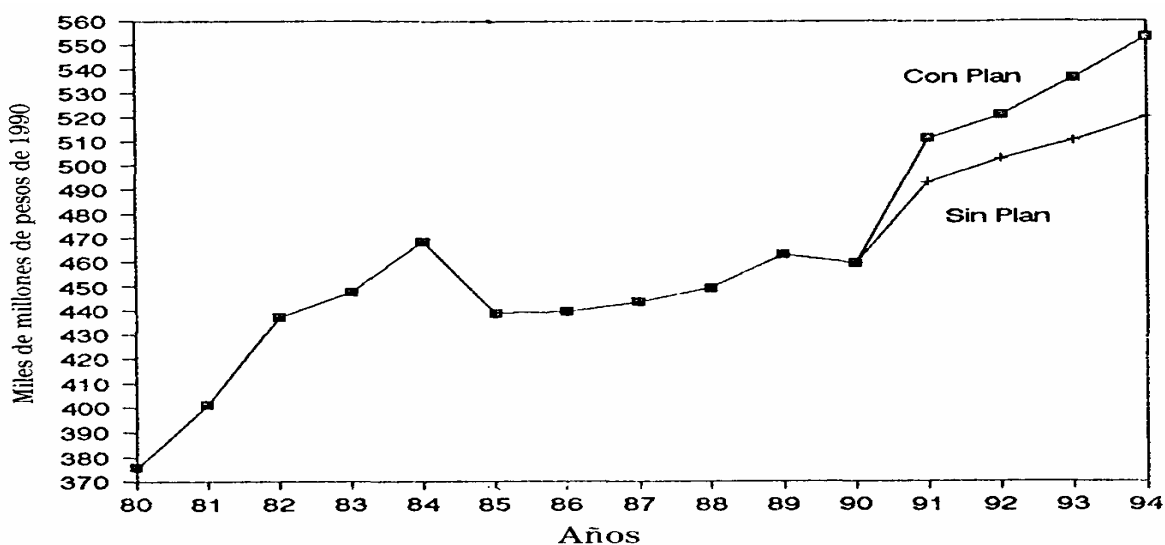
Para ampliar la cobertura de la educación secundaria se requieren \$273 mil millones, distribuidos en \$61 mil millones de aumento en los costos de funcionamiento y \$212 mil millones de inversión. El esquema de financiación del programa de secundaria, incluye una combinación de subsidio, transferencias y aporte directo de la Nación, recursos corrientes municipales y programas de crédito a municipios y sector privado.

El 18.5% de los \$212 mil millones de inversión se destinarán a la reparación de la planta física y renovación de la dotación de bibliotecas, laboratorios, textos y otros apoyos pedagógicos en planteles del sector público; para su financiación se apropiarán recursos del Presupuesto Nacional por \$24 mil millones y se abrirá crédito a los municipios por \$16 mil millones. A la construcción y dotación de nuevas aulas en ambos sectores se orientará el 70% de los recursos de inversión, correspondientes a \$149 mil millones, cuyo mecanismo de financiación es un crédito a los municipios y el sector privado que cubre el 85% del costo y un subsidio a la construcción educativa para el 15% restante. El programa de inversiones incorpora además un componente de becas para nuevos alumnos de bajos ingresos en establecimientos privados que cumplan requisitos de calidad y eficiencia; su costo es de \$24 mil millones aportados en un 20% por los municipios con contrapartida del 80% de la Nación. Los \$61 mil millones correspondientes a costos adicionales de funcionamiento serán cubiertos con \$25 mil millones del Presupuesto Nacional y \$36 mil millones de recursos municipales.

Los objetivos propuestos para la educación técnica y tecnológica se lograrán con ajustes administrativos en el SENA y el Ministerio de Educación. Para financiar las acciones se destinarán los recursos provenientes de la reasignación de rentas de la Ley 55 de 1985 y los recursos de la Ley 21 de 1982¹.

¹ Ley 21 de 1982 ordena que el 1% de los aportes de las distintas entidades territoriales, por concepto de subsidio familiar se destinará a los institutos industriales de todo el país. Ley 55 de 1985 establece

Gráfico 12
Gasto central en educación
(en pesos constantes de 1990)



Fuente: Plan de Apertura Educativa. Documento MEN-DNP-UDS-DEC-2518, Anexo Estadístico, cuadro 23.

En educación superior el programa de crédito para estudiantes de doctorado y maestrías tiene un costo de \$39 mil millones. Por otra parte, los estudiantes de pregrado de las universidades públicas tendrán acceso a un fondo de crédito cuyo monto asciende a \$65 mil millones, para una inversión total en este nivel de \$104 mil millones.

VI. RECOMENDACIONES

El 19 de marzo de 1991, el Consejo Nacional de Política Económica y Social aprobó este programa con las siguientes recomendaciones²:

1. Solicitar al Ministerio de Educación la preparación de proyectos de Ley que contengan los siguientes aspectos:

a) Avanzar en la transferencia de la administración de la educación a los departamentos y municipios.

b) Adecuar el Estatuto Docente y las demás normas a los objetivos de la descentralización.

c) Establecimiento del servicio social obligatorio para los estudiantes de pedagogía y reglamentación del servicio social voluntario para los demás estudiantes universitarios.

d) Reestructuración del ICFES.

2. Solicitar al Ministerio de Educación las siguientes acciones:

a) Creación del año "Cero".

b) Ajuste al Programa de Universalización de la Educación Básica Primaria según el presente documento.

que el SENA asumirá la financiación total o parcial de los institutos industriales, vocacionales y agrícolas.

² Documento MEN-DNPIJDS-DEC-2518.

c) Integración de los establecimientos públicos de primaria y secundaria.
d) Reorientar el bachillerato técnico y diversificado y promoción de su transformación en bachillerato general, con áreas vocacionales en los dos últimos grados.

e) Creación del sistema de evaluación de calidad en primaria y secundaria.

f) Transformación de las escuelas normales.

g) Creación de un fondo de becas para los mejores estudiantes de los departamentos, las intendencias y comisarías en todos los niveles educativos.

h) Establecimiento de la obligación al personal docente (en preescolar, primaria y secundaria) de dictar por lo menos 5 horas semanales de clase para conservar su status de docentes.

i) Desarrollo de la renovación curricular del séptimo al undécimo grado.

j) Promoción de acuerdos con los alcaldes, para llevar a cabo esquemas de cofinanciación de la expansión de la educación secundaria en un corto plazo. En uso de esos convenios, la Nación asignará recursos de manera temporal para la contratación de nuevos docentes en programas de aumento de cobertura.

k) Incremento progresivo de las matrículas en las universidades públicas de tal manera que los nuevos estudiantes cubran la tercera parte de sus costos en un plazo de diez años, siempre y cuando se creen sistemas de financiación para los estudiantes más pobres.

1) Promoción de la participación del sector privado y las ONG'S en la implantación de las acciones básicas de este programa.

m) A partir de 1992, suprimir el control de precios al valor de las matrículas en todos los niveles educativos.

n) Ajustar el funcionamiento actual del ICETEX a las nuevas políticas

3. Solicitar al SENA adelantar las siguientes acciones:

a) Eliminar los programas que llevan al otorgamiento de títulos en educación formal que están adecuadamente cubiertos por el sector privado.

b) Conjuntamente con el Ministerio de Educación Nacional diseñar los currículos para la ocasionalidad del décimo y el undécimo grado.

c) De acuerdo con las nuevas normas para el desarrollo de la ciencia y la tecnología, promover en el sector privado la creación de programas de capacitación para el trabajo.

4. Solicitar al ICFES desarrollar las siguientes acciones:

a) Presentar un proyecto de reforma del Decreto 80 de 1980, para adecuarlo al nuevo esquema de apertura educativa.

b) Establecer el sistema de examen de Estado para el ciclo básico en educación superior.

c) Reformar las facultades de educación según lo dispuesto en este documento.

5. Solicitar al Ministerio de Educación y al Ministerio de Hacienda el diseño de los mecanismos que permitan trasladar los docentes contratados por las "Soluciones educativas" y los nuevos docentes a las plantas municipales.

6. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación para que conjuntamente con el Ministerio de Educación realicen las siguientes acciones:

a) Diseñar los mecanismos para que se redistribuya el gasto hacia las regiones con menor cobertura en primaria y secundaria y hacia los estudiantes más pobres.

b) Diseñar el esquema de becas para la ampliación de la educación secundaria, para que llegue primordialmente a los grupos más pobres de la población, que actualmente no tienen acceso al sistema educativo.

c) Proponer a la Junta del Banco de la República el diseño de líneas de crédito en el sistema UPAC y en la FINDE TER para compra, remodelación, construcción y dotación de establecimientos destinados a la ampliación de la secundaria y a la creación del año "cero".

d) Conjuntamente con el ICETEX, proponer a la Junta del Banco de la República el diseño de líneas de crédito para financiar los costos de matrícula y sostenimiento para los estudiantes de las universidades públicas.

e) Diseñar un sistema de subsidios que garantice transferencias fiscales a quienes emprendan nuevas construcciones en educación secundaria.

7. Solicitar a la Caja Agraria el diseño de un expedito sistema de acceso al crédito de vivienda para los docentes que permanezcan en el sector rural.

8. Solicitar a la Presidencia de la República, al Ministerio de Educación y al Departamento Nacional de Planeación diseñar y desarrollar el programa de becas para maestría y doctorado en el exterior y en el país.

9. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional y al INDERENA el diseño de los currículums para incluir la educación ambiental en los cursos de educación básica.

Cuadro 1
Establecimiento Grado Cero 1991-1995
Matrícula y docentes proyectados
(Cifras en miles)

Años	Población 6 años	Alumnos Matricul.	Tasa Escolariz.	Docentes	Relación Alum/Doc.
1990	788	113	14.34%	3.767	30.00
1991	794	150	18.89%	5.000	30.00
1992	802	224	27.94%	7.467	30.00
1993	811	334	41.20%	11.133	30.00
1994	819	498	60.77%	16.600	30.00
1995	827	742	89.68%	24.733	30.00

Costos
(Millones de pesos de 1991)

	1991	1992	1993	1994	1995	Total
Func. Adicional (*)	0	0	0	0	3.872	3.872
Capacitación	75	150	224	333	496	1.279
Dotación mobiliario	542	1.083	1.610	2.401	3.572	9.209
Dotación material	230	460	684	1.020	1.518	3.914
Total	847	1.694	2.518	3.755	9.458	18.273

(*): Comprende únicamente el incremento requerido después de trasladar recursos ahorrados con la disminución de la matrícula en los primeros grados de Primaria, debido al mejoramiento de eficiencia.

Cuadro 2
Plan de universalización de la educación primaria
costos del proyecto por año y componente
1991-1994

(Millones de pesos de 1991)

Componente	1991	1992	1993	1994	Total
Capacitación docentes	367	0	0	0	367
BIRF	367	0	0	0	367
LOCAL	0	0	0	0	0
Material didáctico	1.999	1.769	1.289	761	5.818
BIRF	1.999	17.69	1.289	761	5.818
LOCAL	0	0	0	0	0
Mobiliario	5.519	7.264	4.852	4.954	22.590
BIRF	5.519	7.264	4.852	4.954	22.590
LOCAL	0	0	0	0	0
Obras civiles	5.678	6.472	3.213	3.194	18.556
BIRF	2.791	3.180	1.579	1.570	9.120
LOCAL	2.888	3.291	1.634	1.624	9.436
Estudios	702	520	0	0	1.222
BIRF	702	520	0	0	1.222
LOCAL	0	0	0	0	0
Profesores adicionales e incentivos	3.771	5.072	6.437	570	15.849
BIRF	0	0	0	0	0
LOCAL	3.771	5.072	6.437	570	15.849
Administración del proyecto	130	130	130	130	520
BIRF	130	130	130	130	520
LOCAL	0	0	0	0	0
Contingencias físicas	752	869	507	494	2.622
BIRF	451	522	304	297	1.573
LOCAL	301	348	203	198	1.049
Contingencias de precios	1.955	3.259	3.177	2.436	10.826
BIRF	1.173	1.955	1.906	1.462	6.496
LOCAL	782	1.304	1.271	974	4.331
Costos financieros	2.157	2.176	1.890	0	6.223
BIRF	0	0	0	0	0
LOCAL	2.157	2.176	1.890	0	6.223
Total	23.032	27.529	21.494	12.538	84.593
BIRF	13.133	15.340	10.060	9.173	47.705
LOCAL	9.899	12.190	11.434	3.366	36.888

Cuadro 3
Expansión de la Educación Secundaria, 1991-1994
Fuentes de financiación (en millones de pesos de 1991)

Categoría	Gobierno Nacional	Crédito Municipios	Recursos Municipios	Subtotal Municipios	Crédito a Privado	Total
Profesores (*)	25.556	0	25.556	25.556	0	51.112
Administración (*)	0	0	10.222	10.222	0	10.222
Funcionamiento Subtotal	25.556	0	35.778	35.778	0	61.334
Becas (**)	19.325	0	4.831	4.831	0	24.156
Reparación planta	15.380	10.253	0	10.253	0	25.633
Renovación dotación	8.173	5.448	0	5.448	0	13.621
Subsidio constr. (***)	22.305	0	0	0	0	22.305
Construcción o compra	0	59.851	0	59.851	22.683	82.534
Dotación	0	31.804	0	31.804	12.054	43.858
Inversión subtotal	65.182	107.357	4.831	112.188	34.737	212.107
Total	90.738	107.357	40.610	147.967	34.737	273.442

(*): Los rubros correspondientes a profesores, con cargo al Gobierno Nacional, serán transferidos a los municipios que hagan un esfuerzo financiero proporcional, para contratar docentes adicionales, para ampliar la cobertura de la secundaria pública.

(**): Cada beca, de \$73.200, cubre los costos adicionales de docentes y administración por la incorporación de nuevos alumnos al sector privado. Aproximadamente, se darán 495 mil becas-año, con lo cual se incrementará en 165 mil los cupos de secundaria, en los 5 primeros años del programa. Su financiación es 80% con presupuesto nacional y 20% con aporte municipal.

(***): El subsidio, que cubre el 15% del costo, se dará a quienes inviertan en la construcción, compra y adecuación de nuevos colegios de bachillerato.

Fuente: "Plan de Apertura Educativa 1991-1994". Documento MEN-DNP-UDS-DEC-2518, 1991.

Cuadro 4
Expansión de la educación secundaria, 1991-1994
Fuentes de financiación por años
(en millones de pesos de 1991)

Año	Fuente	Gobierno Nacional	Crédito Municipios	Recursos Mun. Dept.	Subtotal Mun. Dept.	Crédito a Privado	Recursos Privados	Total
1991	Funcionamiento	2.607	0	3.650	3.650	0	0	6.257
	Inversión	11.675	25.835	439	26.274	7.719	0	45.668
	Total	14.282	25.835	4.089	29.924	7.719	0	51.925
1992	Funcionamiento	5.526	0	7.736	7.736	0	0	13.262
	Inversión	15.291	28.899	952	29.850	9.006	0	54.148
	Total	20.817	28.899	8.688	37.586	9.006	0	67.409
1993	Funcionamiento	7.753	0	10.854	10.854	0	0	18.608
	Inversión	17.722	26.527	1.464	27.991	9.006	0	54.719
	Total	25.475	26.527	12.318	38.846	9.006	0	73.326
1994	Funcionamiento	9.670	0	13.538	13.538	0	0	23.208
	Inversión	20.494	26.096	1.976	28.072	9.006	0	57.573
	Total	30.164	26.096	15.514	41.610	9.006	0	80.781
1991-1994	Funcionamiento	25.556	0	35.778	35.778	0	0	61.334
	Inversión	65.182	107.357	4.831	112.188	34.737	0	212.107
	Total	90.738	107.357	40.610	147.967	34.737	0	273.442

Fuente: "Plan de Apertura Educativa 1991-1994". Documento MEN-DNP-UDS-DEC-2518, 1991. Anexo Estadístico, Cuadros 32, 33, 34, 35 y 36.

Cuadro 5
Crédito y becas para estudios de maestrías y doctorados
estimaciones para los primeros 7 años
costos del proyecto
(millones de pesos 1991)

	Años	1	2	3	4	5	6	7	Total
1) Exterior									
	Doctorado	961	1.922	2.643	3.220	3.220	2.775	2.054	16.796
	Maestría	1.802	3.244	2.883	2.883	2.523	1.081	0	14.417
	Especializ.	200	414	614	814	814	1.228	0	4.085
	Subtotal	2.964	5.580	6.141	6.918	6.557	5.085	2.054	35.298
2) País									
	Doctorado	157	313	431	548	509	470	352	2.781
	Maestría	392	705	627	627	548	235	0	3.133
	Especializ.	22	35	35	35	48	61	0	235
	Subtotal	570	1.053	1.092	1.210	1.105	766	352	6.149
3) Imprevistos		353	663	723	813	766	585	241	4.145
	Total	3.887	7.296	7.956	8.940	8.429	6.436	2.648	45.591

Fuentes de Financiación
(Millones de pesos de 1991)

	Años	1	2	3	4	5	6	7	Total
1) Crédito Externo		2.332	4.378	4.711	4.359	3.227	0	0	19.007
2) Gobierno Nacional		1.555	2.919	3.140	2.906	2.151	0	0	12.671
	Subtotal	3.887	7.296	7.851	7.266	5.378	0	0	31.678
3) Recursos privados		0	0	105	1.674	3.051	6.436	2.648	13.914
	Total	3.887	7.295	7.956	8.940	8.429	6.436	2.648	45.591

Fuente: Modelo de Simulación UDS-DEC.

Cuadro 6
Sector Educativo
Costo de los principales programas¹
1990-1994
(En millones de pesos de 1991)

Programa	Fuente	Gobierno Nacional	Crédito Municip.	Recursos Mun. Dep.	Subtotal Mun. Dep.	Crédito a Privado	Recursos Privados	Total
AÑO 0								
Funcionamiento		0	0	0	0	0	0	0
Inversión		8.815	0	0	0	0	0	8.815
Subtotal		8.815	0	0	0	0	0	8.815
PRIMARIA								
Funcionamiento		15.305	0	0	0	0	0	15.305
Inversión		54.046	0	6.053	6.053	0	0	60.100
Subtotal		69.351	0	6.053	6.053	0	0	75.405
SECUNDARIA								
Funcionamiento (2)		25.556	0	35.778	35.778	0	0	61.334
Inversión (3)		65.182	107.357	4.831	112.188	34.737	0	212.107
Subtotal		90.738	107.357	40.610	147.967	34.737	0	273.442
E. SUPERIOR								
Funcionamiento		0	0	0	0	0	0	0
Inversión		24.508	0	0	0	64.426	14.705	103.638
Subtotal		24.508	0	0	0	64.426	14.705	103.638
TOTALES								
Funcionamiento		40.861	0	35.778	35.778	0	0	76.639
Inversión		152.551	107.357	10.885	118.242	99.163	14.705	384.660
TOTAL		193.411	107.357	46.663	154.020	99.163	14.705	461.299

(1): En funcionamiento se incluye el costo incremental respecto a 1990.

(2): Incluye: En Presupuesto Nacional nuevas transferencias para docentes adicionales; en municipios costo de los docentes municipales adicionales.

(3): Incluye el costo de las becas para secundaria. Son financiadas con aporte municipal del 20% y 80% del Presupuesto Nacional.

Fuente: "Plan de Apertura Educativa 1991-1994". Documento MEN-DNP-UDS-DEC-2518. Tablas 2, 4, 7 y 10.

Cuadro 7
Costo de los principales programas*
Fuentes de financiación por años 1991-1994
(Millones de pesos 1991)

AÑO	Fuente	Gobierno Nacional	Crédito Municip.	Recursos Mun. Dept.	Subtotal Mun. Dept.	Crédito a Privado	Recursos Privados	Total
1991								
	Funcionamiento	6.249	0	3.650	3.650	0	0	9.898
	Inversión	34.301	25.835	1.395	27.230	16.760	3.676	81.966
	Total	40.550	25.835	5.045	30.880	16.760	3.676	91.865
1992								
	Funcionamiento	10.423	0	7.736	7.736	0	0	18.159
	Inversión	41.077	28.899	2.572	31.471	22.236	3.676	98.460
	Total	51.500	28.899	10.308	39.207	22.236	3.676	116.619
1993								
	Funcionamiento	13.969	0	10.854	10.854	0	0	24.823
	Inversión	36.861	26.527	3.320	29.847	27.228	3.676	97.612
	Total	50.829	26.527	14.175	40.702	27.228	3.676	122.435
1994								
	Funcionamiento	10.221	0	13.538	13.538	0	0	23.759
	Inversión	40.313	26.096	3.597	29.693	32.940	3.676	106.622
	Total	50.553	26.096	17.135	43.231	32.940	3.676	130.380
1991-1994								
	Funcionamiento	40.861	0	35.778	35.778	0	0	76.639
	Inversión	152.551	107.357	10.885	118.242	99.163	14.705	384.660
	TOTAL	193.412	107.357	46.663	154.020	99.163	14.705	461.299

* En funcionamiento se incluye el costo incremental respecto a 1990.

Fuente: "Plan de Apertura Educativa 1991-1994". Documento MEN-DNP-UDS-DEC-2518. Tablas 2, 4, 7 y 10.

INFRAESTRUCTURA SOCIAL

Salud y Nutrición

1. DIAGNOSTICO DE LA SALUD Y SUS INSTITUCIONES³

La evolución de la salud de un país es fiel reflejo de las condiciones de vida de su población y de la eficacia de sus instituciones. Además, la salud de los habitantes es factor determinante para el bienestar de la población y el desarrollo económico del país.

El estado de salud puede analizarse a través del indicador de esperanza de vida⁴. Esta ha evolucionado en el presente siglo, en estrecha relación con el acontecer económico, social e institucional del país. Al comienzo del siglo la estructura económica y social del país resulta particularmente atrasada cuando se compara con la de otros países de similar grado de desarrollo. Y ello se manifestó claramente en la salud de la población. La esperanza de vida al nacer era apenas de 30 años en 1905, aumentando ligeramente hasta alcanzar 33 años en 1930, un tercio menor que los patrones internacionales para aquel momento (véase gráfico 1). La esperanza de vida en Colombia, en ese año, resultaba menor que la que hoy registra países misérrimos como Etiopía o Afganistán.

En contraste con el grado de atraso inicial, el ritmo de transformación económica y social fue particularmente acelerado en los 30's y 40's. La esperanza de vida de la población reflejó este progreso, alcanzando 53 años en 1957, que ya resultaba comparable a la de naciones de grado similar de desarrollo (véase nuevamente el gráfico). En los años 60's y 70's, la salud de los colombianos continuó progresando en forma paralela al promedio de países en desarrollo, alcanzando una esperanza de vida de 63 años en 1980.

Aunque el progreso en la calidad global de salud de la población continuó acelerándose en los años 80's —la esperanza de vida actual es de 68 años—, apareció mucho más claro el contraste con los países latinoamericanos de mayor progreso social. Como se observa en la gráfica anterior, la esperanza de vida actual de los colombianos es considerablemente inferior a la de Costa Rica (75), Chile (72), Uruguay (71), Venezuela (70) o incluso México (69).

El progreso en materia de salud durante los pasados cincuenta años fue más rápido que aquél registrado por el promedio de naciones en desarrollo. El que la esperanza de vida se haya más que doblado durante el presente siglo es prueba fehaciente de ello. Puede afirmarse que hasta comienzos de los setentas, el progreso en la salud de la población fue resultado básicamente del acelerado ritmo de progreso económico, que permitió superar las anormales

³ El diagnóstico combina información del Estudio Sectorial de Salud realizado recientemente, datos del Ministerio de Salud y proyecciones y ajustes de la División de salud del DNP. Para las comparaciones de indicadores sectoriales con otros países, se utilizan datos recientemente publicados en reportes de organismos internacionales.

⁴ Véase Amartya Sen. The measurement of social development in Chenery and Srivivasan. Handbook of Economic Development. Cambridge, North-Holland, 1988. Y también United Nations Development Programme. Human Development Report. New York, Oxford University Press, 1990.

condiciones de atraso de Colombia antes del período de crecimiento económico moderno.

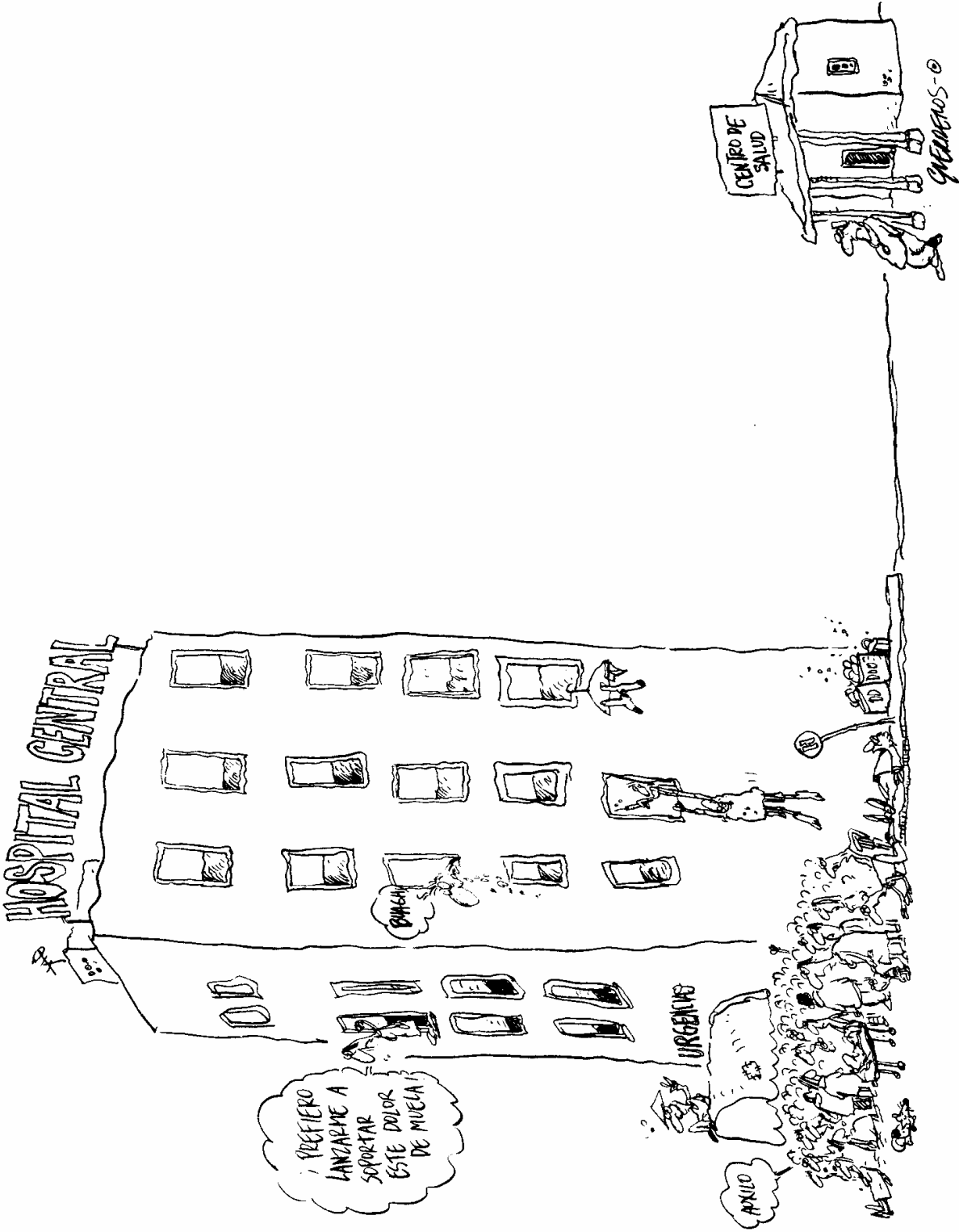
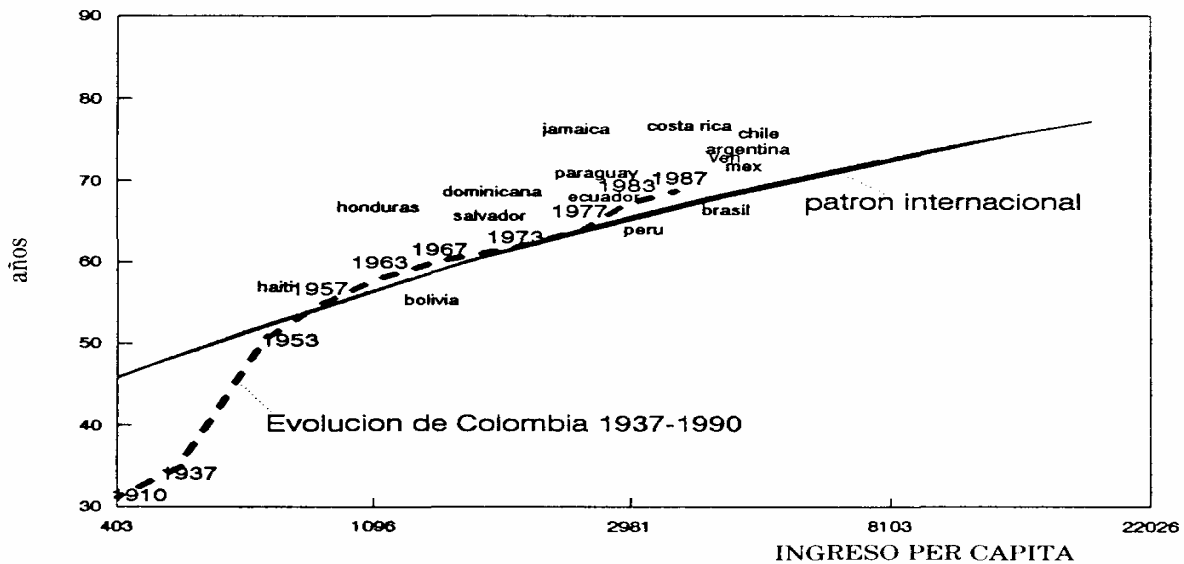


Gráfico 1
Esperanza de vida al nacer
La evolución histórica colombiana en perspectiva internacional



Nota: Las observaciones corresponden a 1988 (fuente: Informe dilo humano 1991).

Tras la superación de ese atraso inicial, todo progreso adicional ha dependido y dependerá sobre todo, de las instituciones diseñadas por la sociedad para la atención de la salud. A pesar del rápido progreso, las carencias de salud aún son enormes para un segmento muy grande de la población más pobre de Colombia. Y es precisamente el rezago institucional que se generó en los años 70's y 80's el que ha impedido obtener las ganancias en salud que lograron otros países del continente cuya suerte económica fue inferior a la colombiana.

La evolución de la salud depende también estrechamente de los desarrollos en áreas conexas de la política de desarrollo. Particularmente fuerte resulta su interacción con la cobertura de aguas y de educación. Existe, en Colombia así como en el resto del mundo, una clara relación inversa entre la disponibilidad de agua potable y la mortalidad infantil. La educación igualmente tiene enormes efectos sobre la salud y la nutrición. En los últimos años (1965-1981), la esperanza de vida creció mas aceleradamente entre poblaciones con alto grado de escolaridad que entre comunidades con alto grado de analfabetismo. Igualmente, la desnutrición está estrecha mente relacionada con la escolaridad de las madres. La probabilidad de desnutrición de los niños es tres veces más alta cuándo la madre es analfabeta que cuando tiene estudios secundarios o superiores⁵.

El diagnóstico ilustra que, aunque el progreso ha sido veloz (como lo registra la evolución de indicadores más puntuales de mortalidad, morbilidad y nutrición), las posibilidades de progreso en la salud de los colombianos es enorme. Pero más que de la disponibilidad global de infraestructura física y de

⁵ Véase CCRP. Encuesta nacional de prevalencia, 1986.

personal médico especializado —donde el país ha logrado grandes avances—, el progreso en la salud dependerá de la posibilidad de reorganizar sus instituciones para atender en forma más eficiente y equitativa la población más necesitada.



A. La evolución de la salud

Los indicadores globales de mortalidad, morbilidad, y nutrición de la población colombiana han mejorado sustancialmente en las últimas décadas.

A pesar de esto persisten enormes diferencias regionales y sociales en esos indicadores y en las coberturas efectivas de atención institucional. La mortalidad y la morbilidad por desnutrición y por enfermedades infecciosas y transmisibles como el sarampión o la malaria, son todavía muy frecuentes en la población de escasos recursos y en las comunidades de menor desarrollo relativo.

Adicionalmente han surgido como grave problema de salud, las enfermedades del corazón, las cerebro-vasculares, el cáncer y aquellas asociadas a la violencia, el abuso del alcohol y la drogadicción, que ocurren hoy en forma epidémica. Estas últimas son altamente prevalentes en las ciudades y en los grupos de mayor edad y de alto costo para su detección, tratamiento y control.

1. Mortalidad.

Una de las transformaciones más espectaculares registradas por el país durante este siglo ha sido la reducción de la **tasa de mortalidad infantil (TMI)**⁶ (cuadro 1). En los años 30's uno de cada cinco niños nacidos en Colombia moría antes del primer año. Esa tasa se compara desfavorablemente aún con la de los países que hoy tienen la mortalidad más alta del mundo: Angola y Mozambique (TMI=172). Pero el progreso en la reducción de la mortalidad infantil ha sido muy rápido desde entonces. A finales de los 50's la tasa ya se había reducido a 102, sólo ligeramente más alta que lo esperado por los patrones internacionales (véase gráfico 2). Durante los 60's y 70's la mortalidad infantil se redujo en Colombia al mismo ritmo que el promedio de países en desarrollo. Tal ritmo se aceleró en los 80's más que en el resto de países, registrándose en 1988 una tasa de 39: uno de cada 25 niños muere antes del año (cuadro 2).

Sin embargo, la mortalidad en la Costa Pacífica y los Territorios Nacionales alcanza tasas cercanas a 110 por mil, cifras semejantes a las de Haití, Bangladesh y Bolivia. También por la incidencia más alta de la desnutrición, los estratos más pobres presentan mayor mortalidad infantil. Por niveles de urbanización se observa que la mortalidad es mayor mientras más dispersos y alejados de los centros urbanos sean los asentamientos, y en poblaciones de menor número de habitantes. Según datos del Estudio Nacional de Salud⁷ de 1980, la TMI era de 81 por mil nacidos vivos para la zona rural y de 53.5 por mil para la urbana. El área rural de la región Pacífica que tenía para ese año la mayor TMI (115.2 por mil), no ha progresado desde 1971 (cuadro 3). También se observan diferencias significativas por subregiones, destacándose Cauca/Nariño con 100.2 por mil, Valle/Chocó sin Cali (90.4 por mil) y Tolima/Huila con 81 por mil.

También hay diferencias importantes según las características socioeconómicas de la población. En los grupos con altas tasas de analfabetismo la TMI es más alta que la observada en aquellos grupos con 6 o más años de escolaridad con tasas de reducción tres veces superiores. Entre 1966 y 1981 la TMI disminuyó en 38% en las comunidades de más alta escolaridad, frente a una reducción de 12% en los analfabetas.

La tasa de **mortalidad general**⁸ era de 25 al comenzar el siglo. Se redujo lentamente hasta comienzos de los 50's cuando la tasa llegó a 21. A partir de entonces, la reducción de la mortalidad se aceleró con la urbanización, alcanzando 15 en los 60's, 9 en los 70's y 5 en 1988. La

⁶ Tasa de Mortalidad Infantil: muertos menores de un año por mil nacidos vivos.

⁷ Estudio Nacional de Salud - La Mortalidad en Colombia. Volumen II, Ministerio de Salud, INS, ASCOFAME, Bogotá, 1982.

⁸ Personas muertas anualmente por cada mil habitantes.

reducción se hizo más lenta en los últimos años, por el aumento de muertes relacionadas con la violencia y enfermedades cardiovasculares.

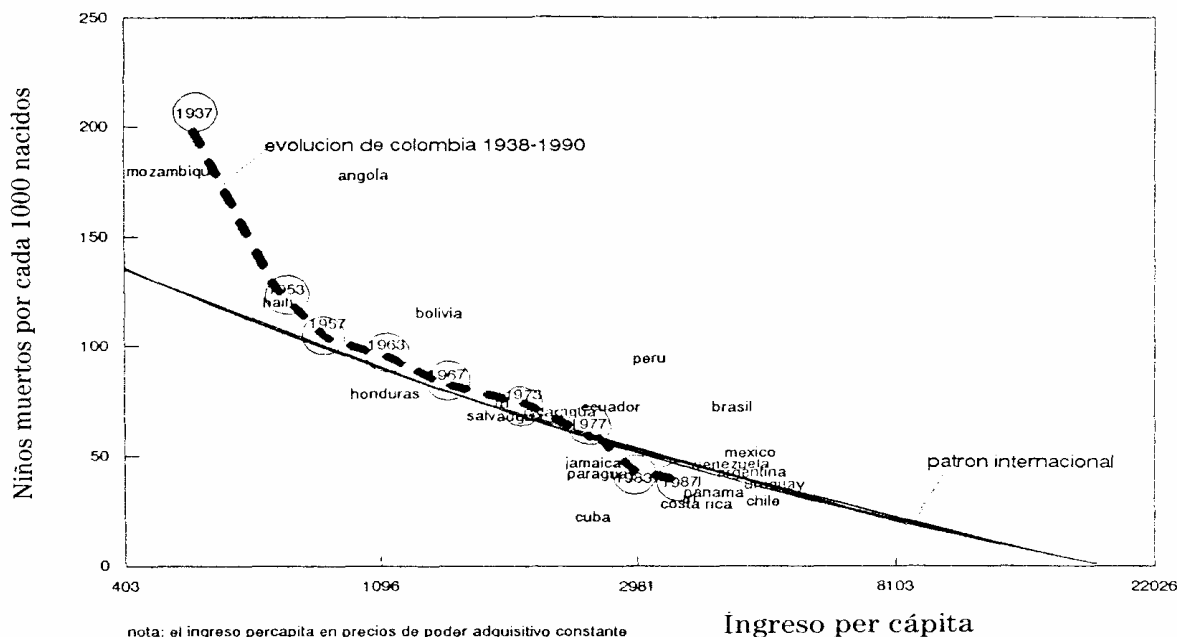
Cuadro 1
Mortalidad Infantil
(Tasa X mil nacidos vivos)

Quinquenio	Hombres	Mujeres	Total
1938			196
1950-1955	130	116	123
1955-1960	113	98	105
1960-1965	100	84	92
1965-1970	89	75	82
1970-1975	80	65	73
1975-1980	66	52	59
1980-1985	46	36	41
1985-1990	45	34	40
1990-1995 1/	42	32	37

1/ Proyectado para ese quinquenio.

Fuente: DANE. Boletín de Estadística 437, agosto 1989.

Gráfico 2
Tasa de Mortalidad Infantil
La evolución histórica colombiana en perspectiva internacional



nota: el ingreso percapita en precios de poder adquisitivo constante
Las observaciones para cada país corresponden a 1988
fuente: Informe sobre el Desarrollo Humano 1990

Cuadro 2
Tasa de mortalidad infantil comparación internacional
(Tasa X 1.000 nacidos vivos)

Países	1965	1988	Variación Porcentual
PAISES DE INGRESO BAJO			
China	90	31	4.7
India	150	97	2.0
Sri Lanka	63	21	4.9
Haití	178	116	1.9
Etiopía	165	135	0.9
PAISES DE INGRESO MEDIO BAJO			
Colombia	86	39	3.5
Ecuador	112	62	2.7
Chile	101	20	7.1
Brasil	104	61	2.4
Perú	130	86	1.9
Bolivia	160	108	1.8
Costa Rica	72	18	6.1
México	82	46	2.6
Tailandia	86	39	3.5
Egipto	172	83	3.3
PAISES DE INGRESO MEDIO-ALTO			
Uruguay	47	23	3.2
Argentina	58	31	2.8
Venezuela	65	35	2.8
Korea	62	24	4.2
PAISES DE INGRESO ALTO			
España	38	9	6.3
Australia	19	9	3.3
Italia	36	10	5.7
Estados Unidos	25	10	4.1

Fuente: Banco Mundial. "World Development Report 1990".

Cuadro 3
Tasa de mortalidad infantil según región, subregiones
y niveles de urbanización
(Tasa por 1.000 habitantes)

Regiones y subregiones	1971	1976	1981
Total nacional	74.11	67.35	60.88
Región Atlántica	64.11	59.81	56.56
Región Oriental	68.48	60.88	53.48
Región Central	85.67	74.11	61.95
Región Pacífica	92.81	90.37	89.19
Bogotá	45.26	45.26	45.26
Atlántico/Magdalena/Cesar/ Guajira	65.19	57.64	50.39
Bolívar/Córdoba/Sucre	64.11	64.11	64.11
Los Santanderes	74.11	65.19	56.56
Boyacá/Cundinamarca/Meta	66.27	57.64	49.36
Medellín	59.81	55.53	52.45
Antioquia sin Medellín	94.04	75.24	58.72
Caldas/Quindío/Risaralda	89.19	69.61	52.45
Tolima/Huila	80.97	80.97	80.97
Cali	54.51	41.16	27.91
Valle sin Cali/Chocó	100.15	95.26	90.37
Cauca/Nariño	100.15	100.15	100.15
Región pacífica rural	115.24	115.24	115.24
Niveles de urbanización			
Zona rural	91.59	85.67	80.97
Zona urbana	68.48	59.81	53.48
Población dispersa	90.37	85.67	79.81
Menos de 2.500 habitantes	91.59	85.67	80.97
De 2.500 a 14.999 habitantes	82.15	70.73	60.88
De 15.000 a 100.000 habitantes	74.11	67.35	60.88
De 100.000 a 500.000 habitantes	68.48	55.53	45.26
De 500.000 a 1.5 Mill. habitantes	61.95	52.45	46.28
Más de 1.5 mill. habitantes	45.26	45.26	45.26

Fuente: Estudio Nacional de Salud "La Mortalidad en Colombia".

La disminución más alta de esta tasa se presentó en los menores de un año⁹ que pasaron de 51 por mil a 17.8 por mil (cuadro 4). Por causas, las mayores reducciones en este grupo de edad, entre 1984 y 1988, fueron enfermedades diarreicas (de 501 a 202 por cien mil); afecciones respiratorias (de 483 a 296 por cien mil); perinatales (de 1253 a 652 por cien mil) y; desnutrición (de 146 a 66 por cien mil). Esta tendencia es similar entre los menores de cuatro años como resultado del énfasis otorgado, en los últimos años, a los programas preventivos y de manejo precoz de esas afecciones (cuadro 5).

La mortalidad en el grupo de 15 a 44 años aumentó significativamente al pasar de 28.100 muertes en 1984 a 36.440 en 1988. Las causas relacionadas con la violencia fueron las de mayor incidencia en esta situación, se pasó de 55 a 100 homicidios por cien mil habitantes. En el grupo de 45 a 59 registradas, en las zonas deprimidas es más alta la mortalidad por enfermedades infecciosas y las asociadas a problemas nutricionales y carenciales.

Cuadro 5
Principales causas de mortalidad por grupos de edad
1984-1988
(Tasas por 100.000 habitantes)

Causas	Menos de 1 año				1 a 4 años				5 a 14 años			
	1984		1988		1984		1988		1984		1988	
	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa
Perinatales	9961.35	1253	5157.32	652	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Enteritis y otras diarreicas	3982.95	501	15.9782	202	5521.81	191	2356.57	79	261.76	4	201.51	3
Accidentes	429.30	54			1474.41	51	507.11	17	1505.12	23	1007.55	15
Desnutrición	1160.70	146	522.06	66	520.38	18	268.47	9	65.44	1	*	*
Sistema respiratorio	3839.85	483	2341.36	296	1532.23	53	835.24	28	130.88	2	134.34	2
Sistema cardiovascular	540.60	68	450.87	57	318.01	11	328.13	11	261.76	4	201.51	3
Sistema nervioso	659.85	83	316.40	40	144.55	5	89.49	3	196.32	3	268.68	4
Sistema digestivo	286.20	36	134.47	17	*	*	*	*	130.88	2	134.34	2
Tumores malignos		*		*		*		*	65.44	1	67.17	1
Homicidios	71.55	9			115.64	4			261.76	4	201.51	3
Parasitarias e intestinales		*			838.39	29	268.47	9	*	*	*	*
Todas las causas	28914.15	3637	14056.07	1777	9077.74	314	4772.80	160	3926.40	60	3560.01	53

	15 a 44 años				45 a 59 años				60 y más años			
	1984		1988		1984		1988		1984		1988	
	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa
	n.a.	*	n.a.	*	n.a.	*	n.a.	*	n.a.	*	n.a.	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	415.29	3	304.94	2	802.59	31	486.37	17	5668.12	404	6777.40	412
	9551.67	69	9453.14	62	3546.93	137	4320.11	151	21227.39	1513	23556.40	1432
	5952.49	43	3811.75	25	1708.74	66	1058.57	37	350.75	25	82.25	5
	969.01	7	1219.76	8	1941.75	75	1745.21	61	7997.10	570	8126.30	494
	830.58	6	914.82	6	129.45	5	143.05	5	1220.61	87	1464.05	89
	6644.64	48	6098.80	40	2770.23	107	2861.00	100	6678.28	476	7353.15	447
	7613.65	55	15247.00	100	1656.96	64	3404.59	119	168.36	12	82.25	5
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	28101.29	203	36440.33	239	18899.70	730	19998.39	699	64916.81	4627	71425.90	4342

n.a.: No aplica para esos grupos de edad.

*: Tasa por debajo de 1 muerte por 100.000 habitantes.

Fuente: INS Estudio Nacional de Salud - Registro de defunciones 1981.

⁹ Tasa de Mortalidad en menores de un año: relación entre el número de muertes en este grupo de edad respecto al total de menores de un año en el período.

La **mortalidad por desnutrición** afecta principalmente a los menores de un año y presenta diferencias por departamentos. En la región Atlántica la proporción de muertes por desnutrición con relación al total de muertes en menores de un año es mucho más alto que en el resto del país (entre el 9% y el 15%). La mortalidad en los niños de 1 a 4 años por esta causa es mucho menor, aunque en los departamentos de la región Atlántica sigue siendo muy alto (cuadro 6).

La mortalidad materna también muestra una disminución considerable en los últimos 30 años. En 1956 era de 3.11 por mil y en 1984 de 1.07 por mil, con un descenso mayor a partir de la década del 70. Sin embargo, en relación con otros países de similar desarrollo, continúa siendo alta. En América Latina, países como Chile, Costa Rica, México y Nicaragua muestran tasas inferiores (por debajo de 1 por mil) (cuadro 7)

Las principales causas de mortalidad materna están asociadas con la deficiente atención del parto, el inadecuado control del embarazo y la desnutrición. Aunque la cobertura de servicios asistenciales a las gestantes, que atiende el sector oficial, aumentó de 37.9% en 1970 a 77.1% en 1984, su impacto sobre la mortalidad revela que la calidad de la atención es todavía deficiente, porque la captación de embarazadas es tardía y el promedio de controles prenatales realizados por personal médico es todavía bajo (2.3 consultas por gestante).

El aborto inducido y sus complicaciones, a pesar del subregistro por su carácter clandestino, continúa siendo una de las principales causas de muerte materna en el país. La tasa de aborto en 1987, es de 15.6 por mil nacidos vivos. La más alta incidencia se presenta en Bogotá, con una tasa de 32.7 por mil, seguida de la región Pacífica con 20.7 por mil.

Cuadro 6
Mortalidad general y por desnutrición en menores de cinco años
según participación en el total de causas de mortalidad
por departamentos. 1988
(Tasa por 1000 habitantes)

Departamentos	MENORES DE 1 AÑO				DE 1 A 4 AÑOS			
	Número Muertes	% 1/	Mortal. General	Mort. X Desnut.	Número Muertes	% 1/	Mortal. General	Mort. X Desnut.
Antioquia	69	3.2	22.78	0.73	44	5.6	1.97	0.11
Atlántico	49	6.9	18.77	1.31	20	8.4	1.49	0.13
Bolívar	62	14.3	12.47	1.78	28	17.6	1.26	0.19
Caldas	22	4.4	28.49	1.26	15	9.6	1.89	0.18
Caquetá	16	5.1	45.19	2.31	4	4.8	2.57	0.12
Cesar	10	7.9	6.00	0.48	4	5.9	0.78	0.05
Córdoba	8	6.6	4.42	0.29	2	5.0	0.35	0.02
Cundinamarca	16	2.4	21.19	0.51	4	1.4	1.87	0.03
Chocó	6	3.6	21.51	0.78	3	3.9	1.90	0.07
Huila	9	2.3	22.29	0.51	7	5.2	0.93	0.08
Guajira	9	11.1	10.13	1.13	2	7.14	0.76	0.05
Magdalena	36	15.5	9.49	1.47	13	15.1	0.86	0.13
Meta	10	2.7	30.72	0.83	3	3.3	1.57	0.05
Nariño	25	4.8	21.75	1.05	14	5.7	2.09	0.12
Norte de Santander	17	3.0	24.61	0.73	10	5.9	1.66	0.09
Quindío	5	2.9	22.98	0.01	8	17.0	1.34	0.23
Risaralda	11	3.6	23.14	0.83	7	6.9	1.59	0.11
Santander	28	4.3	18.56	0.81	12	5.3	0.66	0.08
Sucre	8	8.6	6.02	0.52	4	11.4	0.54	0.06
Tolima	19	4.0	20.48	0.81	10	6.0	1.43	0.08
Valle	54	3.7	22.83	0.85	20	4.3	1.64	0.07

1/ Se refiere al peso porcentual de las muertes por desnutrición con respecto al total de muertes.

Fuente: DANE. Archivo de Defunciones. 1986.

2. Morbilidad.

El perfil de las causas de enfermedad atendidas por consulta externa en el sector oficial no ha cambiado mucho entre los años 1984 y 1988. Se destaca un descenso moderado en las enfermedades diarreicas y parasitarias que afectan a los niños, y un incremento de las infecciones respiratorias agudas. El descenso relativo se presenta en enfermedades: parasitarias por helmintiasis (de 4% a 2.5%); del aparato urinario (de 3.2% a 2.4%) y diarreicas (de 4.3% a 3.2%). Estas afectan más a los niños menores de 5 años. El incremento se observa en la consulta por infecciones respiratorias agudas (de 4.8% a 5.4%) resultado de la contaminación ambiental creciente en las ciudades (cuadro 8).

Cuadro 7
Mortalidad materna 1980
comparaciones internacionales
(Tasa por 100.000 habitantes)

Países	Tasa
PAISES DE INGRESOS BAJOS	
China	44
India	500
Sri-Lanka	90
Haití	340
Etiopía	3.000 1/
PAISES DE INGRESO MEDIO-BAJO	
Colombia	130
Ecuador	220
Chile	55
Brasil	150
Bolivia	480
Costa Rica	26
México	92
Egipto	500
Nicaragua	65
PAISES DE INGRESO MEDIO-ALTO	
Uruguay	56
Argentina	85
Venezuela	65
Korea	34
PAISES DE INGRESO ALTO	
España	10
Australia	11
Italia	13
Estados Unidos	9

1/ Se refiere a la mortalidad materna hospitalaria.

Fuente: Banco Mundial "World Development Report 1990".

En 1988 las laceraciones y heridas atendidas principal mente en las áreas de urgencias, alcanzaron cerca del 3% del total de 16 millones de consultas, aumentando el número de casos por esta causa de 441.600 a 463.600 en el período 1984-1988.

En **hospitalización**, un tercio de la capacidad de camas sigue siendo ocupada por la atención del parto normal, el aborto y las complicaciones del embarazo y el parto. Otras causas de hospitalización se relacionan con afecciones diarreicas, infecciones respiratorias y fracturas de los miembros (cuadro 9).

Un 3% de los casos hospitalizados corresponde a enteritis y otras enfermedades diarreicas, más frecuentes en los niños, lo cual hace pensar que todavía estas afecciones están siendo captadas tardíamente, o que los pacientes consultan en esta dos avanzados de la enfermedad.

Las infecciones respiratorias agudas en los menores de 1 año ocupan el quinto lugar entre las 10 primeras causas de egreso, con porcentajes de 3.1% y 4.4% en 1984 y 1988 respectivamente. En el grupo de 1 a 4 años ocupan el cuarto lugar con 3.6% y 4.6% en los mismos años, con tendencia similar al aumento.

La mayoría de estas enfermedades son prevenibles o se puede evitar su agravamiento con medidas relativamente sencillas y de manejo ambulatorio, si se detectan tempranamente.

Las bajas coberturas de acueducto y alcantarillado explican la alta prevalencia de enfermedades infecciosas de origen hídrico. De igual manera, la contaminación del aire en las ciudades y la deficiente disposición de desechos se asocian con el incremento de las afecciones respiratorias¹⁰.

Cuadro No. 8
Diez primeras causas de morbilidad,
Consulta externa. Todas las edades
(Sector oficial)
1984-1988

Causas de morbilidad por diagnóstico de consulta externa	1984			1988		
	Ord. de Import.	Total	%	Ord. de Import.	Total	%
Otras enfermedades de los órganos genitales	1	717.902	5.3	3	724.358	4.5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2	688.113	5.1	2	725.968	4.5
Infecciones respiratorias agudas	3	652.885	4.8	1	867.620	5.4
Enteritis y otras enf. diarreicas	4	587.867	4.3	4	515.099	3.2
Influenza (otras virosis)	5	554.004	4.1	10	321.937	2.0
Otras helmintiasis	6	547.231	4.0	6	407.250	2.5
Laceración y heridas	7	441.578	3.3	5	463.589	2.9
Otras enfermedades del aparato urinario	8	434.805	3.2	7	383.105	2.4
Bronquitis, enfisema y asma	9	398.233	2.9	—	—	—
Enfermedad hipertensiva	10	361.365	2.0	9	338.034	2.1
Demás enfermedades infecciosas y parasitarias	—	—	—	8	338.033	—
Demás causas de morbilidad	—	7.582.674	56.0	—	10.408.218	64.7
TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS		13.545.327	100.0		16.096.843	100.0

(Clasificación por 183 causas)

* La mayoría de estas diez primeras causas detectadas en la consulta externa son prevenibles y controlables con actividades de atención primaria y autocuidado comunitario.

Fuente: Subsistema de información en Salud (SIS-103). Minsalud. 1990.

¹⁰ Por su importancia, los lineamientos de política y el desarrollo del sector de agua potable y saneamiento están presentados en capítulo aparte.

La malaria es uno de los principales problemas de salud en vastas regiones del país y su situación se deterioró durante las últimas dos décadas. En 1990 la incidencia fue de 302 casos nuevos por cien mil habitantes, casi el doble que en 1970. Aunque los registros oficiales señalan un promedio de 100.000 casos para 1990, el Servicio de Erradicación de la Malaria estima que esta cifra puede ser diez veces mayor (cuadro 10). En las Américas¹¹ el número de casos registrados pasó de 269.000 en 1974 a 1.100.000 en 1988, de los cuales el 21% (235.000 casos) se originó en los países andinos y casi la mitad ocurrieron en Colombia.

Cuadro 9
Morbilidad
Diez primeras causas de hospitalización
en todas las edades (Todos los subsectores)
1984-1988

Causas de egreso*	# ord.	1984		# ord.	1988		84/88 1/
		Total	%		Total	%	
Parto normal	1	398.456	24.3	1	420.446	22.8	En descenso
Embarazo terminado en aborto	2	75.428	4.6	2	72.008	4.0	En descenso
Complicaciones del parto	3	68.869	4.2	3	70.208	3.9	En descenso
Complicaciones del embarazo	4	52.472	3.2	4	61.207	3.4	En aumento
Otros indic. en la asistencia del embarazo y el parto	5	52.472	3.2	—	—	—	En descenso
Enteritis y otras enf. diarréicas 2/	6	49.192	3.0	7	48.040	2.7	En descenso
Neumonías 2/	7	49.192	3.0	5	57.606	3.2	En aumento
Otras enfermedades de los órganos genitales	8	45.913	2.8	6	48.605	2.7	Similar
Hernia de la cavidad abdominal	9	36.074	2.1	9	36.004	2.0	Similar
Bronquitis enfisema y asma	10	34.434	2.1	—	—	—	En descenso
Fracturas de los miembros	—	—	—	10	36.004	2.0	En aumento
Resto de causas	—	744.440	44.9	—	859.388	48.3	En aumento
TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS		1.639.735	100.0		1.800.220	100.0	—

(Clasificación por 183 causas)

1/ Se refiere a los cambios del peso porcentual de cada causa de egreso, con respecto al total, entre los dos años.

2/ Enfermedades prevenibles cuya hospitalización puede disminuirse con acciones de atención primaria.

Fuente: Subsistema de información en salud (SIS 110). Minsalud 1990.

La movilidad de la población, las dificultades operativas para el control de la enfermedad y sus factores de riesgo y las condiciones ecológicas favorables al ciclo natural de la enfermedad, son entre otros, los factores que contribuyen a agravar el problema de la malaria por cuanto hacen más difícil mantener o incrementar la coberturas de rociamiento.

¹¹ Boletín de la Organización Mundial de la Salud, vol. 109 No. 2, 160 Agosto de 1990. Página 175.

Cuadro 10

Indicadores del programa de control de la malaria en Colombia 1960-1990

Conceptos	1960	1970	1980	1985	1990
Población área malárica	9.018.368	12.462.645	16.658.937	19.112.315	22.479.806
No. casas área malárica	1.448.245	2.069.552	3.331.781	3.822.463	4.150.885
Casas alto riesgo	1.448.245	528.163	608.552	649.513	627.764
Población alto riesgo	9.018.368	2.699.553	3.042.759	3.247.565	2.953.752
Casos totales paludismo	8.426	31.889	57.123	55.791	99.489
Casos Plasmodium falciparum	3.595	17.225	25.288	21.824	35.322
Casos Plasmodium vivax	4.642	14.053	31.520	34.219	63.885
Casos asociados Falciparum y vivax	162	594	290	130	128
Personas tratadas	0	692.336	445.627	570.294	
Nuestras sangres examinadas	509.920	680.571	434.870	334.061	400.438
IPA GRAL AREA MALARICA (1)	0.9	2.6	3.4	2.9	4.4
IPA GRAL ALTO RIESGO (2)	0.9	11.8	18.8	17.2	33.7
IFA GRAL AREA MALARICA (3)	0.4	1.4	1.5	1.1	1.6
IFA GRAL ALTO RIESGO (4)	0.4	6.4	8.3	6.6	12.0
% Falciparum/Tot. casos malaria	42.7	54.0	44.3	38.1	35.5
IVA GRAL AREA MALARICA (5)	0.5	1.1	1.9	1.8	2.8
IVA GRAL ALTO RIESGO (6)	0.5	5.2	10.4	10.5	21.6

- (1) IPA GRAL. AREA MALARICA: Casos de paludismo por mil habitantes área malárica. (Índice parasitario anual).
- (2) IPA GRAL. ALTO RIESGO: Casos de paludismo por mil habitantes área malárica alto riesgo. (Incidencia de malaria por c/1000 hab.).
- (3) IFA GRAL. AREA MALARICA: Casos de P. falciparum por mil habitantes área malárica. (Índice de falciparum por c/1000 hab.).
- (4) IFA GRAL. ALTO RIESGO: Casos de P. falciparum por mil habitantes área malárica alto riesgo. (Incidencia de enfermos por falciparum por c/1000 hab.).
- (5) IVI GRAL. AREA MALARICA: Casos de P. Vivax por mil habitantes área malárica.
- (6) IVI GRAL. ALTO RIESGO: Casos de P. Vivax por mil habitantes área malárica de alto riesgo.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Campañas Directas SEM.

Las zonas más afectadas por el plasmodium falciparum, especie que ocasiona los casos más graves, son la Costa Pacífica, Urabá, Bajo Cauca-Nechí y Alto Sinú-San Jorge. Algunas regiones de los Territorios Nacionales y el Magdalena Medio, también afectadas por la malaria, se consideran como de baja endemia con respecto a las primeras.

3. Nutrición

El aumento en la calidad de vida de los colombianos se observa con enorme claridad en la evolución de la desnutrición de los niños. Hace 25 años, una cuarta parte de los niños registraba síntomas de desnutrición global. Hoy tal prevalencia se ha reducido a menos de la mitad.

La prevalencia de desnutrición global¹² de niños entre 6 a 35 meses de edad, se redujo consistentemente en cerca de 45%, entre 1966 y 1986, siendo la reducción más marcada en los niveles de moderada a severa (73%).

Para el total del grupo de menores de 5 años, se presentó una disminución de 20% en la prevalencia de desnutrición encontrada entre 1965 a 1977.

¹² La desnutrición global es la relación entre el peso observado y el esperado para la edad. Se considera como una medida que permite evaluar el estado general de la nutrición del niño.

La tasa de desnutrición crónica¹³ se redujo en un 20% en los niños entre 0 a 35 meses entre 1965 y 1977 y para el total de los menores de 5 años la disminución alcanzó alrededor del 29%¹⁴.

La población infantil menor de cinco años afectada por desnutrición global es de 1 de cada 7 niños (alrededor de 540.350 niños). Para el caso de desnutrición crónica (retardo en el crecimiento) es de 1 de cada 5 menores de cinco años (857.960).

Tanto la desnutrición global como la crónica disminuyeron en mayor proporción en el área rural, reduciendo así las diferencias entre la ciudad y el campo. En 1965, la prevalencia de desnutrición global fue de 2.8% para el área urbana y 1.9% en el área rural, mientras que en 1986 alcanzó solamente 1.4% y 1.5% respectivamente.

La región Pacífica presenta la más alta prevalencia de desnutrición global (14.7%) y la mayor proporción de niños con desnutrición crónica severa (8.3%); por su parte, la región Oriental presenta la mayor prevalencia de desnutrición crónica total (cuadro 11).

Adicionalmente, están a riesgo de sufrir desnutrición global el 14.8% de los niños (alrededor de 610.500 niños adicionales) y estarían afectados por desnutrición crónica el 15.6% (643.500 niños adicionales) (cuadro 11).

La Encuesta Nacional de Salud¹⁵ realizada entre 1986- 1989, registra que el bajo nivel educativo de la madre, el tamaño de la familia y el saneamiento básico, tienen mayor incidencia que el ingreso familiar en la desnutrición de los menores de cinco años. La educación de la madre fue el más determinante (cuadro 12).

La población de **escolares** presenta también un estado nutricional deficitario que incide directamente en altas tasas de deserción escolar y el bajo rendimiento educativo. Según el Estudio Nacional de Salud (1980), el 20.8% de los escolares sufría de anemia originada en inadecuado consumo de nutrientes como el hierro, presentándose con frecuencia mayor en los niños de 5 a 14 años y en la población rural dispersa que vive en concentraciones menores de 2.500 habitantes¹⁶.

Las **mujeres embarazadas y lactantes** están igualmente afectadas por elevados niveles de deprivación nutricional, lo cual es la causa de la presencia, en los recién nacidos, **de bajo peso al nacer** que afectó en 1990, al 8.7% de los niños nacidos vivos en las cinco ciudades más grandes del país, proporción superior a la registrada en otros países de similar grado de desarrollo¹⁷.

¹³ La desnutrición crónica relaciona la talla en función de la esperada para la edad permitiendo valorar el crecimiento físico alcanzado.

¹⁴ DNP, "Apertura a la Salud —Lineamientos del Plan de Acción 1991-1994—. Anexo estadístico". Documento CONPES 2531-UI Cuadros 11 y 12.

¹⁵ *Encuesta Nacional de Salud sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud 1 986-1989*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.

¹⁶ Restrepo, H de et al. *Crecimiento y Desarrollo de los Escolares de la ciudad de Medellín*. Antioquia Med, 1965, 15: 631-645 y Fajardo, Luis et al. *Nutrición en escolares en Cali*. Universidad del Valle, 1989.

¹⁷ La tasa de bajo peso al nacer registrada en Chile fue de 6.4% en 1985, en Costa Rica de 6.6% en 1984 y en Cuba de 7.9% en 1984.

Cuadro 11
Distribución porcentual de la desnutrición por regiones
en menores de cinco años
(1986-1989)

Región	DESNUTRICION GLOBAL				DESNUTRICION CRONICA			
	A riesgo	Leve	Moder.		A riesgo	Leve	Moder.	
			a severa	Total			a severa	Total
Atlántica	16.4	10.9	1.6	12.5	16.7	14.3	4.3	18.6
Oriental	12.6	11.4	1.7	13.1	14.8	22.4	4.5	26.9
Bogotá	11.6	11.5	0.9	12.4	14.4	14.3	2.6	16.9
Central	14.6	8.3	4.4	12.7	17.2	13.0	5.4	18.4
Pacífica	17.2	12.7	2.0	14.7	13.6	13.5	8.3	21.8
Total	14.8	10.8	2.3	13.1	15.6	15.6	5.2	20.8

Fuente: Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud 1986-1989.
 Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud.

Otro factor nutricional que representa un significativo riesgo de muerte es el **sobrepeso y la obesidad** por su alta incidencia en enfermedades cardiovasculares las cuales ocasionaron 1 de cada 3 muertes en el grupo de 15 a 44 años en 1986. En 1980 el 21.5 de la población colombiana estaba afectada por este problema¹⁸.

Cuadro 12
Desnutrición global y crónica en Colombia
según variables socioeconómicas. 1989

	Desnutrición Global %	Desnutrición Crónica %
1. TAMAÑO DE LA FAMILIA		
— Menos de 4 miembros	9.6	15.9
— Seis y más miembros	15.1	24.2
2. NUMERO MENORES EN LA FAMILIA		
— Un menor	10.9	18.9
— Dos o más menores	15.3	32.9
3. NIVEL DE URBANIZACION		
— Población dispersa y menos de 2500 habitantes	17.4	27.8
— De 2500 a 99.999 habitantes	10.7	8.7
— Más de 100.000 habitantes	11.5	13.5
4. NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE		
— Sin instrucción	20.8	33.2
— Con primaria	10.8	24.0
— Secundaria	9.8	12.7
— Universitaria	5.8	5.8
5. INGRESO FAMILIAR MENSUAL		
— Hasta 1 salario mínimo	16.2	28.1
— De 1.1 a 2.5 salarios mínimos	10.5	15.2
— De 3.6 a 4.5 salarios mínimos	8.1	11.0
— Más de 4.6 salarios mínimos	2.5	6.5
6. SANEAMIENTO BASICO		
— Con acueducto	9.6	15.4
— Sin acueducto	17.5	27.7
— Con servicio sanitario	9.8	14.7
— Sin servicio sanitario	18.3	30.3
— Con tratamiento de agua	11.2	19.6
— Sin tratamiento de agua	15.7	21.8
7. CON ACCESO A SERVICIOS SALUD		
— Cercano al acceso	15.9	26.6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Conocimiento, Actitudes y Práctica en salud, 1989.
 Ministerio de Salud - INS.

¹⁸ La información disponible corresponde a datos de los Estudios Nacionales de Salud de 1965-66 y 1977-80.

Los cambios ocurridos en los últimos años en el estilo de vida de la población han llevado a una vida más sedentaria, al aumento en el consumo de alcohol, al hábito de fumar y al incremento en la ingesta de alimentos fuentes de grasas y carbohidratos. Estos son, entre otros, los factores que más inciden en la presencia de la obesidad y de sus riesgos asociados.

La reducción del grado de pobreza de la población en los estratos más bajos y la continuidad de ciertas acciones de política en las últimas décadas parecen haber sido los factores que más contribuyeron al descenso de la desnutrición infantil. Ante tal descenso se impone profundizar ciertas políticas exitosas (como los Hogares de Bienestar Infantil), mejorando su capacidad de focalización en los grupos más pobres y/o más vulnerables (niños menores de 2 años y mujeres embarazadas).

B. Los recursos

El problema más grave de la salud pública en Colombia consiste en la deficiente y escasa cobertura de atención primaria de los grupos con menores recursos. Una tercera parte de los colombianos probablemente los más pobres, no tiene acceso a las instituciones de salud (véase ilustración). El 80% de las enfermedades podrían resolverse con acciones de promoción, prevención y atención básica directa o en centros ambulatorios cerca a las viviendas. Los recursos humanos, físicos y financieros se han concentrado excesivamente en la atención curativa en los niveles superiores, que resulta más costosa y con menores posibilidades de llegar a una cobertura más extensa.

1. Cobertura de servicios

Se observa en general una baja cobertura de servicios especialmente en el nivel primario agravada por la duplicidad en la oferta destinada a la atención de un mismo grupo de población.

En el país la cobertura de los servicios de salud de las entidades de la seguridad social solamente alcanzó en 1989, el 18% del total de la población y del 62% de los usuarios potenciales. El sector oficial sólo tiene una cobertura real de 39%. El 17% accede a seguros médicos privados ya otras formas alternativas de seguridad social (cooperativas, sociedades mutuales y fundaciones entre otras).

En 1989 el ISS es la institución de seguridad social que concentra la mayor población beneficiaria de ese sistema (13%), seguida de las Cajas de Compensación. Es preciso tener en cuenta que los beneficiarios de las cajas de compensación son, en la mayoría de los casos, también cubiertos por otras entidades del sector¹⁹.

Las **coberturas de los servicios de consulta externa médica** son en general muy bajas; en todos los grupos de edad solo alcanza al 30.2% de la población asignada al sector oficial. Las mayores coberturas se alcanzan en los

¹⁹ Del total de asegurados en el ISS, el 83% está cubierto por la modalidad denominada "Sistema Clásico", que cubre al afiliado, su esposa en maternidad y sus hijos menores de un año. El resto de los afiliados (17%), están bajo el sistema de medicina familiar que cubre a los hijos hasta los 18 años y, si dependen económicamente del afiliado, hasta los 21 años. Las Cajas de Compensación atienden a los hijos del trabajador también, hasta los 18 años.

menores de un año y en las obstétricas con promedios de 2 y 1.8 consultas/persona por año, alcanzando el 75% en promedio.

Tan reducida cobertura se manifiesta obviamente en enormes diferencias sociales y regionales. La seguridad social es apenas un privilegio para una sexta parte de la población, mientras para la gran mayoría, la seguridad social no existe aún para la atención más básica (véase ilustración). Tal sesgo ha inducido una asignación de recursos ineficiente e inequitativa.

A pesar que la cobertura de seguridad social se concentra en las grandes zonas urbanas, se ha logrado un progreso sustancial en la atención primaria en las zonas rurales²⁰. La capacidad de **cobertura de los servicios en el primer nivel de atención** se ha concentrado en esta zona. La atención es prestada por 6.400 promotoras, quienes alcanzan a cubrir el 60.2% de la población rural²¹.

En las zonas urbanas sólo hay 800 promotoras de salud, cuyas actividades se llevan a cabo en las instituciones de salud, a diferencia de las rurales que prestan servicios domiciliarios. En grandes ciudades como Cali, Medellín, Bucaramanga y Bogotá, se está trabajando con modelos de atención primaria urbana, con participación de la comunidad y coordinación intersectorial, que busca extender la cobertura de las acciones promocionales y preventivas.

Se han desarrollado diversos programas dirigidos a aumentar la **cobertura de los programas nutricionales**. En 1975 se creó el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición —PAN— como una estrategia integral y multisectorial con subsidios al consumo de alimentos mediante el programa de distribución de bonos de alimentos.

Después del PAN, el Ministerio de Salud puso en marcha en 1985 el Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo de la Infancia —SUPERVWIR— cuyo objetivo es reducir las principales causas de mortalidad infantil. Dentro del programa se incluyeron actividades de vacunación infantil y de educación nutricional. En la actualidad, los programas de nutrición y protección que desarrolla el ICBF se dirigen principalmente a los niños pobres entre 2 y 7 años, alcanzando coberturas cercanas al 70%.

A finales de 1987 se inició el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaria y Nutricional —SISVAN—, el cual tiene como objetivo recopilar, procesar y analizar la información que sobre nutrición y alimentación producen los diferentes sectores, a fin de disponer de información nutricional a nivel local, que permita tomar decisiones en forma oportuna sobre el tipo de intervención nutricional más adecuada y los grupos de población más vulnerables.

2. Recursos Humanos

²⁰ La estrategia de Atención Primaria de Salud, de la cual Colombia ha sido pionera junto con otros países en desarrollo, se convalidó en 1978, convirtiéndose en la estrategia de prestación de servicios de salud que la Organización Mundial de la Salud —OMS— y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF— han impulsado en el mundo. Por demás ya existen experiencias en las zonas cafeteras y en algunas áreas urbanas.

²¹ DNP, "Apertura a la Salud..." cuadro 18.

La disponibilidad de profesionales y técnicos de la salud ha crecido a enormes tasas en las últimas décadas, alcanzando coberturas (en personas/médico) que resultan aceptables en términos internacionales. Sin embargo, la ubicación del personal médico no corresponde a las necesidades regionales, generándose un déficit significativo en las áreas rurales y las pequeñas poblaciones. También se observa una discrepancia entre el perfil educacional de los profesionales de la salud y las necesidades de atención, requiriéndose mayor personal para la atención primaria.

Entre 1970 y 1988 la disponibilidad de profesionales y técnicos en salud ha crecido a una tasa promedio anual de 7.6% siendo más alta en las promotoras de salud (9.1%) y más baja en los médicos (6.6%) (Cuadro 13). En 1984 el país disponía de 8.1 médicos por cada 10.000 habitantes, proporción igual a la que tiene Chile y México dentro del grupo de países de ingreso medio-bajo y similar a la de Corea con un nivel de ingresos más alto. El personal de enfermería en su conjunto presenta una relación de 15.2 por 10.000 habitantes, superior a la de países como Brasil (8.3) y México (11.4) e inferior a Chile (27.0) (cuadro 14).

Al comparar estos indicadores con la TMI y el gasto per cápita en salud, se observa que los países con mejores índices de salud tienen la más baja densidad de médicos por 100.000 habitantes. Lo anterior suscita interesantes interrogantes sobre las estrategias de atención más eficaces en las que posiblemente ha predominado el trabajo con comunidades en materia de promoción y prevención de la salud, en lugar del manejo curativo e individual de la enfermedad.

Cuadro 13
Recurso humano del sector salud
(Tasa por 10.000 habitantes)

	1970		1975		1980		1985		1988		Var % 1988-70
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	
Médicos	9.299	4.4	11.491	4.9	16.600	6.2	23.500	8.2	29.353	9.7	6.6
Odontólogos	3.455	1.6	4.123	1.8	5.578	2.2	10.069	3.5	13.815	4.6	8.0
Enfermeras	1.844	0.9	2.759	1.2	3.890	1.5	6.500	2.3	7.690	2.5	8.3
Auxiliares de Enfermería	7.616	3.6	13.539	5.8	20.749	8.0	25.771	9.0	31.125	10.3	8.1
Promotoras de salud	1.507	0.7	3.293	1.4	4.149	1.6	5.310	1.9	7.200	2.4	9.1
Total	23.721		35.205		50.966		71.150		89.183		7.6

Fuente: Ministerio de Salud "Subsistema de Información en Salud" y Dirección de Recursos Humanos.

La ubicación del personal médico en el país no refleja la distribución de necesidades, regiones de menor desarrollo relativo carecen por lo general de asistencia. El 60.7% de los médicos empleados en el sector oficial se ubica en las ciudades capitales que en conjunto reúnen el 43.3% de la población²².

En atención ambulatoria se dispone de 0.3 enfermeras y 4.2 auxiliares por 10.000 habitantes, más baja que la norma de la Organización

²² DNP, "Apertura a la Salud...", cuadro 17.

Panamericana de la Salud que señala 1.2 enfermeras y 5.0 auxiliares por 10.000 habitantes respectivamente²³.

Del total de profesionales disponibles sólo se vinculan al sector oficial el 26.8% de los médicos, el 12.7% de los odontólogos y el 33.6% de las enfermeras.

3. Infraestructura física

El país no cuenta con un déficit global de camas hospitalarias y de instituciones de atención ambulatoria. Existen 4.000 centros y puestos de salud y 947 hospitales.

Cuadro 14
Tasas de médicos y enfermeras por
10.000 habitantes comparaciones internacionales
(1965-1984)

	Médicos		Tasa de Crecim.	Enfermeras		Tasa de Crecim.	Tasa Mortalid.	Gasto per cápita en salud
	1965	1984	1965-1984	1965	1984	1965-1984	Inf. 1988	
PAISES DE INGRESO MEDIO-BAJO								
Colombia	4.0	8.1	102.5	11.2	15.2	36	39	3.524
Ecuador	3.3	12.2	269.7	4.3	16.4	281	62	2.687
Chile	4.7	8.1	72.3	16.7	27.0	62	20	4.862
Brasil	4.0	9.3	132.5	3.2	8.3	159	61	4.307
Perú	6.1	9.3	52.5	11.1	—	—	86	3.129
Bolivia	3.0	6.5	116.7	2.5	4.0	60	108	1.380
Costa Rica	5.0	10.4	108.0	15.9	22.2	40	18	3.760
México	4.8	8.1	68.8	10.2	11.4	12	46	4.624
Tailandia	1.4	1.6	14.3	2.0	14.1	605	39	2.576
Egipto	4.3	13.0	202.3	4.9	12.8	161	83	1.357
PAISES DE INGRESO BAJO								
China	6.3	10.0	58.7	3.3	5.8	76	31	2.124
India	2.0	4.0	100.0	1.5	5.8	287	97	1.053
Sri Lanka	1.7	1.8	5.9	3.1	7.8	152	21	2.053
Haití	0.7	1.4	100.0	0.8	4.4	450	116	775
Pakistán	—	3.4	—	1.0	2.0	100	107	1.585
Etiopía	0.1	0.1	0.0	1.7	1.9	12	135	454
PAISES DE INGRESO MEDIO-ALTO								
Uruguay	11.4	19.2	68.4	16.9	—	—	23	5.063
Argentina	16.7	27.0	61.7	16.4	10.2	(38)	31	4.647
Venezuela	8.3	14.3	72.3	17.9	—	—	35	4.306
Korea	3.7	8.6	132.4	3.4	17.2	406	24	4.832
PAISES DE INGRESO ALTO								
España	12.5	31.3	150.4	8.2	38.5	370	9	8.989
Australia	13.9	22.7	63.3	66.7	90.9	36	9	11.872
Italia	5.4	43.5	705.6	12.7	—	—	10	10.682
Estados Unidos	14.9	21.3	43.0	32.3	142.9	342	10	17.615

Fuente: Banco Mundial. "World Development Report 1990".

²³ La Salud en Colombia. *Estudio Sectorial*. Tomo II, Ministerio de Salud, DNP, 1990.

Estos últimos tienen 45.800 camas, 67% de ellas en el sector público. La mayor disponibilidad de camas no ha representado, sin embargo una alta utilización de las mismas. La ocupación promedio es de 57%²³²⁴.

Las entidades del sector oficial son 680 que representan el 70.4% del total, con 29.500 camas (67% del total) y una ocupación promedio de 56.2%. Cabe resaltar los altos índices de ocupación en los hospitales especializados (71.8%) y universitarios (74.9%), en contraste con los bajos índices observados en el nivel local (41.6%)²⁵. Por su parte el ISS cuenta con 36 instituciones hospitalarias propias, con una capacidad de 4.512 camas (10% del total). El porcentaje de ocupación promedio de estas instituciones es de 73% y un promedio de días de estancia de 4.8, inferior al observado en las entidades adscritas al Ministerio de Salud.

Por sección territorial, las instituciones del sector oficial que muestran mayor grado de subutilización en los hospitales locales son los de Tolima, Huila, Santander, Cesar, Chocó, Cauca, Magdalena, Meta y Caquetá, que no superan el 30% de ocupación.

En realidad, hoy se presenta una utilización desequilibrada de la infraestructura física: ella es mayor para las instalaciones más sofisticadas y costosas, mientras que muchas de las instalaciones más básicas permanecen subutilizadas. Es corriente que los hospitales especializados atiendan casos cuya complejidad podría ser resuelta en el nivel de atención local o básica (ver ilustración).

Las insuficiencias de infraestructura no se derivan entonces de la inexistencia de instalaciones. Se deben más bien a sesgos en sus modalidades de uso y a un pobre cuidado por el mantenimiento de las inversiones.

4. Medicamentos

En esta área los problemas se originan en una estructura oligopolística, protegida por el Estado; limitaciones en la programación y adquisición, y defectos en la prescripción.

El mercado de medicamentos se encuentra caracterizado por la proliferación de productos en el mercado (4.500), muchos de los cuales son repeticiones costosas de los ya existentes, o son combinaciones que no reportan mayor beneficio – costo. Un análisis efectuado por el Ministerio de Salud sobre las ventas de 8 productos esenciales comparados con su demanda potencial, estimada con base en las estadísticas de enfermedad y muerte, mostró que uno de ellos no existía en el mercado, en contraste con otros cuyas ventas son superiores al consumo esperado²⁶.

La dispersión de medicamentos en el mercado y las estrategias comerciales que condicionan el uso de determinados productos, han generado distorsiones en el mercado farmacéutico y han conducido al uso inadecuado de medicamentos.

²⁴ DNP, "Apertura a la Salud...", cuadro 18.

²⁵ DNP, "Apertura a la Salud...", cuadro 19.

²⁶ La reserpina (antihipertensivo) se dejó de producir. Para otros productos como la furosemida (diurético) y el sulfato ferroso (antianémico), las ventas superan el consumo esperado en 8.5% y 793%, respectivamente.

De otra parte, los sistemas de control de calidad de productos se encuentran muy poco desarrollados, casi restringidos a la verificación de documentos, mientras existen evidencias de productos de grave riesgo, siendo necesario establecer un sistema de seguimiento y vigilancia para determinar los efectos secundarios que puedan ocasionar.

La industria farmacéutica en el país se caracteriza por la presencia de subsidiarias de multinacionales, la importación de la mayoría de las materias primas (98% de 1.200 principios activos), el procesamiento de casi todos los productos²⁷ y una alta concentración en el mercado.

En el país se encuentran establecidas 300 industrias farmacéuticas, de las cuales 200 son fabricantes de productos terminados y 5 fabricantes de materias primas. Otras solicitan la fabricación mediante contratos con las que poseen planta de producción y algunas firmas tienen la representación comercial. Veinte empresas son importadoras de productos terminados.

De las industrias establecidas en el país, el 15% corresponde a multinacionales que cubren el 88% del mercado y el 85% a nacionales con una cobertura del 12%. De acuerdo con los datos de ventas para 1990²⁸, 30 laboratorios cubren el 95% del mercado, de los cuales 24 son multinacionales.

Es característica de las empresas multinacionales el activo comercio intra-firma²⁹. Este representó para Colombia, en 1976, el 22.3% de las importaciones privadas y el 70% de las importaciones efectuadas por las multinacionales, participación que alcanzó niveles del 90% y más en las empresas farmacéuticas³⁰. Los laboratorios nacionales se surten por lo general en el mercado libre, de países como Italia, España, China y Corea.

De otra parte, diversos estudios realizados señalan las prácticas de sobrefacturación que hacen las empresas multinacionales, entre ellas las de la industria farmacéutica. Los controles sobre ésta práctica han tenido dificultades por cuanto la mayoría de los productos que se transan en el comercio intra-firma no son estandarizados, razón por la cual no existen precios internacionales definidos³¹.

“Las empresas multinacionales establecidas en el país para elaborar productos farmacéuticos, gozan de altos niveles de protección, basados en mecanismos para-arancelarios. En la práctica, la protección efectiva es casi infinita; los permisos del Ministerio de Salud solo se otorgan a los productores y el INCOMEX, históricamente, sólo permite la importación de productos terminados no producidos en el país. Esto, unido a las bajas tarifas arancelarias³², ha dado lugar a que casi la totalidad de las empresas multinacionales del ramo están presentes en el país directamente, o a través de concesiones o de licencias a laboratorios nacionales o extranjeros”³³.

²⁷ Ingresan al país como productos terminados o como material a granel para empacar, alrededor de 250 productos, que no superan el 4% del total del mercado.

²⁸ Tomado de Informatic Marketing Service. I.M.S. 1990.

²⁹ Transacciones comerciales entre una casa matriz y sus filiales o entre las filiales localizadas en diferentes países.

³⁰ Gabriel Misas, *Empresas Multinacionales y Pacto Andino*, Oveja Negra, Bogotá, 1982

³¹ Gabriel Misas, *Empresas...* Op. Cit.

³² Las tarifas arancelarias para la importación de los insumos y productos farmacéuticos están, en su mayoría en 2% y 5%; para los que tienen producción nacional son del 20%.

³³ Universidad Nacional, *Estudio de Precios y Costos de los Medicamentos en Colombia*, Tomo 1, pág. 96, 1988.

Del total de las ventas de medicamentos, el 6% aproximadamente, está constituido por genéricos³⁴. La promoción sobre el uso de estos productos ha sido una de las estrategias adoptadas por la mayoría de países para racionalizar el uso de los medicamentos y para disminuir los precios frente a los productos de marca registrados. Sin embargo, un análisis efectuado por el Ministerio de Salud, sobre los precios de los genéricos incluidos entre los 200 productos de mayor venta en el país, mostró que algunos de los medicamentos genéricos son más costosos que los de marca comercial, otros en los que las diferencias de precios no son significativas y casos en los que los genéricos son más económicos³⁵.

Algunas razones sobre este comportamiento obedecen a la política de nivelación de precios que existió, por la cual los fabricantes nacionales que adquirirían materia prima a precios más bajos, podían solicitar precios iguales a los de la competencia. De otra parte, algunos genéricos son medicamentos desarrollados por una casa productora, que en términos de mercado, equivale a la propiedad del nombre comercial y se comercializan a precios más altos.

La fijación de precios de los medicamentos la efectuó el Ministerio de Salud hasta diciembre de 1988. No obstante, entre 1984 y 1988 el Ministerio aplicó incrementos promedio del 25%, ocasionando que los productos con precios base más bajos quedaran rezagados. Esto condujo a la salida de algunos productos del mercado (críticos)³⁶ a cambios en las presentaciones comerciales para presentarlos como nuevos y a la sustitución de productos para obtener precios base más altos³⁷.

A partir de 1989 corresponde al Ministerio de Desarrollo la fijación de los precios de los medicamentos, para lo cual se ha adoptado una metodología con base en un estudio realizado para la Universidad Nacional. En ese año se adopta un sistema de control directo a aquellos medicamentos con 4 o menos fabricantes. Los otros productos se encuentran bajo el régimen de libertad regulada o vigilada; para los primeros se ha fijado un incremento ponderado del 22% para 1991 y para los otros el incremento lo fija el productor y le informa al Ministerio de Desarrollo con 10 días de anticipación a la fecha del aumento³⁸.

El incremento en los precios de los medicamentos constituye el factor de mayor incidencia en el aumento de la participación de salud en el costo de la

³⁴ Medicamento genérico: producto que se identifica bajo una denominación no comercial, comúnmente aceptada.

³⁵ Para la ampicilina, el trimetoprim sulfametoxazol, la cefalexina y el metronidazol se registraron precios de marca comercial, inferiores a los genéricos. Ministerio de Salud, "El Mercado de Genéricos en Colombia", 1991.

³⁶ Medicamento crítico: producto que ha salido del mercado y que se considera indispensable para la vida del paciente.

³⁷ La insulina bovina tenía un precio de \$470.00 en 1987. En 1989 se registró este producto con pequeñas variaciones como insulina cromatográfica purificada, dejándose de producir la anterior, con un valor de \$3.800.00. Ahora, este producto va a ser reemplazado por la insulina humana producida por biotecnología, con un valor de \$1 1.000.00.

³⁸ Un análisis efectuado por el Ministerio de Desarrollo, sobre los precios de los medicamentos, entre 1989 y agosto de 1990, mostró fuertes incrementos de precios. Un 57% del total de productos incluidos en el régimen de libertad regulada y vigilada, se incrementaron en un 30% o menos; un 27% aumentaron entre el 30% y el 50%; un 11% entre el 50 y 100%; un 3% entre el 100 y 200% y un 1% en más del 200%.

canasta familiar³⁹. Es importante anotar que este grupo de medicamentos, de más alta automedicación (vitaminas, antigripales, antibióticos, analgésicos, antiácidos, etc.), representan los de mayor peso en el gasto de las familias.

La escasa disponibilidad de medicamentos esenciales⁴⁰, especialmente en las instituciones del primer nivel que carecen de un suministro adecuado y suficiente, limita el impacto de la atención médica sobre la enfermedad. Una investigación efectuada por el Ministerio⁴¹ reportó que el 84% de estas instituciones presentan insuficiencia grande o ausencia total de estos medicamentos. De otra parte, la falta de programación y la compra excesiva de medicamentos no esenciales ha agravado el abastecimiento de los medicamentos en las instituciones de salud.

La falta de una información objetiva y completa a los médicos y la insuficiente formación en farmacología de pregrado ha dado lugar a la prescripción inadecuada o inútil de medicamentos, como los antibióticos⁴². De otra parte, es frecuente que la población se automedique o acuda a la prescripción del vendedor de farmacia o de sus auxiliares, que carecen de formación y entrenamiento adecuado. Estas prácticas pueden generar situaciones de riesgo, por insuficiente información, cuando se trata de medicamentos que deben usarse con recomendación médica o que su uso excesivo produce efectos negativos.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud, el gasto en medicamentos para 1980 como participación del gasto total en salud fue en promedio del 46%, con variaciones importantes según el nivel de ingreso, 64% para los más bajos y 26% para los más altos.

5. Investigación y desarrollo tecnológico.

En Colombia no existe una política que promueva el desarrollo de la investigación en salud. A nivel intersectorial Colciencias, con la colaboración del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y algunas universidades y centros de investigación, ha realizado un esfuerzo de concertación sin resultados positivos.

En los últimos 20 años las ciencias biomédicas han tenido un notable desarrollo basado en nuevas técnicas investigativas⁴³. No obstante, el país poco se ha beneficiado de los avances científicos y tecnológicos. Los hospitales públicos se encuentran marginados de la actividad científica y presentan un atraso considerable frente al desarrollo tecnológico alcanzado por el sector privado, en detrimento de la atención médica de la salud.

La investigación en salud que se realiza en el país es escasa⁴⁴, con resultados que en muchos casos no generan respuestas a problemas del

³⁹ DNP, "Apertura a la Salud...", cuadro 20.

⁴⁰ Medicamento esencial: producto de comprobada eficacia, cuyas condiciones de seguridad e inocuidad ofrecen el mejor balance riesgo- beneficio. Es utilizado para combatir las enfermedades más frecuentes en la población.

⁴¹ Ministerio de Salud/OPS. El suministro de medicamentos esenciales en el Sistema Nacional de Salud. Colombia, 1988.

⁴² Estudios efectuados por la Universidad Nacional demostraron frecuencias de más del 50% de prescripción inadecuada de antibióticos.

⁴³ Cáncer, SIDA, hepatitis, biología celular y molecular entre otras.

⁴⁴ En el contexto latinoamericano, Colombia presenta indicadores por debajo del promedio del número de proyectos y de investigadores por 100.000 habitantes. Los promedios mencionados, a nivel

sector. Predominan las investigaciones descriptivas, a veces repetitivas, orientadas hacia la identificación de indicadores de mortalidad y morbilidad que concentran el 64% de los esfuerzos de investigación en salud. Hay poco desarrollo de investigaciones analíticas que aporten un conocimiento sobre las causas de los problemas y sus posibles soluciones y existe escasa realización de investigaciones básicas, tendientes a generar conocimientos de alto nivel. En 1978, el 82% de los recursos se destinaron a investigación aplicada y 18% a investigación básica.

De otra parte, el uso de los resultados de la investigación en salud es limitado. Muchas investigaciones se generan independientemente de las políticas, planes y programas prioritarios del sector, por iniciativa de los investigadores.

En la formación académica, las deficiencias en la enseñanza de metodologías de evaluación, han conducido a fallas en los diseños de los proyectos con resultados poco válidos y confiables. Es notoria también la deficiencia en infraestructura para la producción de investigaciones especializadas a nivel de laboratorios, de equipos modernos y bibliografía actualizada a nivel de investigación científica. Existen además, pocos incentivos para la dedicación de tiempo completo a la investigación⁴⁵.

En el aspecto institucional, la Dirección de Investigaciones del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, son los organismos oficiales encargados de la planificación y ejecución de las investigaciones en el sector. Sin embargo, la falta de claridad en estas dos entidades sobre quién establece los lineamientos, con la consiguiente desarticulación en las actividades dirigidas a promover la investigación y el desarrollo tecnológico ha dado lugar a la ausencia de planes y programas en esta área.

C. Las instituciones

1. Aspectos generales

La deficiencia en la administración constituye el área más crítica del sector, repercutiendo en bajas coberturas, calidad precaria de los servicios y altos costos de operación. El exceso de centralismo, la incapacidad ejecutora del Ministerio y la falta de compromiso de los municipios y departamentos con los problemas de salud, son las causas de la crisis. En tanto las limitaciones institucionales son mayores para las entidades públicas que para las privadas y de seguridad social, la organización institucional ha contribuido a ahondar la inequidad del acceso de los colombianos a la salud (ver ilustración).

La planificación sectorial es muy deficiente tanto en el Ministerio como en los Servicios Seccionales. La debilidad de la planeación se origina en la inexistencia de sistemas de información, administrativo, financiero y de

internacional son de 1.91 y 2.6 respectivamente, frente a 1.14 y 0.9 a nivel nacional. Así mismo, los indicadores del país son inferiores a los de países como Chile, Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Perú.

⁴⁵ Según datos del Estudio Sectorial de Salud, 1366 personas se dedicaban a la investigación en salud en 1982, de las cuales 58 eran investigadores de tiempo completo y 1308 de dedicación parcial o de medio tiempo.

servicios suficientemente desarrollados, que permitan hacer un buen seguimiento y evaluación de las acciones que lleva a cabo el sector.

Hay problemas de **dirección** y de gestión. Las decisiones del nivel central son tardías y cuando se toman no fluyen suficientemente. Existe una marcada tendencia a centralizar la toma de decisiones en los niveles de poder nacional y seccional, aún para resolver problemas de orden puramente local. No hay manuales de funciones y procedimientos administrativos que racionalicen el proceso de gestión en áreas cruciales de operación como los suministros, el mantenimiento, la información, las finanzas, las comunicaciones y el transporte, en todos los niveles de organización del sistema.

El control administrativo se efectúa medianamente sobre los resultados, y no sobre el proceso, lo que no permite identificar los problemas críticos de operación y hacer los ajustes puntuales con oportunidad.

La coordinación entre las entidades sectoriales (con el ISS, las Cajas, el ICBF, etc.) y con otros sectores del desarrollo social, es muy deficiente. Las acciones de salud, planteadas desde un enfoque esencialmente asistencial, no se prestan dentro del paquete de servicios sociales que el Estado ofrece a la comunidad, ya que el sector está aislado del conjunto institucional y no existen mecanismos expeditos para asegurar la planeación social integrada.

La **administración hospitalaria**, además enfrenta problemas de indefinición de la naturaleza jurídica de los hospitales y la existencia de diversos regímenes de vinculación laboral, en el mismo hospital, que da lugar a conflictos prestacionales.

La Previsora, en su estudio sobre los hospitales en 1988⁴⁶, indica que sólo un 12% de estos aportaron documentación necesaria para aclarar su naturaleza jurídica. El mayor desconocimiento se encontró en los hospitales locales. Una tercera parte de ellos, no proporcionó ninguna información.

Hay un alto porcentaje de personal vinculado a la planta de los hospitales públicos, con una gran diversidad de patronos al interior de cada uno de ellos: la nación, el departamento, el municipio, las beneficencias y entidades sin ánimo de lucro⁴⁷.

No existe una política y una estrategia consistente para desarrollar el mantenimiento de los hospitales. No se ha des centralizado la organización de talleres y la capacitación de personal. Otros problemas en esta área son: multiplicidad de marcas de los equipos, falta de repuestos en el mercado, grandes volúmenes de inventarios de equipos inservibles, poco personal capacitado. En promedio el 52% de los equipos no recibe mantenimiento preventivo. Esta cifra es del 31% para el nivel universitario, 40% para el regional y 57% para el local⁴⁸.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también adolece de alto grado de centralismo y excesivo número de funciones.

2. Descentralización

⁴⁶ La Previsora SA. El Problema de los Hospitales, Bogotá, septiembre de 1988.

⁴⁷ Pontificia Universidad Javeriana, FEI, Programa de Administración de Servicios de Salud, Estudio Nacional de Hospitales, Bogotá, agosto 25, 1986.

⁴⁸ Idib, pág. 30.

La Ley 10 de 1990, en forma coherente con el proceso de descentralización que inició el país en 1986, es un avance innegable en la reforma del sector. Consagra la departamentalización y municipalización de los servicios de salud, entregándoles también la ejecución de las campañas directas para el control de enfermedades tropicales. Esta ley, hasta ahora con escasa aplicación, permitirá el desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud y la modernización orgánica y administrativa del sector. Sin embargo, son necesarias reformas adicionales para una completa descentralización de la salud en Colombia.

3. Aspectos financieros

El gasto en salud como proporción del PIB ha tenido una tendencia a disminuir por cuanto pasó de 6.8% en 1986 a 6.1% en 1990, cifras que se sitúan por debajo de la participación observada en el período 1981-1985 (7.4%). En esta participación se destaca la contribución que realizaron los hogares en gastos de medicamentos, consultas, exámenes de laboratorio, equipos terapéuticos y atención hospitalaria, que fue en pro medio del 57% y 48% . Agregando los sectores de aguas y el ICBF, la participación para los mismos años muestra la misma tendencia, de 8.0% pasa a 6.8% (cuadro 15).

No obstante la importante participación del sector en el PIB, se presenta una inequitativa distribución en los servicios que recibe la población en función del subsector a la cual está asignado; es así como en el sector oficial el gasto disponible por persona asignada en 1989 fue de \$6.996 frente a \$25.671 en la seguridad social (cuadro 16).

El sector oficial directo, para su financiamiento, recibe aportes nacionales, especialmente el situado fiscal, aportes seccionales, rentas cedidas (licores, loterías, cervezas, registro y anotación), aportes departamentales y municipales y recursos por venta de servicios. El conjunto de estas fuentes, en pesos de 1980, pasaron de \$6.788 millones en 1985 a \$8.812 millones en 1990, presentando una tasa de crecimiento real promedio anual del 5.3%, cifra superior al aumento de 3.0% del período 1980-1985 (cuadro 17).

Cuadro 15
Gasto en salud 1973-1990
(Miles de millones de pesos corrientes)

Año	PIB (A)	Gasto 1/ Instituc. (B)	Gasto Inst. Ajustado 2/ (C)	Gasto de los Hogares 3/ (D)	Gasto Total E=D+C	Otros Sectores 4/ (F)	Gasto Total G=E+F	Participación en PIB (%)					
								B/A	C/A	D/A	E/A	F/A	G/A
1973	243.2	7.8	7.8	8.8	16.6	3.9	20.5	3.2	3.2	3.6	6.8	1.6	8.4
1974	322.4	10.4	9.4	11.4	20.8	5.0	25.8	3.2	2.9	3.5	6.5	1.5	8.0
1975	405.1	11.7	10.8	13.6	24.4	5.5	29.9	2.9	2.7	3.4	6.0	1.3	7.4
1976	532.3	14.5	13.4	19.1	32.5	6.2	38.7	2.7	2.5	3.6	6.1	1.2	7.3
1977	716.0	18.9	17.5	24.4	41.9	8.2	50.1	2.6	2.4	3.4	5.9	1.1	7.0
1978	909.5	22.2	25.0	35.2	61.2	10.1	71.3	3.1	2.9	3.9	6.7	1.1	7.8
1979	1.188.8	40.1	37.0	47.6	84.6	13.8	98.4	3.4	3.1	4.0	7.1	1.2	8.3
1980	1.579.1	54.7	51.8	60.9	112.7	21.2	133.9	3.5	3.3	3.9	7.1	1.3	8.5
1981	1.982.8	75.7	70.1	85.2	155.3	23.4	178.7	3.8	3.5	4.3	7.8	1.2	9.0
1982	2.497.3	84.4	77.5	105.9	183.5	26.2	209.7	3.4	3.1	4.2	7.3	1.1	8.4
1983	3.054.1	118.4	110.1	131.9	242.0	32.4	274.4	3.9	3.6	4.3	7.9	1.1	9.0
1984	3.856.6	132.6	120.1	163.9	284.0	52.7	336.7	3.4	3.1	4.2	7.4	1.4	8.7
1985	4.965.9	155.5	144.6	203.7	348.3	62.8	411.1	3.1	2.9	4.1	7.0	1.3	8.3
1986	6.787.9	199.8	182.8	280.2	463.0	77.8	540.8	2.9	2.7	4.1	6.8	1.1	8.0
1987	8.824.4	243.1	226.1	376.7	602.8	72.0	674.8	2.8	2.6	4.3	6.8	0.8	7.6
1988	11.731.3	281.2	256.8	473.9 5/	730.7	135.5	866.2	2.4	2.2	4.0	6.2	1.2	7.4
1989	15.310.6	389.0	350.9	618.0 6/	968.9	90.1	1.059.0	2.5	2.3	4.0	6.3	0.6	6.9
1990	20.522.0	505.2	454.6	806.0 6/	1.260.6	125.5	1.386.1	2.5	2.2	3.9	6.1	0.6	6.8

1/ Incluye: Sector oficial (Ministerio de Salud, Servicios Seccionales, hospitales, Instituto Nal. de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Fondo Nacional Hospitalario y escuelas de enfermería), Seguridad Social (Instituto de Seguros Sociales, Cajas Departamentales y Municipales de Previsión) y sector privado (Clínicas y Cruz Roja).

2/ Ajustado por doble contabilización de la venta de servicios en el valor del Gasto de los Hogares. Se toma los mismos porcentajes determinados por el "Estudio Sectorial de Salud-1990" para la venta de servicios (1986-1990).

3/ Incluye medicamentos, consulta médica y odontológica, exámenes de laboratorio, aparatos y equipos terapéuticos y atención hospitalaria.

4/ Insfopal, empresas públicas e ICBF.

5/ Preliminar.

6/ Proyectado DISAL-DNP.

Fuentes: 1) Minsalud-DNP "La Salud en Colombia".

2) Minsalud, "Análisis Financiero del Sector Salud 1973 a 1989".

3) DANE "Cuentas Nacionales, 1988".

4) DNP-UPG y UDS. Cálculos y proyecciones.

Cuadro 16
Gasto promedio Per-capita en atención
a las personas por sectores, entre 1975 y 1989
(Pesos corrientes)

Años	Oficial				Variación anual %			
	Total	Directo	Seg. Social	Privado	Total	Directo	Seg. Social	Privado
1975	360	156	1.099	1.145				
1976	449	205	1.355	1.323	24.7	31.4	23.3	15.5
1977	582	245	1.791	1.904	29.6	19.5	32.2	43.9
1978	848	328	2.854	2.465	45.7	33.9	59.4	29.5
1979	1.173	446	4.063	3.197	38.3	36.0	42.4	29.7
1980	1.562	577	5.851	3.189	33.2	29.4	44.0	-0.3
1981	2.115	787	7.179	6.448	35.4	36.4	22.7	102.2
1982	2.428	939	8.110	7.258	14.8	19.3	13.0	12.6
1983	3.154	1.296	10.631	n.d.	29.9	38.0	31.1	
1984	4.003	1.779	13.987	n.d.	26.9	37.3	31.6	
1985	5.628	2.112	17.400	n.d.	40.6	18.7	24.4	
1986	5.739	3.664	22.570	n.d.	2.0	73.5	29.7	
1987	7.343	2.404	21.153	n.d.	27.9	-34.4	-6.3	
1988	8.104	5.192	19.280	n.d.	10.4	116.0	-8.9	
1989	11.302	6.996	25.671	n.d.	39.5	34.7	33.1	

* Gasto Promedio Per-capita: Gasto por individuo, en cada sector, con base en la población que le corresponde atender dentro del Sistema de salud. No se dispone de información sobre cobertura efectiva por sectores.

Atención a las personas: No incluye el gasto de infraestructura.

n.d.: Información no disponible.

Fuente: Ministerio de Salud. "Análisis Financiero del Sector Salud". 1989.

Los recursos nacionales tuvieron un crecimiento real promedio anual de 1.6% entre 1980-1985, pero en el período 1985-1990 el promedio de crecimiento real se elevó al 5.9%. En contraste, los ingresos de origen regional mantuvieron una tasa real promedio de 4.8% en ambos períodos. Cabe destacar la caída en términos reales de los ingresos por beneficencia y lotería atribuible en parte a los excesivos gastos de administración y publicidad (realizada a través de la financiación de equipos deportivos y reinados de belleza) que reducen las utilidades que se transfieren al sector salud.

Cuadro 17
Sector oficial de salud
financiación del gasto
(Millones de pesos constantes)

Fuentes	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
1. Aportes Nacionales	3.619	4.649	3.949	4.123	3.782	3.916	3.865	4.407	4.410	5.374	5.226
Funcionamiento	2.524	2.981	2.948	3.202	3.178	3.030	2.975	3.388	3.626	4.057	3.918
— Situado fiscal	1.322	1.842	1.962	2.063	2.065	2.276	2.029	2.754	2.869	3.163	3.157
— Otros	1.202	1.139	986	1.139	1.113	755	946	634	757	894	760
Inversión	1.095	1.668	1.001	921	694	885	890	1.019	784	1.317	1.308
R. Ordinarios	908	830	846	804	515	387	434	438	698	938	892
Crédito externo	186	838	154	117	179	499	456	580	87	379	416
2. Rentas Seccionales	2.235	2.419	2.491	2.782	2.850	2.823	2.943	3.050	3.519	3.375	3.563
2.1 Impuestos	1.231	1.299	1.360	1.624	1.559	1.473	1.555	1.737	2.046	1.980	2.220
Licores	292	355	321	318	304	247	395	540	760	829	956
Cerveza	323	383	432	459	421	418	432	476	515	466	561
Beneficencia y loterías	615	504	518	549	450	430	431	410	424	362	382
Apuestas permanentes	—	—	—	104	131	113	94	107	116	114	113
Registro y anotación	1	57	88	195	252	264	205	204	230	209	208
2.2 Depto., municipio y otros	141	114	118	111	96	101	59	55	131	174	167
Departamento	117	114	118	111	95	74	52	49	50	70	67
nd.	nd.	nd.	nd.	11	1	8	1	2	75	99	95
Otros	25	nd.	nd.	nd.	nd.	20	6	4	7	5	5
2.3 Venta de servicios	863	1.007	1.013	1.047	1.195	1.249	1.329	1.258	1.342	1.221	1.176
3. Rentas propias entidades	15	43	37	34	42	49	45	23	31	29	23
4. Total Salud	5.869	7.111	6.477	6.939	6.764	6.788	6.854	7.479	7.961	8.777	8.812

Deflactor: Índice de precios implícitos en el PIB.

Fuente: DNP-DISAL. Cálculos con base en el Cuadro No. 23. Documento CONPES 2531 "Apertura a la Salud" - Anexo estadístico.

La composición de las fuentes de financiación en 1990 muestra que los aportes nacionales representan el 59.3%, las rentas cedidas el 25.2%, los aportes departamentales y municipales el 1.9% y la venta de servicios el 13.6%. Estas cifras comparadas con las de 1980 permiten concluir que a mayor esfuerzo financiero del nivel central, los gobiernos seccionales reducen sus aportes a pesar de la responsabilidad compartida en el financiamiento de la salud y al robustecimiento de los fiscos departamentales y municipales.

La diversidad de fuentes y, por tanto, de entidades recaudadoras, ha dificultado la eficiente administración de recursos. La falta de claridad en el monto real de los ingresos de cada una de estas fuentes y la demora en los giros, especial mente de las rentas de origen seccional, inciden negativa mente en la planeación financiera general y conllevan a la apertura de rubros de gasto sin el efectivo respaldo presupuestal.

Por otra parte, la distribución y asignación de estos recursos se hace sobre la base de presupuestos que incluyen el pago de primas extralegales⁴⁹ por encima de los porcentajes establecidos en el nivel central y financian la ineficiencia originada en los bajos porcentajes de ocupación y en la mala gestión de las entidades prestadoras de los servicios.

La Ley 10 de 1990 fortaleció los recursos del sector con las modificaciones en la transferencia del situado fiscal al nivel local (obviando el nivel departamental); la claridad en la base de liquidación y recaudo seccional de las rentas cedidas, y la creación de ECOSALUD para la explotación de los nuevos juegos de azar, cuyos recursos fortalecerán la atención primaria y el pago del pasivo prestacional.

Con base en el estudio de factibilidad realizado por ECO- SALUD para la implantación de dos modalidades de juegos, con una alternativa de ventas del 50%, se estiman recursos adicionales para el sector de \$18.600 millones durante 1991, \$48.000 millones en 1992, \$54.500 en 1993 y \$60.800 en 1994.

De otra parte, como instrumentos para el reordena miento financiero se crea la Junta de Tarifas de Salud para mejorar la capacidad de negociación en la venta de servicios entre entidades y recuperación de cuotas por servicios prestados a los usuarios, según capacidad socioeconómica.

La Ley 10/90, establece que el pasivo prestacional de las entidades, dependencias y programas nacionales que pasan a ser responsabilidad departamental o municipal, quedará a cargo de la Nación y se buscará sanearlo con la reorientación de los recursos del situado fiscal y con el 10% de las utilidades generadas en 5 años por la empresa encargada del monopolio de los nuevos juegos de azar (ECOSALUD).

Según un estudio actuarial, realizado por la Fundación La Previsora el pasivo prestacional a 31 de diciembre de 1990 se proyecta en \$59.813 millones. Aunque esta carga prestacional no es exigible de manera inmediata, deben constituirse los fondos prestacionales para programar los pagos a fin de

⁴⁹ En un estudio realizado en 1987 por el Departamento Nacional de Planeación y los Ministerios de Salud y Hacienda, se encontró que cerca del 10% (\$4.000 millones) del gasto en servicios personales, correspondían a prestaciones sociales y remuneraciones extralegales como "prima de vida cara", de "nacimiento", de "matrimonio", de "clima", de "anteojos", de "mausoleo", de "prótesis dental", etc.

que la entidad receptora del personal pueda contar con los recursos al momento de atender el pasivo.

El **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar** se financia en más del 90% con el recaudo del 3% sobre la nómina de salarios de entidades públicas y privadas. Otras fuentes son la transferencia del 12% sobre el valor de la sal vendida por Concesión Salinas, la venta de bienestarina y la liquidación de bienes vacantes y mostrencos⁵⁰.

En general se observan, al igual que en las otras instituciones cuyos recursos provienen del impuesto sobre la nómina, bajos niveles de recaudo del 3%, subregistro de aportantes con respecto a otras entidades, insuficientes medidas de control a la evasión. Se requiere por tanto, el estudio de posibles nuevas fuentes de ingresos y el diseño de instrumentos que permitan mejorar los niveles de recaudo de las existentes⁵¹.

Conclusiones diagnósticas

En términos generales los principales problemas del sector son:

— Persistencia de patologías susceptibles de controlar con acciones de atención primaria que continúan afectando a los grupos más vulnerables de la población, como resultado de las deficiencias en la promoción de salud y prevención de la enfermedad. Cabe destacar el aumento de las enfermedades degenerativas entre la población madura y el incremento de los problemas derivados de la violencia y la urbanización.

— Baja cobertura de servicios, especialmente en el nivel primario. Los servicios siguen orientándose a la atención curativa concentrada en la infraestructura hospitalaria, donde se asume una actitud remedial frente al proceso de la enfermedad, con desmedro de actividades de prevención y promoción que buscan mantener sana la población.

— El estado de salud de la población se relaciona con los demás componentes del desarrollo social. La multicausalidad de los problemas de salud de la población deben impulsar al sector a tomar iniciativas de coordinación intersectorial que conduzcan a la armonización de las intervenciones de los diferentes sectores del desarrollo social, cuyo resultado debe traducirse en mejoramiento de la calidad de vida y, por ende, en menores riesgos para la salud.

— El suministro domiciliario de agua potable continúa siendo deficiente en la medida en que el crecimiento de la población urbana es más rápido que la capacidad de res puesta de las empresas de servicios públicos. En la zona rural la cobertura de servicios medioambientales sigue siendo precaria.

— La falta de suministro oportuno y adecuado de medicamentos e insumos básicos, especialmente en el primer nivel de atención, ha generado problemas de subutilización en los puestos, centros de salud y hospitales locales, con la consecuente congestión en los hospitales regionales y

⁵⁰ DNP, "Apertura a la Salud...", cuadro 25.

⁵¹ Para calcular el nivel de eficiencia en el recaudo, se utilizaron dos métodos. El primer cálculo de estos aportes, se realizó con base en la estructura de la población ocupada urbana y el ingreso laboral y el segundo con base en un cálculo proporcional del aporte del 3% para distintas entidades que reciben aporte patronal. Ver cuadros 26 a 27 del documento CONPES "Apertura a la Salud...".

universitarios donde la atención es más costosa. Así mismo, el alto costo de los medicamentos afecta severamente a la cuarta parte de la población que, por sus condiciones socioeconómicas, no tiene capacidad para acceder a ellos.

— Falta de complementariedad entre las instituciones públicas y las de seguridad social que prestan servicios de salud, lo cual genera multiplicidad en la oferta orientada a la atención de un grupo de la población, inequidad en el gasto para atención médica e ineficiencia de las entidades y en la asignación de los recursos del sector.

— Las entidades del sector público presentan problemas crónicos de gestión que se traducen en deficiente utilización de los recursos, falta de coordinación interna, déficit presupuestal, ausencia de proyectos y programaciones por vigencias y falta de seguimiento y evaluación oportunas para el reajuste operacional.

— Dificultades en el recaudo de los recursos cedidos por la nación y deficiente capacidad de negociación con los entes territoriales para comprometer recursos regionales con des tino al sector.

— Insuficiente participación de la comunidad en la gestión y control de los servicios, sumada a actitudes refractarias y de poca habilidad para este proceso por parte del personal de salud.

II. OBJETIVOS DE POLITICA NUTRICION Y SALUD

El objetivo fundamental de la política del sector es elevar el nivel de salud de la población de menores recursos económicos mediante acciones que privilegien la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad; estas acciones se dirigen a crear una cultura de la salud y a favorecer un proceso participativo que conduzca a mejorar la eficacia del sector. Dichas acciones se desarrollarán dentro de un nuevo sistema de atención sustentado en esquemas de seguridad social para salud, subsidios a la demanda y, criterios de equidad y de redistribución social. Los objetivos específicos serán:

1. Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en el nivel local, a través del desarrollo del Plan Nacional de Atención Primaria.

2. Poner en marcha reformas institucionales al interior de cada subsector del sistema de salud que permitan la organización de los servicios con cobertura universal y de buena calidad.

3. Promover que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización.

4. Mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la infraestructura y dotación hospitalaria.

5. Desarrollar los servicios hospitalarios de urgencias de tal manera que se organicen redes de atención según la demanda y oferta de servicios, que faciliten el transporte y la atención oportuna de los pacientes.

6. Aumentar la disponibilidad y calidad de medicamentos esenciales, promocionar su uso adecuado y mejorar la provisión de insumos básicos de salud en las unidades prestatarias.

7. Promover y apoyar el desarrollo de la ciencia y la tecnología de tal manera que se busquen respuestas tecnológicas acordes con la realidad del sector.

8. Promover la modernización curricular en las ciencias de la salud, la actualización y perfeccionamiento del personal institucional y estimular la formación de investigadores.

9. Desarrollar una cultura de la salud que promueva los cambios necesarios en el estilo de vida y en los comportamientos individuales y colectivos, de tal manera que estos contribuyan a mantener sana la población.

10. Enfatizar y estimular la participación de la comunidad en la gestión de las instituciones de prestación de servicios y en la solución de los problemas locales de salud.

11. Ampliar los programas de complementación alimentaría orientados a la población más pobre para reducir la desnutrición severa y disminuir los niveles y riesgos de desnutrición leve.

12. Ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera, para lograr la completa ejecución de la política de salud.

III. PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICION

1. Mejoramiento de la eficiencia

Para mejorar la eficiencia del subsector público de salud, se actuará en tres campos simultáneamente: (a) se impulsará y ampliará el alcance de las reformas institucionales y financieras del sistema de salud contempladas en la Ley 10 de 1990; (b) se diseñará y pondrá en marcha un nuevo modelo de aseguramiento público y, (c) se desarrollará un programa de gestión hospitalaria.

A. Reformas institucionales y financieras.

Las reformas institucionales y financieras dirigidas a aumentar la eficiencia incluyen: (a) la descentralización del sistema; (b) la organización de los Fondos Seccionales y Locales de Salud y, (e) la especialización del Ministerio de Salud.

i. Descentralización del sistema

Se crearán las Direcciones Seccionales y Locales de Salud como entes autónomos adscritos a los gobiernos departamentales y municipales respectivamente. Tendrán como función primordial planear, coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en su jurisdicción.

Las Direcciones Seccionales, a nivel departamental, tendrán responsabilidad directa sobre el segundo y tercer nivel de atención que los hospitales regionales, universitarios y especializados y coordinarán la red de referencia y contrarreferencia. Las Direcciones Locales, a nivel municipal, asumirán el desarrollo de los servicios de salud del primer nivel, a través de la realización de actividades de atención primaria y la prestación de los servicios en los puestos y centros de salud y en los hospitales locales.

Esas Direcciones manejarán, en su respectivo nivel, fondos de salud y contratarán la prestación de los servicios con las instituciones públicas y, cuando se considere conveniente, con las privadas.

Las Direcciones Seccionales y Locales establecerán, en su respectivo nivel territorial, mecanismos de coordinación e integración con otras unidades prestadoras de servicios con el fin de incrementar el uso de la capacidad instalada.

Las tarifas para la contratación de servicios entre los fondos y las unidades prestadoras de servicio, serán establecidas por la Dirección Seccional de Salud, de acuerdo con parámetros definidos por la Junta de Tarifas de Salud. Esta Dirección fijará también las tarifas que las unidades prestadoras de salud cobrarán a los usuarios, las cuales tendrán en cuenta su nivel socioeconómico.

Los hospitales públicos y las demás unidades prestadoras del servicio que reciben dineros del Estado, se constituirán en instituciones públicas descentralizadas de nivel departamental o municipal, o en entidades mixtas o privadas. Tendrán patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa. Los centros y puestos de salud de municipios pequeños y áreas dispersas conservarán su dependencia del hospital local o de la dirección local de salud, hasta cuando su grado de desarrollo les permita ser autónomos.

Con este proceso se busca que cada entidad prestataria de servicios funcione como lo haría cualquier empresa eficiente. Cada una tendrá capacidad de control sobre su personal y sobre las compras de insumos y suministros que requiera la prestación del servicio.

La inversión en nueva infraestructura física y en equipos es de responsabilidad del respectivo ente territorial. Cuando se trate de mejoramiento de su infraestructura y de reposición de su dotación, la responsabilidad recaerá directamente sobre las unidades prestadoras de servicio. Estas entidades podrán solicitar apoyo del Fondo Nacional Hospitalario, a través del fondo de cofinanciación, o de FINDETER para líneas de créditos específicos.

El proceso de descentralización del sector público de salud se hará en forma gradual, con un plan de acción de cuatro años. La planeación del proceso busca evitar el desperdicio de recursos y el desprestigio de los municipios, resultado de la improvisación.

El proceso se iniciará, en principio, fortaleciendo la capacidad de los departamentos (Direcciones Seccionales de Salud) y los municipios categoría 1 (de Bogotá D.C., Cali, Medellín y Barranquilla). La experiencia acumulada en ellos permitirá, mediante esquemas de cooperación horizontal, extender el proceso a las demás capitales de departamento y finalmente al resto de municipios. No obstante, el Ministerio apoyará a los municipios que quieran emprender el proceso, cuando considere que tienen la solvencia y capacidad administrativa para hacerlo.

Al iniciar el trabajo en cada departamento, se harán estudios para dimensionar la cantidad de recursos necesarios en cada nivel de atención, la situación laboral de cada hospital, la situación jurídica de cada establecimiento y el estado de la infraestructura física y de equipo de cada uno de ellos.