



Colombia se encuentra en el extremo noroccidental de América del Sur y tiene una superficie de 1.141.748 km<sup>2</sup>. Cuenta con importantes recursos hídricos entre los que destaca la vertiente hidrográfica que llega al océano Pacífico y la de los ríos Amazonas y Orinoco que llega al mar Caribe. Es una república unitaria y su división político-administrativa incluye el Distrito Capital (donde se encuentra la capital Bogotá), 32 departamentos, 1.121 municipios y los territorios indígenas. Estos últimos son creados en acuerdo entre el gobierno y las comunidades indígenas, llegando a constituir entidad territorial cuando cumplen los requisitos legales.

Colombia ha experimentado un sostenido crecimiento entre 2000–2010. La disminución de la pobreza ha tenido un avance leve hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El desplazamiento forzado por violencia constituye el factor más importante de migración interna. El país experimenta también una transición demográfica, descenso de fecundidad y aumento en esperanza de vida, lo que conlleva un cambio en el perfil epidemiológico. El sistema de salud ha logrado amplia cobertura y un importante control de enfermedades infecciosas, así como de la morbi-mortalidad materna e infantil.

## PRINCIPALES AVANCES

### DETERMINANTES Y DESIGUALDADES EN SALUD

En la última década, se alcanzó 100% de cobertura para educación básica preescolar, primaria y secundaria. Las mujeres aumentaron el nivel de escolaridad y su participación en el mundo laboral y político. Entre 2005 y 2009, el porcentaje de población en situación de pobreza disminuyó de 50,3% a 45,5%, aunque la pobreza extrema subió de 15,7% a 16,4% en ese período. En 2009, disminuyó la brecha entre hombres y mujeres tanto en la tasa de participación laboral (23,5% de diferencia) como de ingreso mensual (20%).

### MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD HUMANA

Al 2010 se habían reforestado 88% de las hectáreas propuestas a reforestar para 2015, según la meta de los ODM. Colombia adhirió al Protocolo de Montreal y redujo sustancialmente la importación y uso de sustancias dañinas a la capa de ozono. En 2008, los hogares que aún se encontraban en asentamientos precarios alcanzaban 15,2%.

### LA SALUD Y SUS TENDENCIAS

Entre 2006 y 2010 hubo importantes logros en salud materno-infantil y control de enfermedades infecciosas. Aumentó el uso de métodos de planificación familiar modernos, y disminuyó la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes y la mortalidad infantil (20,6 por 1.000 nacidos vivos en 2008).

En 2010 ocurrió la epidemia más extendida de dengue de la década (157.152 casos, con letalidad de 2,3%). Los casos notificados de malaria fueron 110.000,

### Indicadores básicos seleccionados, Colombia, 2008–2010

Indicador	Valor
Población 2010 (millones)	45,5
Pobreza (%) (2009)	45,5
Alfabetismo (%) (2009)	93,2
Esperanza de vida al nacer (años) (2010)	73,4
Mortalidad general (por 1.000 habitantes) (2008)	5,6
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (2008)	20,6
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) (2009)	72,9
Médicos por 1.000 habitantes (2008)	1,5
Camas por 1.000 habitantes (2009)	1,6
Cobertura de inmunización DPT3 (%) (2010)	88,0
Cobertura de atención del parto (%) (2008)	98,2

con letalidad en disminución. La transmisión de onco-cercosis se ha interrumpido en toda Colombia, mientras que en Chagas se avanzó en el control de la transmisión vertical y de vectores. Los casos de tuberculosis fueron 11.433 y los nuevos casos de lepra fueron 283, representando una disminución en la incidencia de esta última enfermedad. En 2009, se notificaron 6.924 casos de VIH/sida, disminuyendo la proporción de donantes de sangre VIH positivos. No se registraron casos de cólera.

Se ha registrado una reducción en las muertes por homicidios, sobre todo en varones jóvenes, pero se ha registrado un aumento en mortalidad y discapacidad por accidentes de tránsito. Esto obliga a redoblar los esfuerzos en educación vial y sanciones efectivas contra los infractores.

### POLÍTICAS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE SALUD

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con sus regímenes contributivo y subsidiado, tiene cobertura de 91,1%. Regímenes especiales acogen a 4,6% de población que pertenece a fuerzas militares, policía, magistrados, empresa de petróleo y universidades públicas. Solo 4,3% de la población no está cubierta por el SGSSS. La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de 72 entidades promotoras de salud, que ofrecen un plan obligatorio similar para ambos regímenes desde 2008.

El gasto total en salud, en relación con producto interno bruto (PIB), se estabilizó en 6,4% en 2009. El gasto de bolsillo, como proporción del gasto privado en salud, se ha mantenido en 50%.

### El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia

El núcleo del sistema de salud es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el contributivo (para trabajadores asalariados y pensionados y trabajadores independientes con ingresos superiores al salario mínimo) y el subsidiado (para personas sin capacidad de pago). La cotización en el régimen contributivo (RC) corresponde a 12,5% del ingreso (8,5% el empleador y 4% el empleado; trabajador independiente: 12,5%). El régimen subsidiado (RS) se financia con un subsidio cruzado del régimen contributivo más fondos fiscales procedentes de impuestos generales.

La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS) que ofrecen, como mínimo, el plan obligatorio de salud contributivo o bien el plan obligatorio de salud para los afiliados al régimen subsidiado. En 2008, la Corte Constitucional ordenó la unificación de los planes de los dos regímenes.

El SGSSS presenta algunos problemas. La base contributiva es baja, pues más de 50% de la población está subsidiada por el Estado. Si bien el nivel de aseguramiento es alto, el acceso real a los servicios es muy limitado en algunos departamentos, particularmente en el litoral del Pacífico. Cada EPS diseña su red de prestadores de acuerdo con las condiciones del mercado, lo que puede significar que el usuario deba desplazarse largas distancias para obtener atención, o realizarse exámenes diagnósticos en sitios muy alejados entre sí. La ley permite que las EPS se integren verticalmente con prestadores propios, lo que contribuye a la fragmentación del sistema.

Entre 2002 y 2010 se modernizaron 243 hospitales públicos y se perfeccionó su capacidad de gestión, lo que se tradujo en una mayor satisfacción por parte de los usuarios de estos hospitales. Asimismo, aumentó el número de camas generales y camas UCI, y de consultorios externos, consultorios de urgencia y odontológicos.

Se estableció el Sistema Único de Habilitación, que obliga a profesionales e instituciones al cumplimiento de condiciones mínimas de calidad. El Ministerio de Protección Social elaboró normas para orientar el uso racional de medicamentos, su acceso, calidad, seguridad y oportunidad. En 2010 el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos fue calificado como autoridad reguladora nacional de nivel IV, lo que le otorga carácter de institución de referencia para la Región de las Américas. En 2006 el mayor número de graduados correspondió a médicos y personal de enfermería.

### CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

Entre 2008 y 2010 aumentó la cobertura de servicios públicos, excluida la telefonía fija.

La Ley 1.122 de 2007 estableció las condiciones para la consolidación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, que permite capturar, sistematizar y entregar información del sistema de vigilancia epidemiológica. Además, recoge y sistematiza información administrativa para monitorear resultados en salud y para alimentar el sistema de rectoría y de administración del sector salud.

### PRINCIPALES DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

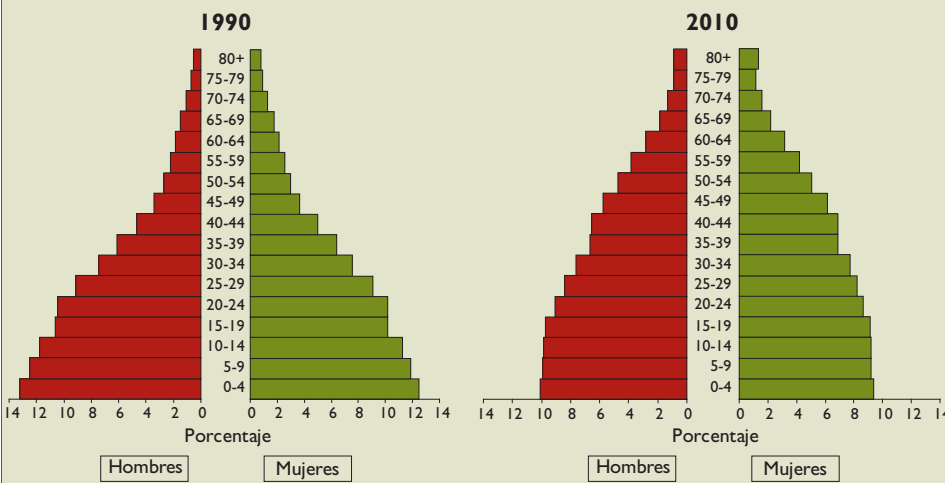
Entre 2000–2010 la economía mostró un crecimiento sostenido, pero persisten desigualdades expresadas por un coeficiente de Gini de ingreso de 0,578 en 2009. El desempleo se mantuvo estable en 11% entre 2006 y 2010. En las mujeres persiste una diferencia en la tasa de desempleo de –6,4% respecto a los hombres.

En el notorio progreso en educación, permanece el desafío de enfrentar el menor nivel de alfabetismo y años de escolaridad, tanto en los jóvenes (población de 15 a 24 años) como en las mujeres.

Los 5 millones de personas desplazadas forzosamente a causa de la violencia remanente en el país, implican el desafío de asistir a las necesidades surgidas por las migraciones y, la adaptación de los servicios de salud para proveer el mayor acceso posible de esa vulnerable población.

La población desplazada presenta desafíos respecto a enfermedades transmitidas por vectores, los alimentos y el agua, y a la desnutrición crónica. Las mujeres embar-

Estructura de la población por edad y sexo, Colombia, 1990 y 2010



azadas presentan mayor riesgo de morbilidad. En salud mental, hay mayor presencia de trastornos depresivos mayores, trastornos adaptativos y estrés.

Colombia es el tercer país en el mundo en vulnerabilidad ante desastres naturales, debido a que gran parte de su población se asienta en zonas de alto riesgo. En 2008, los habitantes que se encontraban en asentamientos precarios ascendían a 1,4 millones.

La urbanización no regulada ha producido aumento de vulnerabilidad de grupos de población marginal, con alteración del paisaje, biodiversidad, calidad del aire y del agua, con generación de residuos y menor disponibilidad de suelo adecuado. Cada año se registra gran cantidad de hectáreas afectadas por degradación, pues 85% de los sistemas productivos están en áreas susceptibles a desertificación, afectando la competitividad del sector agrícola y la disponibilidad de alimentos y agua.

El 13,8% de la población pertenece a alguna etnia. No se ha logrado una adecuada caracterización del estado de salud en este grupo de población, siendo difícil el acceso a sus comunidades, así como también la conciliación de la medicina tradicional con la occidental.

Las enfermedades transmitidas por vectores, alimentos y agua, así como las infecciones respiratorias y tuberculosis son importantes causas de morbilidad y prestación de servicios. Sin embargo, las enfermedades no transmisibles (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, cáncer, homicidios, suicidios y accidentes de transporte) representan la mayor carga de morbilidad y discapacidad en población adolescente y adulta. Los brotes de enfermedades infecciosas se mantendrán mientras existan condiciones no saludables en viviendas rurales, dispersas y pobres.

Se observa un incremento de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, especialmente cáncer, cardiovasculares, respiratorias y diabetes. En este sentido, las autoridades han fortalecido la estructura programática e iniciado un conjunto de acciones para promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de la atención.

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue 8,8% y de 3,5% para diabetes. Las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en la población general (enfermedad isquémica 83,7 defunciones por 100.000 habitantes y enfermedad cerebrovascular 42,6). La segunda causa fue el cáncer (gástrico, pulmón, cuello uterino y mama). Los traumatismos correspondieron a la tercera causa (homicidios en hombres, suicidios y accidentes de tránsito). Las enfermedades infecciosas ocuparon el cuarto lugar entre las causas de muerte.

El perfil de mortalidad en menores de cinco años es predominantemente infeccioso, en tanto que en adolescentes y

adultos jóvenes, predominan los homicidios, accidentes de tránsito y suicidios. El VIH ocupa un lugar importante en las causas de muerte de hombres entre 20 a 64 años. En adultos (30–64 años) las causas traumáticas comparten los primeros lugares con las enfermedades cardiovasculares. En adultos mayores, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles.

El exceso de peso en adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado en el período 2005–2010. Un bajo porcentaje de hipertensos y diabéticos toman medicamentos, reciben asesoría nutricional o recomendaciones sobre práctica de ejercicios.

La cobertura del SGSSS es alta, pero el acceso real a servicios es muy limitado para algunas poblaciones vulnerables y en algunos departamentos, particularmente en el litoral Pacífico. Cada entidad promotora de salud diseña su propia red de prestadores, según condiciones del mercado, provocando que usuarios deban desplazarse largas distancias para obtener atención. Si bien entre 2008 y 2010 aumentó la cobertura de servicios públicos, aún persisten zonas apartadas donde el acceso es insuficiente.

Desde el año 2000 la atención se monitorea a través del Registro Individual de Prestación de Servicios. Si bien ha habido mejoras en la calidad del registro, la cobertura de información es aún limitada, pues se usa fundamentalmente para el proceso de cobro de prestaciones. El sistema de información en salud carece de una entidad central que lo coordine. Esto significa que los diferentes registros administrativos han generado subsistemas paralelos y bases de datos no compatibles, con indicadores poco estandarizados e incompletos. Existe subregistro significativo en estadísticas vitales y deficiencias en la calidad del registro, procesamiento, análisis y uso de datos. Hay deficiente uso de la información de censos, encuestas y otros estudios para la planificación y toma de decisiones.

Existe el desafío de hacer más equitativo el sistema, fortaleciendo su organización y funcionamiento. Los profesionales, especialmente médicos, se concentran en zonas urbanas, en desmedro de zonas más alejadas o de riesgo por conflicto armado. A pesar de la alta afiliación al SGSSS persisten barreras que imposibilitan un adecuado acceso a la atención para poblaciones rurales, con menor educación, indígenas y población en situación de desplazamiento forzado.

Entre los desafíos prioritarios de salud, destaca la situación de las mujeres, quienes enfrentan, entre otros, problemas relacionados con la inequidad, el embarazo adolescente y la violencia. Ante esta situación se han fortalecido los sistemas de vigilancia, adoptado planes para acelerar reducción de morbilidad materna y reforzado el marco regulatorio para disminuir violencia contra la mujer.