

COLOMBIA



Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

Colombia tiene una superficie de 1.138.910 km², con un relieve marcado por tres ramales de la cordillera de los Andes; cuenta con 1.098 municipios, distribuidos en 32 departamentos, 4 distritos (Bogotá Distrito Capital, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta) y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. La población censada en 2005 fue de 41.242.948 habitantes (1); la ciudad de Bogotá es la más populosa, con 6.776.009 habitantes y, en conjunto con las ciudades de Medellín, Cali y Barranquilla, concentra 29,5% de la población del país. La densidad poblacional es de 36,2 habitantes/km² (1) y la población es predominantemente urbana (72% vive en cabeceras) (2).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

La crisis económica que marcó el final de los años noventa y el comienzo del nuevo siglo está siendo superada y el país muestra francos índices de crecimiento del producto interno bruto (PIB) en los últimos años, de -4,3% en 1999 a 5,1% en 2005 (3). Las cifras de pobreza decrecieron entre 2002 y 2005, de 57% a 49% para la población bajo la línea de pobreza, y de 20,7% a 14,7% para la que está bajo la línea de indigencia (4). El Índice de Desarrollo Humano aumentó algo más de 7% entre 1991 y 2003 (de 0,728 a 0,781) y Colombia se ubica en el puesto 77 entre 177 países” (5). Sin embargo, se ha acentuado la disparidad en la distribución de los ingresos: el PIB per cápita en 2004 se estimó en \$US 2004, 8, según la paridad del poder adquisitivo (6). El coeficiente de Gini aumentó de 0,544 en 1996 a 0,563 en 2003. La desigualdad es evidente entre la zona rural y urbana: esta última se acerca a los índices de países clasificados como de alto desarrollo, mientras que la zona rural está en los niveles medios. La desigualdad también se presenta entre departamentos y corresponde a los dos extremos: Chocó como el más atrasado y el Distrito Capital de Bogotá como la región más desarrollada. Chocó (con alta densidad de población afrodescendiente), Cauca y Nariño (con significativa composición de población indígena) se mantienen como los departamentos de menor desarrollo humano en los últimos 14 años (5). Las estrategias para la lucha contra la pobreza destacan el crecimiento económico pro pobres, que incluye “mecanismos explícitos para dar oportunidades preferentes a los pobres, para construir y proteger sus propios activos en términos de acceso a la propiedad de la tierra y la vivienda, la educación y el crédito”, así como el manejo social del riesgo con el fortalecimiento del Sistema de Protección Social, que busca la atención y

reducción de la vulnerabilidad de la población en los campos de la salud, el trabajo, los riesgos profesionales y las pensiones (7).

Otro aspecto importante en la realidad colombiana es el conflicto armado interno que afecta al país desde hace cuatro décadas. Tras el fracaso de la estrategia de negociación de los gobiernos pasados —que tuvo su máxima expresión en la “zona de distensión” que asignó el gobierno del Presidente Andrés Pastrana (1998–2002) a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC)—, el gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez ha llevado adelante la política de “seguridad democrática”, basada en el enfrentamiento armado de la insurgencia (Plan Colombia y Plan Patriota). Esta estrategia ha generado un repliegue de los grupos irregulares que se ha manifestado especialmente en la disminución de las masacres (82% entre 2000 y 2005), el mejoramiento de las condiciones de seguridad en las vías, la reducción de los actos terroristas (68,9% entre 2002 y 2005) y el descenso de los secuestros (81,9% entre 2000 y 2005); como consecuencia, se percibe una diferencia significativa en el clima de seguridad en comparación con 2002, año de inicio del actual gobierno (8). En el año 2004 se inició el proceso de desmovilización de los grupos paramilitares Autodefensas Unidas de Colombia (AUC); para mediados de 2006 la desmovilización casi se había completado, con la retirada de alrededor de 30.000 efectivos que iniciaron un proceso de “reinserción” que debe perfeccionarse con la aplicación de un cuerpo legal aprobado por el Congreso (Ley de Justicia y Paz).

El tema político más importante ha sido la reelección en primera vuelta del Presidente Álvaro Uribe Vélez para el período 2006–2010 (viabilizada por una reforma constitucional lograda en 2005). Los partidos que apoyan al Presidente lograron también una clara mayoría en las elecciones para el Senado y la Cámara de Representantes.

En el curso de los últimos dos años el Gobierno ha ido apropiándose del tema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(ODM), al colocarlo en su agenda de gobierno y asignar el proceso bajo la responsabilidad del Departamento de Planeación Nacional. Este Departamento ha coordinado las acciones de las diferentes entidades del gobierno (Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística), con la cooperación de las agencias de las Naciones Unidas. Como producto de esta iniciativa, en marzo de 2005 se emitió el documento CONPES 91, en el que se definen las metas que Colombia debe alcanzar en cada uno de los Objetivos, así como las estrategias y el presupuesto a asignarse con este fin. Los ODM están considerados como el eje de la política social del gobierno que asumió en agosto de 2006, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) constituye la estrategia principal. Con el objeto de mejorar la cobertura y calidad del sistema, cursan en el Congreso Nacional dos iniciativas de leyes reformativas que persiguen la afiliación de la población pobre no asegurada, el mejoramiento de las acciones de salud pública, la eficiencia de las entidades públicas de prestación de servicios y el cumplimiento de las competencias de los entes territoriales.

El desempleo y subempleo decrecieron entre 2001 y 2005, de 17% a 13,2% y de 31,7% a 28,2%, respectivamente (9). En el aspecto educativo, en 2003 la tasa de analfabetismo fue de 7,6% en la población mayor de 15 años, porcentaje aún mayor en las zonas rurales (15,4%). Por otro lado, de los niños que ingresaron a primaria en 1995, solo 33 de cada 100 egresarán del décimo primer grado (10). Las probabilidades de acceso y permanencia en el sistema son aún pequeñas para los estratos menos favorecidos, las regiones más apartadas y las zonas rurales. Para 2000, los años promedio de escolaridad para la población de 15 años y más fue de 7,3 (con cifras similares para hombres y mujeres) (6). La calidad de la educación básica es deficiente, en especial en las zonas rurales. Un poco más de la tercera parte de los maestros no posee título profesional (11). El país viene realizando desde 1991 un proceso de reforma educativa que se inició con la Constitución Política, en la que se estableció la obligatoriedad de la educación entre los 5 y los 15 años de edad, con un mínimo de un año preescolar y nueve de los 11 años de educación básica normados. Con respecto a la seguridad alimentaria, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) de 2005, 59,4% de la población del estrato socioeconómico 1 (el más pobre) percibe que existe inseguridad alimentaria, en contraste con 16,4% de los estratos económicos más altos, denominados 4, 5 y 6.

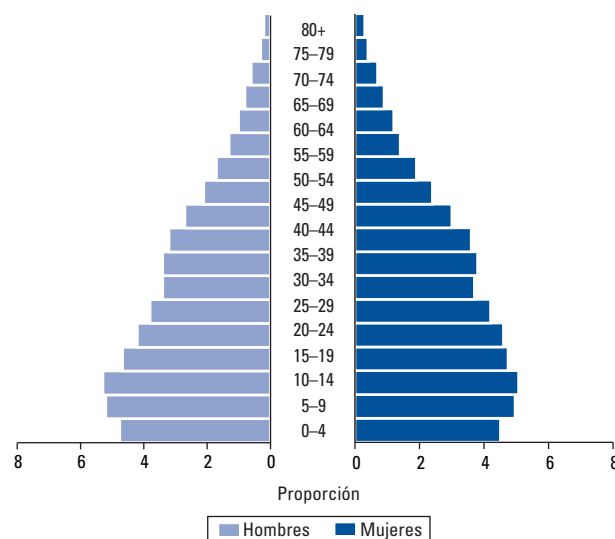
A pesar de la amplia participación de las mujeres en los espacios sociales, su inclusión en el espacio político sigue siendo baja. La elección popular de gobernadores está vigente desde 1991 y desde entonces solo siete mujeres han desempeñado el cargo. Para el período 2004–2007 solo en nueve municipios hay paridad de participación; en 73 representan entre 30% y 49%, y en 184 las mujeres solo representan entre 1% y 9%. En el Senado hay 12 mujeres (12%) y en la Cámara 17 mujeres (10,2%).

Demografía, mortalidad y morbilidad

Al igual que el resto de los países de la Región, Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. Su población está envejeciendo y se proyecta que la tendencia de la esperanza de vida al nacer será al incremento, de 72,17 en 2000–2005 a 73,23 en 2005–2010, con cifras de 76,27 en mujeres y 70,34 en hombres. Se proyecta que la tasa bruta de natalidad disminuirá de 22,31 por 1.000 habitantes en 2000–2005, a 20,57 en 2005–2010 (6, 12). Los datos demográficos demuestran una disminución de la población en los grupos de edad entre 15 y 35 años, como efecto de la migración y la violencia, y un crecimiento del grupo de población mayor de 60 años (Figura 1). Es importante considerar el fenómeno de la migración externa (se estima que 10% de la población colombiana ha abandonado el país en los últimos años), que en muchos casos genera el abandono y la desprotección de los adolescentes y jóvenes, aunque ha tenido un impacto económico positivo (se estima que las remesas provenientes de los emigrantes colombianos en 2003 representaron 3,9% del PIB) (13).

La migración interna está determinada en gran medida por el fenómeno del desplazamiento. La violencia generada por las acciones de los grupos armados ilegales, la delincuencia común y el narcotráfico son responsables del clima de inseguridad en el país; esto afecta las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud y —junto con fuertes lazos familiares o razones económicas— explica la presencia significativa de población colombiana en los países fronterizos. Según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), alrededor de 36.000 colombianos solicitaron refugio en Ecuador entre

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Colombia, 2005.



Fuente: DANE, cifras provisionales del Censo 2005.

CUADRO 1. Diez primeras causas de defunción,^a Colombia, 1990.

	Muertes
Agresiones (homicidios)	24.033
Enfermedades isquémicas del corazón	15.853
Enfermedades cerebrovasculares	9.459
Insuficiencia cardíaca	6.052
Neumonía	5.198
Enfermedades hipertensivas	4.794
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	4.748
Accidentes de transporte de motor	4.410
Tumor maligno del estómago	3.605
Otros accidentes, incluso los efectos tardíos	3.570

^aSegún "Lista Colombia 105"**Fuente:** DANE, Grupo Estadísticas Vitales.**CUADRO 2. Diez primeras causas de defunción,^a Colombia, 2003.**

	Muertes
Agresiones (homicidios)	25.612
Enfermedades isquémicas del corazón	23.532
Enfermedades cerebrovasculares	13.949
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	10.090
Diabetes mellitus	7.576
Accidentes de transporte de motor	6.447
Enfermedades hipertensivas	5.576
Neumonía	5.374
Tumor maligno del estómago	4.406
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3.324

^aSegún "Lista Colombia 105"**Fuente:** DANE, Grupo Estadísticas Vitales.

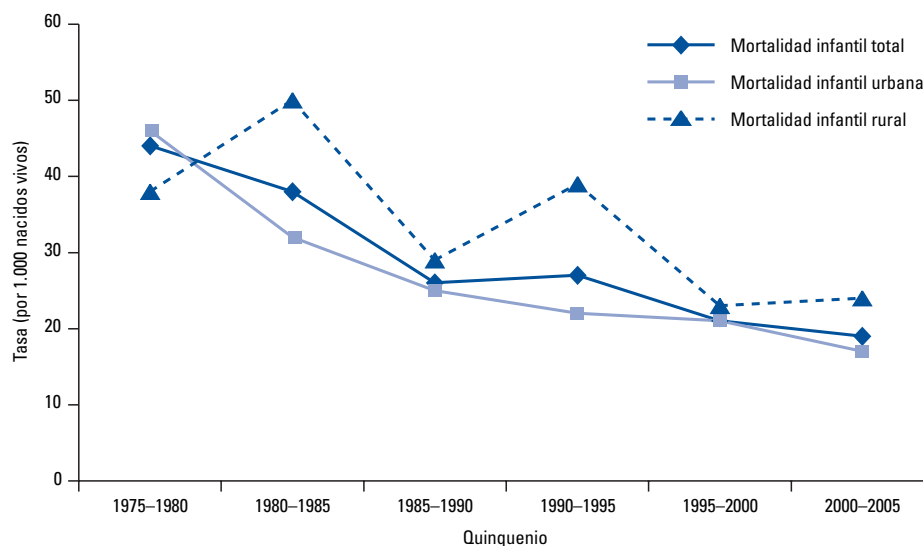
2001–2005, tema que se trata permanentemente en las reuniones y acuerdos binacionales de salud. La dinámica del desplazamiento forzado alcanzó en Colombia los más altos niveles de impacto sobre la población civil en 2002, cuando cerca de 900 municipios de los 1.098 del país expulsaban y recibían población desplazada; sin embargo, el Gobierno Nacional informó una disminución de 48% en el registro de población desplazada durante 2003 comparado con 2002, tendencia que continuó en los años 2004 y 2005. Durante el último decenio se han registrado 1.796.508 personas desplazadas. Los departamentos en los cuales han ocurrido más desplazamientos son los de Antioquia, Bolívar, Magdalena, Cesar, Chocó y Putumayo. Los departamentos que han recibido mayor número de desplazados son los de Antioquia, Bolívar, Bogotá D.C., Magdalena, Valle del Cauca y Sucre.

La población indígena representa menos de 2% de la población nacional (785.000 personas); las comunidades afrodescendientes del Pacífico representan poco más de 500.000 personas; los raizales 25.000 y los gitanos menos de 2.000. La mitad de los 81 pueblos indígenas de Colombia tienen menos de 1.000 personas, y de éstos, 22 no alcanzan los 500. Estas minorías étnicas en

general tienen índices más elevados de pobreza y una marcada carencia de servicios de saneamiento básico, además de que sufren de marginación, violencia y problemas de salud en mayor grado que los otros grupos de población.

Entre 1990 y 2003 las agresiones (homicidios), la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares no han variado su posición a la cabeza de la lista de las 10 primeras causas de muerte (Cuadros 1 y 2).

Entre 1998 y 2002 no se observó cambio en la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas. En 2002, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar (117,7 por 100.000 habitantes), seguidas de las causas externas (110,7), las neoplasias (67,3) y enfermedades transmisibles (28,6). Hubo un incremento de la frecuencia en los tres primeros grupos de causas en relación a 1998 (circulatorias 105,1, externas 105,1 y neoplasias 62,1) y un decremento en las transmisibles (30,0). Esto difiere en las regiones; así, el Vaupés mantuvo un perfil marcadamente infeccioso (2,46 veces la tasa nacional), en Caquetá hubo un gran predominio de las causas externas (2,39 veces), en Tolima hubo altas tasas de causas circulatorias (1,51 veces) y en Risaralda de causas tumorales (1,34 veces) (6). Con respecto a la

FIGURA 2. Mortalidad infantil por quinquenios, Colombia, 1975–2005.

Fuente: Profamilia, Encuesta de Demografía y Salud, 1980–2005.

edad y el género, las enfermedades transmisibles solamente estuvieron presentes entre las cinco primeras causas de muerte entre los menores de 5 años de ambos sexos. A partir de esta edad y en ambos sexos aparecieron progresivamente las causas relacionadas con accidentes de transporte, homicidios, lesiones autoinfligidas, tumores y enfermedades circulatorias. En los grupos de 45 años y más ya no se presentaron las causas externas entre las cinco primeras causas de muerte y en cambio apareció la diabetes mellitus (6). El subregistro de muertes se estima en 17,5%.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

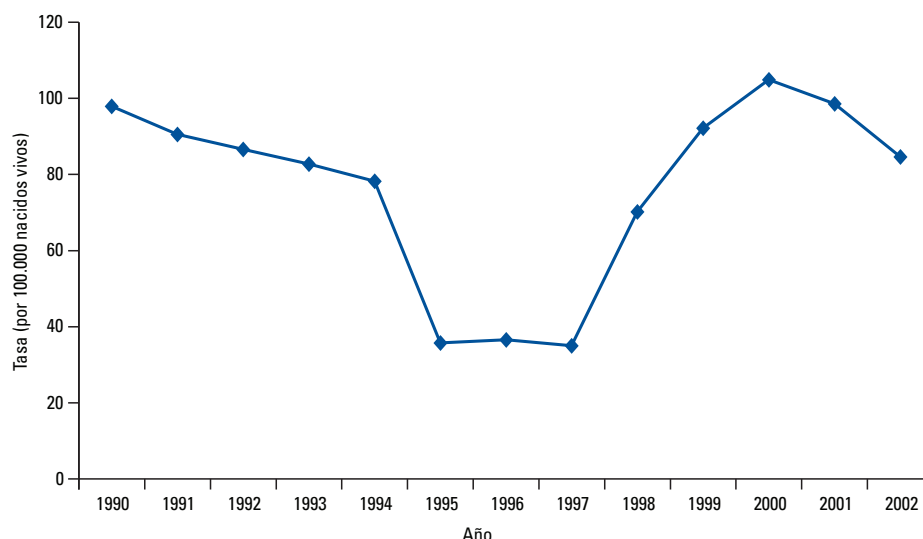
Salud de los niños menores de 5 años

Los menores de 5 años representaron 10,3% de la población total (1). Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, en el quinquenio 2000–2005 la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 19 por 1.000 nacidos vivos (nv) (17 por 1.000 en el área urbana y 24 por 1.000 en la rural) (Figura 2); los departamentos con mayores TMI para 2005 fueron Chocó y Cauca (54 por 1.000) y La Guajira (33 por 1.000), mientras que los de menores tasas fueron Atlántico (14 por 1.000) y Santander (19 por 1.000) (14). La TMI en mujeres sin escolaridad fue de 43 por 1.000 y para las mujeres con educación superior fue de 14 por 1.000. La tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por 1.000 nv en 1980–1985 a 12 por 1.000 nv en 2005, con una disminución de 48%; la mortalidad postneonatal pasó de 18 a 6 por 1.000 nv, lo que significa una disminución de 66% en los mismos años; la mortalidad en los primeros 5 años de vida disminuyó 60%, pasando de 51 a 22 por 1.000 nacidos vivos en el mismo período.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) 2005, 6% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. Colombia no registra la mortalidad fetal tardía, lo cual impide generar datos de mortalidad perinatal (según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, la tasa de mortalidad neonatal precoz fue de 8 por 1.000 nv en 2002). La principal causa de muerte neonatal fue la hipoxia, con 60%, seguida de trauma obstétrico y prematuridad. Se informaron las siguientes principales causas de mortalidad en niños y niñas del grupo de menores de 1 año: afecciones respiratorias específicas del período perinatal (396 y 306 por 100.000, respectivamente); malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (246 y 230); otras afecciones del período perinatal (116 y 90), e infecciones respiratorias agudas (101 y 84). En el grupo de niños y niñas de 1 a 4 años, las principales causas de mortalidad fueron infecciones respiratorias agudas (8,5 y 8,2 por 100.000 respectivamente), deficiencias nutricionales y anemias (6,1 y 8,2), ahogamiento y sumersión accidentales (8,4 y 4,6) y enfermedades infecciosas intestinales (6,0 y 6,1). La lactancia materna exclusiva pasó de un promedio de 0,5 meses a un promedio de 2,2 meses entre 2000 y 2005. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva al sexto mes fue del 47% y la duración mediana de la lactancia fue de 14,9 meses (15).

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según el DANE, en 2002 la población de 5 a 9 años representó 10,8% del total de la población. Ese año se registraron 1.449 defunciones, que representan una tasa de 30,59 por 100.000 para el grupo de 5 a 9 años (60% niños y 40% niñas), ligero incremento

FIGURA 3. Mortalidad materna en Colombia, 1990–2002.

Fuente: DANE, Grupo de Estadísticas Vitales, 1990–2002.

en comparación con 2000 (1.443 muertes) (16). Las principales causas de mortalidad fueron los accidentes de origen automotor, seguidos por infección respiratoria aguda y enfermedades de origen hematológico (tumor maligno de tejido linfático, órganos hematopoyéticos y tejidos afines). En este grupo de edad, 13% de los niños presentaron retraso en el crecimiento y 5%, bajo peso para su estatura. De acuerdo con datos de la ENSIN 2005, el retraso en el crecimiento es más frecuente en el sexo masculino de la zona rural (15).

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

Según el DANE, en 2002, el grupo de 10 a 14 años representó 10,3% del total de la población. En el mismo año se registraron 1.694 defunciones (tasa de 35,75 por 100.000 jóvenes de 10 a 14 años), 71% en varones y 29% en mujeres. La mayoría de las defunciones son por causas externas, incluyendo homicidios y accidentes de transporte (17). El grupo de 15 a 19 años representó 9,35% del total de la población, y se registraron 6.738 defunciones (156,47 por 100.000), 28% menos que en 2000; 67% de estas fueron muertes violentas, causadas en su mayoría por armas de fuego, con seis muertes masculinas por cada muerte femenina. La tasa de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años) fue de 90 por 1.000 en 2005 (18). La proporción de adolescentes en gestación pasó de 19% a 21% entre 2000 y 2005. En los últimos 15 años se duplicó el número de mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas (10% en 1990 vs. 19,7% en 2005). En poblaciones desplazadas, se encontró que 30% de las mujeres entre 13 y 19 años había estado alguna vez embarazada, 23% ya había sido madre y 7% estaba embarazada de su primer hijo (19). La fecun-

dad adolescente es más alta en las comunidades marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: 2 de cada 3 jóvenes de 19 años ya eran madres.

Salud de los adultos (20–59 años)

La población adulta de 20 a 59 años representó 52,2% del total de la población en 2002, según el DANE. La tasa global de fecundidad para el período 2002–2005 fue de 2,4 hijos por mujer (según datos de la encuesta ENDS), la cual ha disminuido desde mediados del decenio de 1960, cuando la tasa era de 7 hijos por mujer. En la zona urbana la tasa de fecundidad fue de 2,1 hijos por mujer y en la zona rural, de 3,4; el intervalo entre nacimientos se incrementó entre 2000 y 2005, al pasar de 37 a 42 meses. La edad mediana al primer nacimiento fue de 22 años y la edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres fue de 18,3 años. En 2005, las mujeres sin escolaridad tuvieron 4,5 hijos por mujer y las mujeres con educación superior 1,4 hijos. Las mujeres sin escolaridad tuvieron una tasa de uso de anticonceptivos de 67% y las que tienen educación secundaria de 79% (18).

La mortalidad materna se estimó en 84,6 por 100.000 nv en 2002, según el DANE, menor que la de 2000 (104,9 por 100.000 nv) (Figura 3) y hubo diferencias significativas por región, zona de procedencia, grupos de edad, niveles de escolaridad y condiciones particulares (como el desplazamiento). La razón de mortalidad materna oscila entre 315,7 por 100.000 nv en el Chocó y 35 por 100.000 nv en Risaralda; 90% de las muertes son por causas “evitables”, tales como la hipertensión ligada a la gestación, hemorragia postparto y aborto (7). Del total de muertes, 84% ocurrieron en una institución de salud y 88% recibieron asisten-

cia médica durante el proceso que condujo a la muerte (7). Se estima que 1 de cada 3 embarazos termina en aborto y que casi 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones gubernamentales han sido inducidos (20). En 2006, la Corte Constitucional despenalizó el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida del feto o de la madre, o cuando hubo violación.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Las personas mayores de 60 años representaron 7,6% de la población total en 2003, según el DANE. La morbilidad por enfermedades nutricionales ocupa el segundo lugar en importancia y, al igual que la población menor de 10 años, los adultos mayores presentan una mayor frecuencia de defunciones debidas a anemias y deficiencias nutricionales (42%). En este grupo, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, enfermedades gastrointestinales, obesidad, cáncer y osteoporosis (21). Durante 2005, 173.822 adultos mayores recibieron subsidio monetario y 41.123 más se beneficiaron del complemento alimentario mediante el programa “Juan Luis Londoño de la Cuesta” (22).

Salud de la familia

En Colombia predominan las familias nucleares (53,3%), seguidas por las familias extensas (33,6%); las familias unipersonales representan el 7,7% y las familias compuestas, 5,4% (23). El tamaño de los hogares disminuyó de 4,1 hijos en 1998 a 2,6 en 2002, mientras que las familias en situación de pobreza tienen en promedio 4,7 hijos. Aunque existe un predominio de la jefatura de hogar masculina, la proporción de hogares con jefatura femenina sigue en aumento: en 1995 era 24% y para 2000, según el DANE, era 28%.

La tasa nacional de notificación de violencia intrafamiliar fue de 184 por 100.000 habitantes. En cuanto al maltrato a las mujeres, según datos de la ENDS 2005, la violencia psicológica pasó de 46% en 1995 a 50% en 2000; el maltrato físico por parte de los compañeros bajó de 41% en 2000 a 39% en 2005. De la quinta parte de las mujeres agredidas, 21% acudió a un establecimiento de salud para recibir información en 2005; no hay datos que permitan establecer comparaciones con 2000. Entre 2001 y 2003 la tasa de trabajo infantil (5 a 17 años) bajó de 12,8% a 10,4%. En zonas rurales, la tasa de trabajo infantil fue el doble (16,1%) que en el área urbana (8%) (24).

Salud de los trabajadores

La tasa de enfermedades profesionales que se registró en 2004 fue de 1,38 casos por 10.000 trabajadores, con una frecuencia mayor en los departamentos de Cundinamarca, Valle del Cauca y Antioquia, predominantemente en el sector de la manufactura.

Las tres primeras causas de enfermedad fueron el síndrome del conducto carpiano (20%), hipoacusia neurosensorial (19%) y trastornos de columna lumbosacra (18%) (25).

La mortalidad registrada en 2003 alcanzó una tasa de 18,29 por cada 100.000 trabajadores afiliados; hay una tendencia al incremento en el sector pesquero, y a la disminución en los otros. Según informes de las Administradoras de Riesgos Profesionales privadas, 96% de los accidentes de trabajo fueron originados por violencia social focalizada, principalmente en algunos subsectores económicos como vigilancia privada, administración de justicia, transporte y fuerzas armadas; 3% por accidentes de tránsito y solo 1% por causas de origen profesional.

Salud de las personas con discapacidad

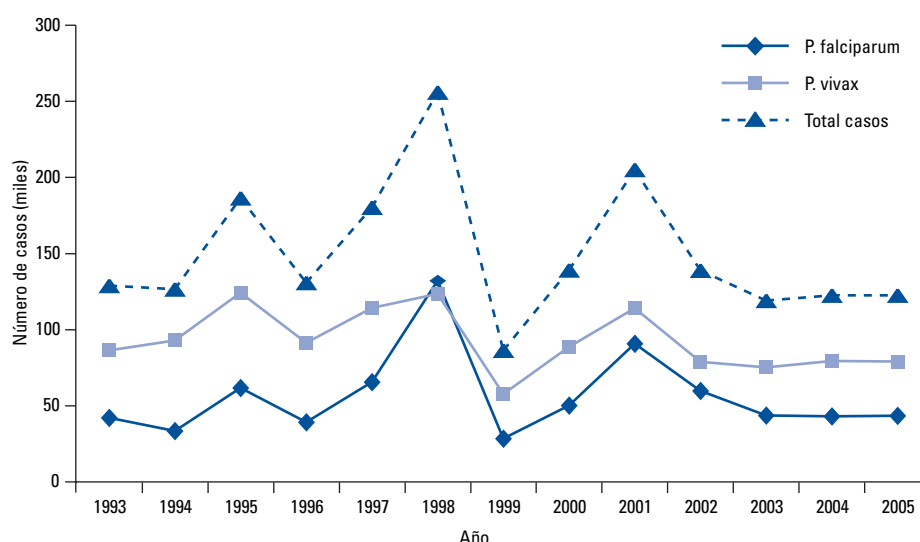
De acuerdo con datos provisionales del Censo de 2005, la prevalencia de limitaciones permanentes en la población fue de 6,4% (6,6% en hombres y 6,2% en mujeres). De ellos, 71,2% presentan una limitación; 14,5% dos limitaciones; 5,7% tres limitaciones, y 8,7% cuatro o más limitaciones permanentes. Las principales limitaciones son para ver, a pesar de usar lentes o gafas (43,2%); para moverse o caminar (29%); para oír, a pesar de usar aparatos especiales (17,3%); para hablar (12,8%), y para entender o aprender (11,9%) (26).

Según el Sistema de Información Gremial de la Federación de Aseguradores Colombianos, durante el período 2000–2003 se detectaron 255 casos de invalidez en las cinco principales actividades económicas, los cuales disminuyeron en el sector de los servicios comunitarios y se incrementaron en la industria manufacturera; las causas más frecuentes de invalidez fueron las patologías traumáticas (83%).

Salud de los grupos étnicos

En la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, y en la zona andina las enfermedades de los tejidos dentales. La Sierra Nevada de Santa Marta cobija las etnias indígenas de los arhuacos, koguis, wiwa, kankuamo y yupka, y allí predominan enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades dentales y enfermedades de la piel. En la etnia de los gitanos la situación de salud es mejor, aunque se presentan algunos casos de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la región Pacífica, donde habita gran parte de la población afrocolombiana, prevalecen tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla y otras enfermedades como cáncer y VIH/sida. Los factores que influyen en la problemática de salud de los grupos étnicos son: pérdida de territorio, destrucción de recursos naturales y deterioro de medio ambiente; cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción

FIGURA 4. Casos de malaria según especie de *Plasmodium*, Colombia, 1993–2005.



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Grupo ETV.

con el entorno social; abandono progresivo de la medicina tradicional; dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; pobreza y marginalidad social y geográfica y otras barreras culturales (27).

Salud de la población desplazada

En comparación con la población receptora, en la población desplazada más de la mitad de los hogares tienen jefatura femenina, el analfabetismo es tres veces más alto que el promedio nacional, las condiciones de vivienda y acceso a los servicios públicos son más precarias y el hacinamiento es crítico. Las enfermedades y síntomas referidos con mayor frecuencia son de carácter infecto-contagioso, en especial las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, que afectan especialmente a los menores de 5 años. En los menores de 1 año la tasa de IRA era de 375 por 1.000 (población general: 218 por 1.000). La frecuencia de EDA fue de 81% en la población desplazada y 64% en la receptora. Treinta y cinco por ciento de las mujeres adolescentes ya han sido madres (el doble de la tasa nacional). La cobertura de aseguramiento de la población en desplazamiento fue 24% y en la población pobre receptora 34% (28). En cuanto a la salud mental, las secuelas de hechos violentos representan una carga que se suma a los desafíos de la huida, el desplazamiento y el retorno; una investigación orientada a establecer la prevalencia de trastornos mentales en 13 de los llamados barrios de invasión en la ciudad de Sincelejo y Sucre encontró una prevalencia de 27,6% (29).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En las últimas tres décadas la morbilidad por **malaria** ha mantenido una tendencia ascendente, registrándose un promedio anual de 142.297 casos entre 2001 y 2005, 60% por *Plasmodium vivax*, 38% *P. falciparum* y 2% malaria mixta (Figura 4). En 2005 el índice parasitario anual (IPA) fue de 14,5 por 1.000 habitantes; la región comprendida por Urabá, Bajo Cauca y Alto Sinú presentó el mayor IPA durante 2005 (26 por 1.000 habitantes). En 27 municipios de los departamentos de Antioquia, Córdoba y Nariño se concentran cerca de 60% de los casos. El grupo de edad y sexo más afectado fue el de los hombres de 15 a 44 años. La mortalidad por malaria ha tenido una tendencia descendente en el país y en la última década se ha registrado un promedio anual de 130 a 150 muertes, pero se considera un subregistro cercano al 70% (30). Debido al creciente problema de resistencia a la amodiaquina y la sulfapirimetamina que se utilizan para el tratamiento de la malaria no complicada por *P. falciparum*, se decidió introducir combinaciones con derivados de artemisininas a partir de 2006.

En 2004 se notificaron 24.460 casos de **dengue** (54 por 100.000 habitantes), de los cuales 2.261 (10 por 100.000) correspondieron a dengue hemorrágico con 23 defunciones, y durante 2005 se informaron 43.257 casos (187 por 100.000), 4.322 de

dengue hemorrágico (17 por 100.000) y 48 defunciones. En los últimos años se registró la circulación de los cuatro serotipos virales. En 2005 los grupos de edad más afectados fueron el de 5 a 14 años (26%) y el de 45 a 64 años (48%) (31).

Existen focos selváticos de **fiebre amarilla**, principalmente en los departamentos de las zonas Orinoquía, Amazonía, la cuenca del Río Catatumbo y el pie de monte de la Sierra Nevada de Santa Marta. En los últimos cinco años se registraron 179 casos, con una letalidad de 47%. Durante 2003 se registró una epidemia de 102 casos, que afectó principalmente al departamento de Norte de Santander. La mayoría de los casos se presentan en hombres agricultores de 15 a 44 años (32).

En 2004 se registraron cerca de 15.000 casos de **leishmaniasis** y 22.000 casos en 2005; 99% de los casos correspondieron a la forma cutánea; en el grupo de edad de 15 a 44 años se registraron cerca de 80% de los casos; el sexo más afectado fue el masculino y el grupo ocupacional, los agricultores. En 2005, los Departamentos del Caquetá, Guaviare, Antioquia, Nariño, Santander, Meta y Tolima concentraron cerca de 75% de los casos cutáneos y mucosos; la forma visceral se registró principalmente en Córdoba, Bolívar, Sucre y Tolima (33).

Un estudio nacional de seroprevalencia y factores de riesgo para **enfermedad de Chagas**, realizado en 1999, encontró una prevalencia de infección de 35 por 1.000 en niños menores de 15 años, principalmente en la región oriental del país. En estudios puntuales de morbilidad en población adulta se ha encontrado una seropositividad de entre 19,4% y 47% y alteraciones electrocardiográficas de entre 25% y 47,8%. Se han registrado esporádicamente de 2 a 5 casos por año de casos agudos de Chagas (34).

Enfermedades inmunoprevenibles

La erradicación de la poliomielitis (1991), la eliminación del sarampión (2002), la eliminación del tétanos neonatal (TNN) y de la difteria como problemas de salud pública, así como la actual iniciativa de eliminación de la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (SRC) para 2010, ponen a Colombia entre los primeros países latinoamericanos en lograr metas regionales. Entre agosto de 2005 y junio de 2006 fueron vacunados contra sarampión y rubéola 17.697.717 personas entre 14 y 39 años (96,9% de la meta); se logró la interrupción de la circulación del virus de la rubéola y la ausencia de notificación de recién nacidos con SRC. En 2005 se registraron 139 casos de **tos ferina**, 2.366 casos clínicos de **parotiditis**, 84 de **rubéola** (53 de ellos confirmados por laboratorio), 5 de **síndrome de la rubéola congénita** (notificados antes de la Jornada Nacional de Vacunación contra sarampión y rubéola), y 19 casos de **meningitis** con aislamiento de *Haemophilus influenzae* tipo b. En 2005 se incluyó la vacuna contra la gripe estacional para mayores de 65 años que estuvieran en instituciones como asilos, hogares geriátricos u hospitales, y para niños entre los 6 y 18 meses con una enfermedad respiratoria de base; en total se aplicaron 423.648 dosis.

Enfermedades infecciosas intestinales

Con base en la vigilancia centinela de las enfermedades diarreicas agudas realizada por el Instituto Nacional de Salud (INS), que es el laboratorio de referencia nacional, en 2003 se encontró que del total de muestras procesadas (1.335), 17,5% fue positivo para algún microorganismo: *Rotavirus* (7%), *Giardia duodenalis* (6%), *Cryptosporidium sp.* (3%), *Shigella sp.* (0,8%) y *Salmonella sp.* (0,7%). La concordancia entre los puestos centinela y el INS osciló entre 66% y 100% (35). No se registraron casos de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles

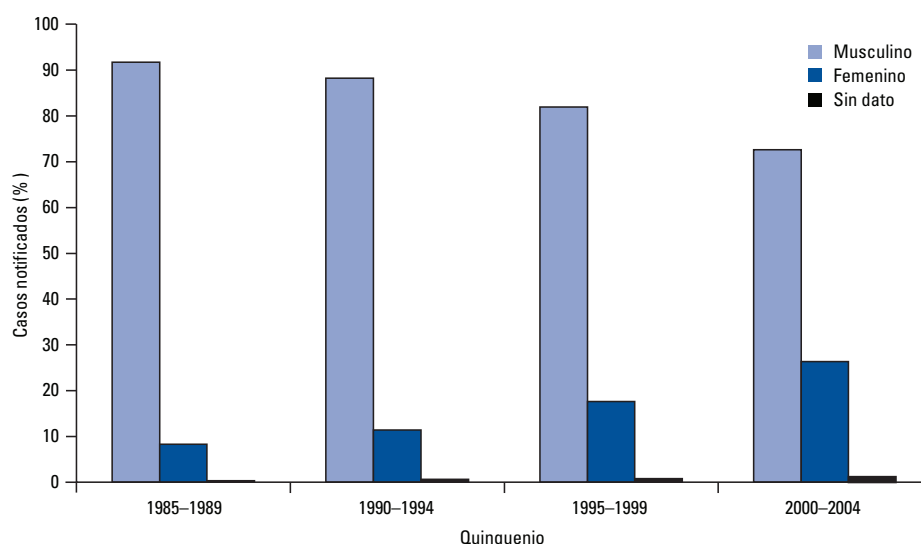
La incidencia de **tuberculosis** por todas las formas fue de 26,2 por 100.000 habitantes en 2001; 26 en 2002; 28,5 en 2003; 24,8 en 2004, y 22,5 en 2005. Las regiones más afectadas son Orinoquía y Amazonía, y 53% de los departamentos están clasificados como de muy alto riesgo (incidencias por encima del tercer cuartil) o de alto riesgo (incidencia superior a la mediana nacional). El grupo de edad más afectado es el de 25 a 34 años. Con base en información parcial sobre la cohorte de pacientes que ingresaron en 2003, la curación fue de 72%, tratamientos terminados 9%, abandonos 8%, fallecidos 5%, transferidos 5% y fracasos 1%. La cobertura con la estrategia DOTS (tratamiento acortado directamente observado) fue de 35% para 2004. El porcentaje de muertes debidas a tuberculosis desde 1991 hasta 2000 fue de 0,7% en promedio. El número de muertes por TB entre los enfermos de VIH/sida desde 1997 hasta 2001 fue en promedio de 10,8% (36).

La prevalencia de **lepra** ha descendido de 9.604 casos en tratamiento (3,0 por 10.000 habitantes) en 1990 a 1.716 casos (0,3 por 10.000 habitantes) en 2004. En relación con la incidencia de lepra, se observó igualmente una tendencia a la disminución: de 2,90 por 100.000 habitantes en 1990 a 1,31 en 2004. En 2004 solo dos departamentos registraron prevalencias por encima de la meta de eliminación (1 por 10.000 habitantes): Amazonas (1,4) y Arauca (1,1). La mayor proporción de casos se presentó en hombres (66%), la mediana de edad fue de 46 años, y el grupo más afectado el de 15 a 44 años (43%) (37).

Infecciones respiratorias agudas

En 1990 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años fue de 48,5 por 100.000 y para 2002 de 34,7. En 1990 hubo 3.225 años de vida potencial perdidos (AVPP) por cada 100.000 menores de 5 años y para 2002 hubo 1.803 AVPP, es decir se ganaron 1.422 años. Dentro de los factores de riesgo asociados a la mortalidad por IRA es importante resaltar la ausencia o el bajo porcentaje de lactancia materna, bajo peso al nacer, parto prematuro, tabaquismo pasivo, uso de combustibles domésticos como leña o querosén y factores predisponentes como hacinamiento y elementos climáticos (invierno) (38). En cuanto a la vigilancia de los virus respiratorios, durante 2005 la distribución por agente etiológico fue de 33% por virus sincicial respiratorio, 31% por parainfluenza y 15% por influenza A (39).

FIGURA 5. Comportamiento de la infección por VIH/sida, según sexo, comparación por quinquenios, Colombia, 1985–2004.



Fuente: ONUSIDA: Infección por VIH en Colombia. Estado del Arte 2000–2005.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La prevalencia del VIH en Colombia muestra una tendencia hacia el aumento desde su inicio en 1984 y en 2003 se encontró la cifra de 0,6% (40). En 2005 se estimaron 171.504 personas entre 15 y 49 años con VIH, con una prevalencia estimada de 0,7% (41). Entre 1983 y 2005 se informó un acumulado de 46.809 casos de VIH/sida notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (42); de estos, 53,7% correspondieron a transmisión heterosexual; 27,1% a homosexual; 15,1% a bisexual; 2,9% a perinatal; 0,6% a transfusional, y 0,4% a otros. La distribución por sexo de los casos notificados revela una tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de 8,2% de casos en mujeres en el quinquenio 1985–1989 a 26,6% en el quinquenio 2000–2004 (Figura 5). La razón hombre:mujer pasó de 9,4 en 1990 a 2,3 en 2005. Según cifras reportadas por el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/sida del Ministerio de la Protección Social, la cifra de muertes por sida entre 1995 y 2002 fue de 13.195 (43). Actualmente reciben tratamiento antirretroviral 78,5% del total de personas con VIH afiliadas al SGSSS (44). La incidencia de sífilis congénita tiende al incremento, de 0,75 por 1.000 nacidos vivos en 2000 a 1,25 en 2005. La incidencia de sífilis gestacional pasó de 0,89 por 1.000 gestantes en 2003 a 2,51 en 2005, de acuerdo con datos del INS.

Zoonosis

El país se encuentra libre de **fiebre aftosa** con y sin vacunación en 60,8% de los bovinos (45). En 2001 solo se notificaron seis brotes de fiebre aftosa tipo O y ocho en 2002; del virus A se reportó un brote en 2000 (45).

El síndrome neurológico compatible con **encefalitis equina venezolana** se incrementó de 1979 a 2000, con picos en 1995 (88 focos) y 1998 (214 focos). Los casos humanos confirmados indican actividad del virus entre 2000 y 2005, con un total de 75 casos para este período (46).

Desde marzo de 2000 no se han notificado casos de **rabia humana** de origen canino. En 2005 se notificaron tres casos de rabia humana de origen silvestre. Los focos de rabia silvestre registrados entre 1982 a 2002 afectaron a 31 de los 32 departamentos del país, con una mediana de 21 focos y promedio de 46 focos por departamento; dentro de las zonas de alto riesgo se encuentran: el norte de los departamentos de Antioquia, Chocó, Norte de Santander y Santander, todo el territorio de los departamentos de Arauca, Cesar, Córdoba y Sucre, y la zona centro-sur del departamento de La Guajira (47).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La ENSIN 2005 reveló que la desnutrición crónica en menores de 5 años disminuyó ligeramente ese año en relación con 2000, de 13,5% a 12% (10% moderada y 2% severa, especialmente en niños entre 1 y 2 años de edad). La desnutrición aguda se presentó en 1% de los menores de 5 años. La prevalencia de anemia en menores de 5 años aumentó de 18% en 1977 a 23% en 1995 y a 33,2% en 2005. En el grupo de niños de 5 a 9 años, 13% presentó retraso en el crecimiento y 5% bajo peso para su estatura. En 2005 la región Atlántica tuvo la mayor desnutrición infantil, desplazando a

la región Pacífica. El sobrepeso estuvo presente en 40% de las mujeres y 6% tuvo un bajo índice de masa corporal. El bajo peso para la edad gestacional fue dos veces más prevalente en gestantes menores de 15 años (47%) que en el promedio (21%).

Enfermedades cardiovasculares

Según los Indicadores Básicos, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar como grupo de causas de muerte en la población general en 2002, con 27,3% del total de las defunciones (para el período 1995–1998 las cifras estaban entre 26% y 30%). En 2002, según datos del DANE, las causas más frecuentes fueron las enfermedades isquémicas del corazón (52,3 por 100.000), las cerebrovasculares (31,1 por 100.000) y las hipertensivas (12,7 por 100.000). Los departamentos con las más altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fueron Tolima (178,7), Caldas (158,6) y Santander (155,6). La ENSIN ha identificado factores de riesgo asociados, como sobrepeso y obesidad, en la población entre 18 y 64 años (hombres 33% y mujeres 31,1%). La proporción de personas que cumplen con el mínimo de actividad física recomendada fue de 26% en el grupo de 13 a 17 años y 42,6% en el de 18 a 64 años.

Neoplasias malignas

Las muertes por neoplasias aumentaron su frecuencia desde 1998 (62,7 por 100.000) hasta 2002 (67,3 por 100.000), año en el que constituyeron la tercera causa de muerte de acuerdo con los Indicadores Básicos. En 2002, el cáncer de estómago fue primera causa de muerte por tumores en ambos sexos (9,7 por 100.000); siguieron el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (7,2 por 100.000) y las leucemias y linfomas (6,2 por 100.000). El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por tumores entre los hombres (4,7 por 100.000). En las mujeres, el cáncer de útero es la segunda causa de muerte por tumores (5,03 por 100.000) y el de mama la tercera (3,9 por 100.000). Los departamentos con las más altas tasas de mortalidad por neoplasias en 2002 fueron Risaralda (90,6), Antioquia (90,4) y Quindío (88,5).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Los fenómenos hidrometeorológicos, en especial las inundaciones, son los que más afectan a Colombia, seguidos por los fenómenos geológicos. Cerca de 80% de la población vive en zonas con algún riesgo de sismos. Desde 2001 se ha presentado un incremento sostenido del número de damnificados y muertos por causa de desastres, lo cual se puede asociar no solo con el incremento de los fenómenos naturales y la persistente ubicación de población en zonas de alto riesgo, sino también con las insuficientes medidas de prevención, preparación y mitigación en los diferentes sectores involucrados. Entre 2002 y 2005 hubo 1.343.282 afectados por desastres naturales que produjeron 487

mueres. En el mismo período hubo 371 muertes por eventos de tipo tecnológico relacionados principalmente con accidentes de transporte (48). Para 2005 hubo en promedio 24 muertes y 68 heridos cada mes por accidentes con mina antipersonal (49).

Violencia

La tasa de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona fue de 72,6 por 100.000 habitantes; por accidentes de transporte, 16,1; por accidentes excluido transporte, 10,7 y por suicidios y lesiones autoinfligidas, 5,5. No hay datos por género. Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2004 se registraron 203.438 casos de lesiones por causa externa no fatales y, con respecto a 2003, aumentaron los dictámenes sexológicos y las lesiones accidentales (1,6%). Se ha reducido proporcionalmente la violencia interpersonal común (42,5%) y se han incrementado los delitos sexuales (8,8%); las lesiones no fatales por violencia intrafamiliar fueron 29,4%. La mortalidad causada por violencia de los grupos armados ilegales se ha reducido de 28,2% en 2003 a 15,1% en 2004; los departamentos que lograron mayor éxito en la reducción de las tasas de homicidio fueron Arauca, Antioquia, Caquetá, Caldas y Norte de Santander; un mayor número de departamentos (21) se encuentran debajo de la tasa nacional (50). Es importante el riesgo de muerte o mutilación por la presencia de mina antipersonal en varias regiones del país. En el marco del conflicto interno, de 1995 a 2003 se registraron las siguientes infracciones contra las actividades médicas y sanitarias: 684 casos (68%) contra la vida y a la integridad personal, 146 casos (15%) contra la infraestructura sanitaria, 160 casos (16%) contra las actividades sanitarias, y 12 casos (1%) de falsa alarma (51). Las infracciones contra la misión médica aumentaron de 468 en el período 1995–1998 a 1.006 en el período 1995–2003 (51).

Salud mental y adicciones

Dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida (40,1%) siendo el de más alta prevalencia el trastorno de ansiedad (19,3%). En hombres el más frecuente es el abuso de alcohol (13,2%) y en mujeres, la depresión mayor (14,9%). La prevalencia de vida de uso de sustancias (de todos los tipos) fue mayor en hombres; después del abuso de alcohol, siguen en orden: dependencia del alcohol (4,7%), dependencia de nicotina (2,9%) y abuso de drogas (2,1%). La prevalencia de vida para ideaciones suicidas fue de 12,3%. La mediana de edad de aparición de los trastornos afectivos para el episodio de depresión mayor fue de 24 años (52).

Contaminación ambiental

Las intoxicaciones por plaguicidas se notifican al SIVIGILA con una frecuencia muy baja, aunque se asume que existe un subregistro considerable debido a que el sistema de vigilancia apenas se extendió a nivel nacional en el año 2005. En este año, se reportaron 5.590 intoxicaciones por sustancias químicas, de

las cuales 76% correspondieron a plaguicidas (4.251 casos). La venta de plaguicidas en 2002 fue de 20.081.231 K: 75,4% fungicidas, 13,9% herbicidas, 4,4% insecticidas, 1,5% fumigantes, 1,4% biológicos y 3,3% otros.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Mediante la Ley 789 de 2002, Colombia definió el Sistema de Protección Social como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo” (53). En secuencia de lo anterior, mediante la Ley 790 de 2002, se creó el Ministerio de la Protección Social —resultado de la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Los objetivos primordiales del Ministerio son la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de Protección Social; este integra en su operación el conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas, así como las normas, los procedimientos y los recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población; también incluye el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la Asistencia Social y el Sistema de Seguridad Social Integral (conformado por Sistema General de Pensiones, el SGSSS y el Sistema General de Riesgos Profesionales) (54).

El Plan Nacional de Desarrollo de Colombia 2002–2006 definió un componente sobre la protección de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, que establece: “Se diseñará e implementará un modelo de seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas que inciden en los derechos humanos, tanto las relacionadas con los derechos civiles y políticos, como aquellas que vinculan los derechos económicos, sociales y culturales, colectivos y del ambiente” (55). La Defensoría del Pueblo es la institución del Estado colombiano responsable de impulsar la efectividad de los derechos humanos en el marco de un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista; lleva a cabo su función mediante acciones integradas de promoción y divulgación de los derechos humanos, defensa y protección de los derechos humanos y divulgación y promoción del derecho.

En los últimos 10 años el sector salud de Colombia ha sufrido profundas reformas; merecen destacarse el proceso de descentralización política y administrativa del país y la Reforma al Sistema de Seguridad Social. En 2001 se creó la Ley 715, denominada Sistema General de Participaciones, que definió competencias y recursos en los diferentes niveles de los sectores educativo y de salud. La descentralización en salud estableció competencias normativas para los departamentos, distritos y municipios en materia de salud pública y definió sus responsabilidades como

autoridad sanitaria en su ámbito territorial respectivo. Sin embargo, la descentralización en Colombia ha estado determinada por la heterogeneidad en el país en términos de grado de desarrollo, capacidad económica y técnica. Por otra parte, el estado de transición del sector salud hace coexistir rasgos del modelo del antiguo Sistema Nacional de Salud con el SGSSS, en un mercado de competencia regulada.

Colombia realizó evaluaciones del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en el ámbito nacional (2002) y en el Distrito de Bogotá (2002) y en los departamentos de Valle del Cauca, Caldas y Antioquia (2003); estas evaluaciones subnacionales permitieron la formulación de planes de fortalecimiento de la salud pública en el nivel departamental. Actualmente se encuentra en proceso de adaptación la evaluación del desempeño de las FESP para el ámbito municipal. Los resultados de la evaluación a nivel nacional mostraron un desempeño medio inferior en la generalidad de las funciones, a excepción de la FESP11 (reducción del impacto de emergencias y desastres) en la que se obtuvo un desempeño óptimo. Es importante indicar que hubo un desempeño inferior en la FESP3 (promoción de la salud), seguida de la FESP4 (participación de los ciudadanos en salud) y FESP10 (investigación en salud pública).

El sistema de salud colombiano cuenta con normatividad en temas fundamentales como aseguramiento, prestación de servicios, generación y uso de los recursos en salud, planes de beneficios, salud pública, recursos humanos, vigilancia, inspección y control, y funciones y competencias de los actores en el SGSSS. Las más importantes son la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud); la Ley 715 de 2001 (Sistema General de Participaciones) y sus normas reglamentarias; el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad), y las resoluciones 1043, 1045 y 1046 de 2006. La violencia intrafamiliar ha adquirido visibilidad en la última década, y hoy constituye un delito en Colombia; la Ley 248 de 1995 es para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Otras leyes (Ley 294 de 1996, la Ley 360 de 1997 y la Ley 575 de 2000) sancionan como delitos las conductas violentas producidas en el seno de la familia, incluida la violencia sexual entre cónyuges, delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana y consagran derechos especiales para las víctimas.

En el caso de salud, las iniciativas legislativas que se aprueban en el Congreso Nacional pueden provenir del órgano legislativo, del Gobierno Nacional, del Ministerio de la Protección Social (MPS) u otros actores del sistema. La reglamentación normativa es responsabilidad del MPS; cuando la norma afecta los intereses de los integrantes del SGSSS, la debe presentar ante el CNSSS, de lo contrario el MPS es autónomo para la reglamentación.

Estrategias y programas de salud

El Ministerio de la Protección Social, mediante el Plan Nacional de Desarrollo, estableció las metas y las estrategias naciona-

les para el período de gobierno; además, periódicamente emite directrices, dirigidas a las entidades territoriales y a los prestadores, sobre la aplicación de las normas de cumplimiento obligatorio para las acciones de detección temprana, protección específica y otras de interés en salud pública, que están previstas en los planes de beneficios. Los diversos mecanismos del sistema velan por la equidad, calidad, eficiencia y, especialmente, el sostenimiento financiero de las intervenciones, y la participación social es posible por los mecanismos normativos que prevé la veeduría social.

Organización del sistema de salud

El SGSSS conforma el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual es, a su vez, parte del Sistema de Protección Social. El nuevo SGSSS fue creado mediante la Ley 100 de 1993 y pretende garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad suficiente para afiliarse al Sistema; la prestación de los servicios sociales complementarios en términos de la Ley, y la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (56). Con el nuevo sistema se realizó un cambio fundamental sobre el aseguramiento, el cual incide de manera especial sobre el modelo de atención y prestación de los servicios de salud. Igualmente, la Ley desarrolla el servicio público de salud, además de abordar los sistemas de pensiones y salud, así como algunas prestaciones económicas.

El SGSSS es una organización mixta conformada por dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, que deben integrarse en su funcionamiento y tienen una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad. El modelo incluye además un régimen de “vinculados transitorios”, compuesto por las personas pobres con poca capacidad de pago, que no se encuentran inscritos en los regímenes anteriores. Además existen regímenes excepcionales que se encuentran fuera de la normatividad de la Ley 100 de 1993, tales como la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el magisterio, el Congreso de la República, las fuerzas militares y de policía y las universidades públicas.

El sistema plantea la obligatoriedad de afiliación de los asalariados y grupos de población con capacidad de pago, quienes se vinculan al régimen contributivo del sistema, mediante pago de cotizaciones. La cobertura de protección de seguridad social se extiende a todos los miembros de la familia del trabajador que cotiza. Las personas sin capacidad suficiente para pagar cotizaciones obligatorias reciben subsidios totales o parciales del sistema para asegurar su vinculación por medio del régimen subsidiado; a este se accede previa focalización y selección de beneficiarios de subsidios del Estado, mediante la aplicación de una encuesta socioeconómica (SISBEN) y la selección por parte de las entidades territoriales.

El Sistema considera tres mecanismos de solidaridad: la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para equilibrar los recursos del régimen contributivo y asegurar el acceso en condiciones de

igualdad para afiliados que cotizan y beneficiarios con distintos niveles de ingresos; el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuyos recursos apoyan el acceso a la población que requiere subsidios; y concurrencia de los ingresos corrientes de la Nación para quienes acceden al régimen subsidiado.

El Sistema está integrado por organismos de dirección, vigilancia y control, administración y financiación, y provisión de servicios de salud, en un modelo de competencia regulada del aseguramiento y la prestación de servicios. Entre las instancias de dirección y control debe mencionarse el CNSSS, que es colegiado y representativo de los principales actores y gestores del sistema, bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social. Funge como el consejo de administración del FOSYGA y tiene como principales funciones la definición del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo; la definición del monto de la cotización y valor de la UPC con sus respectivos diferenciales, y la regulación del régimen de copagos y cuotas moderadoras. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social que tiene funciones de inspección, vigilancia y control, así como el control presupuestal y financiero de las entidades participantes y el montaje de mecanismos de evaluación de calidad científica de la prestación de los servicios. El Ministerio de la Protección Social tiene competencias en la vigilancia epidemiológica, es el rector del SGSSS, preside el CNSSS, determina la política general del sector salud y en general del Sistema de Protección Social, norma y ofrece asistencia técnica a los actores.

Las direcciones departamentales y locales de salud son la representación del Estado en cada departamento o localidad municipal. Los departamentos y municipios cuentan con un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, cuyas competencias son similares al CNSSS en su ámbito de influencia.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son los núcleos básicos del SGSSS, responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del FOSYGA. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados. Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tienen como función administrar el aseguramiento de las personas más pobres y vulnerables, como parte de la delegación que hace el Estado en las cabezas de los municipios.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás establecimientos de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios por medio de las EPS. Las IPS pueden o no tener relación patrimonial con las EPS, pero en todo caso deben gozar de autonomía técnica y financiera. Los hospitales públicos del anterior Sistema Nacional de Salud se descentralizaron y convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE) con el fin de que pudieran entrar en la oferta de servicios de salud y garantizar su sostenimiento financiero en un mercado de servicios competitivo.

En 2004, 32,8% de la población estaba afiliada al régimen contributivo, 34,3% al régimen subsidiado, 3,9% a regímenes especiales y 28,9% no estaba asegurada en el sistema (12). El acceso a los servicios del SGSSS no necesariamente está garantizado a partir de la cobertura del aseguramiento; dadas las barreras de acceso existentes, los usuarios se han visto obligados en numerosos casos a hacer uso de la acción de tutela como instrumento de exigencia para el cumplimiento de los planes de beneficios, y las autoridades nacionales han tenido que realizar el control y seguimiento estricto de los casos para no permitir la vulneración de los derechos de los ciudadanos. La población no asegurada al SGSSS corresponde fundamentalmente a la que pertenece a los estratos 3 y 4 de la encuesta de identificación de beneficiarios (SISBEN), que aún no han alcanzado a ingresar al sistema; los jóvenes entre 18 y 24 años que no han accedido a la educación superior, pero son mayores de edad y no pueden ser afiliados por sus padres si no certifican su condición de estudiantes; los desempleados no encuestados por el SISBEN, y los evasores.

La población indígena es prioritaria en la afiliación al SGSSS; se ha promovido la creación de EPS indígenas, conformadas por cabildos o autoridades tradicionales indígenas, o ambos, para facilitar una adecuación étnica y cultural del Sistema de Salud y de IPS indígenas (57, 58). La ley 691 de septiembre de 2001 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS.

Servicios de salud pública

Entre las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud y con el propósito de incrementar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud en Colombia, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud propone la “Identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria”. En este marco, desde 2004 los niveles descentralizados del sistema de salud (distritos, departamentos y municipios) han elaborado y puesto en funcionamiento modelos de atención y gestión basados en la atención primaria de salud (APS); entre ellos cabe mencionar: en el Distrito de Bogotá, “Salud a su Hogar” es un programa que busca la implementación de la política distrital basada en la garantía del derecho a la salud, mediante la implantación progresiva de la APS con enfoque familiar y comunitario, comenzando por la población más pobre y vulnerable, y en los departamentos de Santander, Valle del Cauca, Antioquia y Cesar, se han desarrollado modelos de salud familiar y comunitaria basados en APS y políticas públicas para su implementación en sus municipios.

En el marco de la descentralización no existen programas verticales de prevención y control de enfermedades, y las acciones correspondientes forman parte de las prestaciones individuales (POS) del SGSSS. El Plan de Atención Básica (PAB), bajo la responsabilidad de los alcaldes, es el instrumento para garantizar la

salud colectiva. El Ministerio de la Protección Social emite periódicamente directrices que señalan las prioridades, estrategias y metas a alcanzar por los niveles locales.

El sistema de salud de Colombia, por medio de la Ley 715, define que los gobiernos locales (las municipalidades) deben realizar el diagnóstico de la situación de salud y son responsables del sistema de vigilancia de salud pública en sus respectivas jurisdicciones. El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia, incluidas estadísticas vitales e información demográfica. El gobierno es el responsable del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). En la actualidad, los departamentos y municipios más desarrollados recolectan y publican de manera continua sus indicadores básicos de salud. El sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) funciona en todo el país para la notificación de eventos de enfermedades transmisibles, eventos de fuente común y mortalidad evitable. Está en marcha la introducción de modelos y protocolos para la vigilancia de otros eventos en temas como enfermedades no transmisibles, mortalidad, medio ambiente, acciones de promoción y detección precoz, y medicamentos, así como el diseño de un nuevo sistema de información y un modelo de gestión territorial de la vigilancia.

La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública tiene como misión el diagnóstico de las enfermedades infecciosas de importancia en salud pública y la detección de factores de riesgo y está organizada en consonancia con el sistema de descentralización. En 2006 se expidió el Decreto 2323 que reorganizó la Red y definió como líneas estratégicas la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación. Los laboratorios de salud pública son 33, están ubicados en las cabeceras departamentales y dependen técnica y administrativamente de las direcciones departamentales de salud pública. El financiamiento de los laboratorios de salud pública corresponde al Plan de Atención Básica y a la inversión de recursos propios de los departamentos. Las entidades territoriales pueden contratar servicios de laboratorios privados. Existe un total de 6.042 laboratorios públicos y privados con diversas especialidades (la gran mayoría clínicos).

En los últimos 10 años, los servicios públicos domiciliarios han mejorado su cobertura y calidad; en las grandes ciudades hay empresas eficientes, tanto públicas como privadas y mixtas; en las áreas rurales, hay empresas comunitarias encargadas de proporcionar estos servicios. Entre 1993 y 2003, la cobertura del acueducto urbano se incrementó de 94,6% a 97,4% y la de alcantarillado, de 81,8% a 90,2%. En el área rural, la cobertura actual de acueducto es de 66% y ha aumentado 12 puntos porcentuales en los últimos 10 años. La cobertura de saneamiento básico rural es de 57,9% (7).

La producción nacional de residuos sólidos se estima en 27.300 toneladas/día, de las cuales 22.800 corresponden al área

urbana. La cobertura de recolección de residuos sólidos es del 95% (59). De los 1.098 municipios, 350 disponen sus residuos en rellenos sanitarios, y 565 en botaderos a cielo abierto. Se generan 8.500 toneladas/año de residuos hospitalarios, 40% de estos con características infecciosas. En 2002 se estableció una reglamentación que obliga a los municipios a contar con planes de gestión integral de residuos sólidos.

Las mayores emisiones de partículas menores a 10 micras (PM10), óxidos de nitrógeno (NOx) y monóxido de carbono (CO) son causadas por fuentes móviles (85% por gasolina en transporte) y las partículas suspendidas totales (PST) y óxidos de azufre (SOx), por fuentes fijas (65% por carbón). La contaminación del aire se produce mayoritariamente por transporte terrestre (86%). Los costos sociales por contaminación de aire se han estimado en 1,5 billones de pesos anuales. Se asocian a la contaminación enfermedades como cáncer, asma, bronquitis crónica y trastornos respiratorios (60).

El Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial ha avanzado en la consolidación del inventario nacional de contaminantes orgánicos persistentes (COP), la evaluación del marco regulador, la capacidad institucional e infraestructura disponible en el país para la gestión de COP, la divulgación de información y sensibilización de la comunidad, y el fortalecimiento de la capacidad nacional para abordar estrategias de manejo de sitios contaminados con COP. Mediante el Inventario Nacional de Dioxinas y Furanos se logró la identificación y cuantificación de las principales fuentes de generación de estas sustancias: combustión incontrolada 55,1%, incineración 15,7%, transformación de energía y calefacción 8,9% y producción de metales 6%. En proceso de ejecución se encuentra el inventario nacional de bifenilos policlorados (PCB) (61).

En el país se ha prohibido el uso de los siguientes plaguicidas fungicidas con base en componentes de mercurio, leptofos (Phosvel) 2,4,5-T, 2,4,5-TP, DBCP, EDB, DDT, clordimeform, dinoseb, captafol, aldrina, heptacloro, dieldrina y canfecloro (Mirex), dicofol, endosulfan, lindano y toxafeno. Además se han desarrollado algunas restricciones para la aplicación del paraquat, metilparation, paration y bromuro de metilo.

La vigilancia de casos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en humanos es liderada por el Instituto Nacional de Salud, y la inspección, vigilancia y control de los alimentos, por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En 2005 se notificaron 7.941 casos de ETA, lo que representa un incremento del 30,4% con respecto a 2004 (6.090 casos). El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años con 42% de casos (62). Con respecto a la incidencia de plagas y enfermedades animales y vegetales, Colombia posee control oficial, por medio del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), sobre las 13 enfermedades endémicas y exóticas de riesgo y sobre 50 plagas y enfermedades vegetales. No existen programas de control oficial que estén directamente relacionados con los factores de riesgo de

origen biológico y químico, por lo cual el país no cuenta con líneas de base sobre microorganismos patógenos y contaminantes químicos en los diferentes grupos de alimentos (63).

En el país hay presencia de brucelosis bovina y tuberculosis bovina; está libre de encefalopatía espongiforme bovina, pero sujeto a demostración para su certificación; en la avicultura está libre de gripe aviar altamente patógena, hepatitis por cuerpos de inclusión y es endémico de Newcastle y *Salmonella*. En porcicultura, es endémico de fiebre porcina clásica; en piscicultura y acuicultura, es endémico de mancha blanca del camarón. En equinos, es endémico de encefalitis equina venezolana y anemia infecciosa equina (63). En el mes de septiembre de 2005 se detectó el virus de influenza aviar H9N2, de baja patogenicidad para aves, en granjas de producción avícola del municipio de Fresno en el Tolima; este foco fue controlado y no hubo detección en otras zonas del país.

Respecto a la seguridad alimentaria y nutricional, en el período 1996–2005, Colombia ejecutó el Plan de Alimentación y Nutrición como parte de su política de Estado. Bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el país llevó a cabo las siguientes líneas de acción: seguridad alimentaria, que incluye el bono alimentario y proyectos que cubren todo el ciclo vital y a la familia indígena; protección al consumidor mediante el control de la calidad y la inocuidad de los alimentos; prevención y control de deficiencia de micronutrientes; prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias; promoción, protección y apoyo de la lactancia materna; promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables; investigación y evaluación en aspectos nutricionales y alimentarios, y formación de recursos humanos en esta área.

El Ministerio de la Protección Social ha institucionalizado el Grupo de Emergencias y Desastres. En los niveles territoriales, 72,2% de los departamentos y distritos tienen funcionarios a cargo del tema. Los principales avances y fortalezas se encuentran representados en la adopción de marcos normativos y procesos para el reforzamiento estructural de las instalaciones sanitarias y en la construcción de nuevos establecimientos de salud que cumplen las normas establecidas sobre resistencia sísmica. Asimismo, se mantienen procesos de capacitación relativos a la preparación, mitigación y respuesta ante desastres en el sector salud. Las debilidades se identifican en los niveles subnacionales, en especial en la coordinación interinstitucional para el abordaje integral del tema de los desastres naturales. Se requiere un mayor desarrollo de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE); la implementación del concepto de coordinación de los Centros de Operaciones de Emergencia, y el trabajo sostenido en la comisión de salud de los comités locales y regionales de prevención y atención de desastres, también llamados CLOPAD y CREPAD.

También se cuenta con un Plan de Prevención y Mitigación del Impacto de la Pandemia de Influenza, cuyos principales componentes de acción son preparación para una emergencia; vigilan-

cia en salud pública; investigación y manejo de casos; prevención de la propagación de la enfermedad en la comunidad; preservación de los servicios básicos, e investigación y evaluación. En septiembre de 2005 fueron asignados 12.000 millones de pesos (aproximadamente US\$ 5.000.000) específicamente para desarrollar estos componentes desde el Ministerio de la Protección Social (64).

Servicios de atención a las personas

De acuerdo con el Registro Nacional de Prestadores de Salud, en septiembre de 2006 había 58.010 puntos de atención de salud en el país y 51.095 prestadores de servicios, de los cuales 82,7% eran profesionales de la salud independientes y 16,6%, instituciones públicas o privadas. Había 872 hospitales públicos con autonomía administrativa, denominados Empresas Sociales del Estado (ESE). De los servicios registrados, 68% corresponden a consulta externa, 13,8% a servicios de apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica, 6,2% a atención extramural, 5,2% a servicios quirúrgicos, 3,8% a servicios hospitalarios, 1,5% a urgencias y 1,2% a transporte especial. Se registraron en el país un total de 54.475 camas (58).

En el SGSSS hay 20.332 servicios habilitados, es decir, cumplen con los requisitos básicos de calidad; estos incluyen: radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y toma de muestras de laboratorio clínico, endoscopias digestivas, laboratorio de citopatología, diagnóstico cardiovascular, hemodinamia, diálisis renal, fibrobroncoscopia, litotripsia urológica, oncología clínica, radioterapia, transfusión sanguínea y servicios farmacéuticos. La red de Bancos de Sangre está conformada por 110 bancos; el INS, que es el referente nacional, coordina y asesora el funcionamiento y el sistema de calidad, y brinda capacitación y asesoría para la promoción de donación voluntaria. Los bancos pueden ser públicos o privados pero deben cumplir los estándares de calidad ante el SGSSS, al igual que los servicios de transfusión. La inspección, vigilancia y control de los bancos la ejerce el INVIMA. Existen 11 unidades por cada 1.000 habitantes, frente al estándar de 50 por 1.000, y hay inequidad en la distribución, en especial en zonas de difícil acceso. La donación, en especial la voluntaria, se incrementó de 41,7% en 2003 a 55% en 2005. La red garantiza 99,9% de tamizaje para los marcadores de infección recomendados internacionalmente (VIH, HBsAg, HCV, sífilis y Chagas).

Promoción de la salud

Las entidades territoriales, las EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tienen la función de evaluar, dar seguimiento, asistencia, asesoría y controlar las acciones de promoción de salud pública contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. El Plan de Atención Básica está destinado al fomento de la salud y a la pre-

vención de la enfermedad, y su cumplimiento es obligatorio para las entidades territoriales en todos los niveles de la administración pública; los municipios tienen la responsabilidad del suministro de los servicios sociales básicos y la promoción de la participación comunitaria.

En la promoción a nivel nacional se priorizan acciones para la generación de políticas públicas orientadas al desarrollo de las estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables. La ciudad de Bogotá jerarquiza sus acciones de promoción de la salud en las comunidades vulnerables, con un enfoque que busca garantizar los derechos humanos en temas centrales como “Bogotá moderna y humana”, “Bogotá sin hambre” y “Bogotá sin indiferencia”. En las ciudades de Bucaramanga, Cali y Manizales se han desarrollado experiencias con la estrategia CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles). El país cuenta a nivel nacional con tres centros colaboradores de la OMS en materia de promoción: el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) y el Instituto en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva (PROINAPSA).

El país cuenta actualmente con una Red Nacional de Vivienda Saludable muy activa y está elaborando lineamientos que permitirán la incorporación del concepto de vivienda saludable en los proyectos de viviendas de interés social y población vulnerable. En los programas de capacitación y formación de líderes comunitarios ejecutados entre mayo de 2003 y finales de 2005, se formaron 1.350 facilitadores y 4.527 agentes comunitarios; además, se llevaron a cabo visitas a 28.500 familias, con iniciativas en al menos 15 departamentos del país. La Red es liderada por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y participan en ella el Ministerio de la Protección Social, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Acción Social, el sector académico y organizaciones no gubernamentales. Se han presentado alternativas tecnológicas para el mejoramiento de la vivienda y de las condiciones sanitarias de las mismas, ejecutadas con recursos de ONG.

En las escuelas se ha fortalecido el componente ambiental mediante el desarrollo de una caja de herramientas para el control de riesgos y el apoyo a la vigilancia de la calidad del agua con proyectos como “Juventud, ciencia, salud y ambiente”, cuyo objetivo principal es apoyar a los profesores, niños y jóvenes para que entiendan la importancia del binomio “salud y ambiente”.

Colombia está realizando un programa de prevención de la violencia y reducción del crimen mediante los “Observatorios del delito” en el sudoeste colombiano: nueve municipales, dos subregionales y tres departamentales. También se creó el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) —que es de carácter obligatorio y participa en el SGSSS—, el cual ha aportado recursos importantes para los programas de prevención vial y el fortalecimiento de la red de urgencias del país (65).

Se constituyó el Comité Nacional de Salud Ocupacional, el cual elaboró el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003–2007, herramienta de gestión y eje del desarrollo del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP). Este plan incluye: promoción de la seguridad y salud en el trabajo; cultura de autocuidado y prevención de los riesgos profesionales; fortalecimiento de entidades, instituciones e instancias del SGRP; desarrollo técnico, tecnológico y científico; reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas al trabajador y la viabilidad financiera del SGRP, y ampliación de cobertura en el SGRP. Para noviembre de 2004, la población en edad de trabajar (≥ 12 años en áreas urbanas y ≥ 10 años en áreas rurales) fue de 33.548.030. La población afiliada al SGRP era de 4.836.939 trabajadores.

Suministros de salud

El INVIMA es la agencia de regulación, inspección, vigilancia y control para medicamentos, alimentos e insumos para la salud, bancos de sangre, tejidos y órganos. Se cuenta con una Política Farmacéutica Nacional desde diciembre de 2003. El Ministerio de la Protección Social dicta las políticas, establece las normas y ejerce la dirección del sistema. La reglamentación del régimen de registro para la producción e importación de medicamentos incluye el requerimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura. La producción bruta de medicamentos cayó 2% en 2004 frente a 2001, de acuerdo con la Encuesta Anual Manufacturera de la industria farmacéutica. En diciembre de 2004, el tamaño del mercado farmacéutico era del orden de \$US 1.116 millones; el comercio de productos terminados ha crecido: 10,8% las importaciones y 8,8% las exportaciones. La producción nacional —tanto de laboratorios nacionales como extranjeros localizados en el territorio nacional— ha decrecido, ya que en 1995 abastecía a 90,6% del mercado interno y en 2004 solo abastecía a 74,3%. La relación de importación de productos terminados sobre el consumo aparente aumentó de 7% en 1994 y a 27% en 2004 (66). La entrega de medicamentos es un indicador neurálgico del SGSSS; en 2000 no se proporcionaban los medicamentos a 39,8% de los usuarios del sistema (67) y en 2005 solamente 51,6% manifestaron haberlos recibido el mismo día; los demás acusaron problemas y debieron comprarlos. Diversos estudios señalan que esto afecta gravemente la canasta familiar, ya que el problema recae mayoritariamente en la población más vulnerable (68).

En 2004 se reglamentó el régimen de registros sanitarios y la vigilancia de los reactivos de diagnóstico *in vitro* para exámenes de especímenes de origen humano. Su inspección, vigilancia y control corresponde al INVIMA, que cuenta además con un comité de evaluación de pruebas diagnósticas.

En 2005 —mediante la regulación del régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria—, se reglamentó lo relacionado con los dispositivos médicos para uso humano (producción, procesamiento, envase, empaque, almacenamiento, expendio, uso, importación, exportación, comer-

cialización y mantenimiento) y se implementó el programa de vigilancia postmercado de dispositivos médicos (incluidos los equipos), o tecnovigilancia. En 2004 se reglamentaron los procedimientos para la elaboración del catastro físico hospitalario de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública del primer nivel (69). La información se recogió en 2006 para decidir las políticas sobre estructura y tecnología. Las Empresas Sociales del Estado (ESE), que son hospitales de la red pública descentralizados y autónomos, toman decisiones sobre la dotación sin perjuicio de la vigilancia del INVIMA.

Recursos humanos

En 2005 se estimó que 278.685 personas laboraban en el sector salud (659,5 trabajadores directos por cada 100.000 habitantes); 70,6% son mujeres y 29,4% hombres; la edad promedio de las mujeres es 38,6 y en los hombres 40,9. El personal auxiliar representa 53,3%, el profesional 41,9% y el técnico 4,8%. Entre 2001 y 2005 el número de médicos generales se incrementó de 29.460 a 33.682 (7,3 por 10.000 habitantes). Según estimaciones, en 2005 había 27.034 enfermeras (5,9 por 10.000), 28.373 odontólogos (6,1 por 10.000), 17.643 bacteriólogos (3,8 por 10.000), 116.204 auxiliares de enfermería (25,2 por 10.000) y 5.544 nutricionistas y dietistas (1,2 por 10.000).

Solo se obtuvo información sobre el tipo de vinculación laboral en 53,7% de los recursos humanos: 17,3% mantienen contrato de trabajo privado, 14,3% de carrera administrativa, 7,3% trabajador oficial, 5,6% nombramiento provisional, 2,5% libre nombramiento y 6,7% otro tipo de vinculación. Según estimaciones de los escenarios de oferta y demanda de profesionales y auxiliares de salud 2000–2005, hay un déficit de 6.316 médicos generales y de 17.312 nutricionistas y dietistas; por el contrario, hay un exceso de bacteriólogos (4.787), odontólogos (4.374) y auxiliares de enfermería (34.780) (70). Hasta 2006 había 909 programas de formación en salud (34,8% pregrado y 65,2% postgrado), concentrados principalmente en universidades (70,5%) e instituciones de educación superior (26,4%) (71).

Investigación científica y desarrollo tecnológico en salud

La Política Nacional de Ciencia y Tecnología busca fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología y de su ente rector el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” (Colciencias). El presupuesto general de la nación incluye un rubro específicamente para investigación y existe una reglamentación para que 7% de los recursos provenientes de los impuestos de los juegos de suerte y azar sean destinados a investigación. Entre 2002 y 2004 se ejecutaron US\$ 11.200.000, 38% en investigación básica biomédica, 37% en investigación clínica y 25% en investigación epidemiológica y de salud pública; 47% se han invertido en investi-

Un sistema para proteger a las poblaciones vulnerables

Como parte del esfuerzo nacional dirigido a garantizar la inclusión social de las personas que han sufrido inequidades en las áreas de salud, empleo y pensiones, Colombia ha establecido el Sistema de Protección Social —un conjunto de políticas públicas orientadas al manejo de riesgos, reducción de la vulnerabilidad y mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, con énfasis en los grupos sociales más desprotegidos. A tal fin, en 2002 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social, responsable de todos los aspectos del Sistema de Protección Social, tales como formulación y adopción de políticas, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento. El documento CONPES 91, el Plan de Desarrollo del Gobierno Nacional 2006–2010 y el documento Visión Colombia 2019 han tomado una posición firme para disminuir las brechas existentes entre los grupos y regiones del país y avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uno de los grandes desafíos que enfrenta el nuevo sistema es la violencia producida por los grupos armados al margen de la ley, la cual ha generado alrededor de dos millones de personas desplazadas en la última década. La gran vulnerabilidad y las precarias condiciones de vida limitan la capacidad de esta población para proteger su salud y tener acceso a los servicios sanitarios, lo que constituye una preocupación en el campo humanitario.

gación de enfermedades transmisibles y 46% en enfermedades no transmisibles, y solo 2% en investigación sobre violencia y lesiones de causa externa.

En el período 1992–2001 se reportaron 168 artículos publicados en revistas internacionales indexadas, 68 artículos en revistas internacionales no indexadas, 71 artículos en revistas nacionales catalogadas y 123 artículos en revistas nacionales no catalogadas. Ha aumentado el número de grupos de investigación de 73 (1990–1999) a 194 (2000–2004) y el número de investigadores con doctorado de 157 a 373. Las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga, que suman 25% de la población, concentran 75% de los grupos reconocidos por Colciencias. Se está replanteando la Agenda de Prioridades de Investigación en Salud con enfoque en los grandes problemas nacionales y criterios de abordaje inter y transdisciplinario (72). Se dispone de un sistema de información (Observatorio de Ciencia y Tecnología) y Colciencias ha desarrollado la Red Scienti, que es un sistema virtual del área de investigación en salud. Las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” incluyen los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

No existe una política de desarrollo tecnológico en salud en Colombia. Sin embargo, además de las normas para la regulación de dispositivos médicos y de reactivos de laboratorio para diagnóstico, hay normas actualizadas para la regulación, evaluación e importación de tecnología biomédica. El Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología asesora al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) en la definición y actualización de la lista de medicamentos, procedimientos y tecnología del Plan Obligatorio de Salud.

La Red Nacional de Bibliotecas Médicas cuenta con bibliotecas médicas universitarias y de centros de investigación, entre las que se destaca la biblioteca del Instituto Nacional de Salud como

depositaria de las investigaciones más importantes en los temas de salud pública. A partir de 1998 se desarrolló la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) para Colombia (45 instituciones vinculadas) y en 2005, con el apoyo de BIREME-OPS, el Ministerio de la Protección Social lanzó la Biblioteca Virtual para Vigilancia en Salud Pública (20 instituciones vinculadas). Existen otras bibliotecas virtuales temáticas en diversos grados de desarrollo (psicología, adolescencia, niñez y juventud). Cabe destacar el inicio en 2006 del proyecto SciELO Colombia, manejado por la Universidad Nacional, con más de 600 artículos en texto completo, publicados en revistas con arbitraje en las áreas biomédicas y de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total en salud con relación al PIB varió de 9,7% en 1997 a 8,1% en 2002. El gasto per cápita varió de US\$ 255 en 1997 a US\$ 149 en 2002. El mayor peso del financiamiento corresponde a las familias (aproximadamente 30%), especialmente mediante el pago de los aportes de seguridad social en salud (13%) y el gasto de bolsillo (9,5%); en segundo lugar, las empresas (aproximadamente 25%), básicamente con los aportes patronales; en tercer lugar, los recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación (21,8%), con un peso relativo mayor de las transferencias de la nación a los entes territoriales (14%); en cuarto lugar, los recursos de los agentes del sistema, representados por sus recursos propios (ingresos no operacionales) y de patrimonio (financiación de pérdidas contables) (20,5%) y en último lugar, los recursos provenientes de los entes territoriales, departamentales y municipales (3,8%). En cuanto al uso (en promedio en el período 1993–2002), 74,6% corresponde al gasto en atención de salud, 16% a gastos de administración (gastos de personal y gastos generales), 7,9% a varios (representados en un

gran número de conceptos) y 1,5% a gastos de inversión que incluyen infraestructura física y dotación, investigación, capacitación y otros.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional recibida durante 2005 por el Ministerio de la Protección Social para el fortalecimiento de las acciones de salud se reflejó en la ejecución de 10 convenios de cooperación multilateral con los siguientes organismos o programas internacionales: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Gobierno de Japón a través de la Embajada, el Convenio Hipólito Unanue (CONHU), la Corporación Andina de Fomento (CAF), la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Internacional de Migraciones (OIM), Agencia de Cooperación Española y el Convenio Andrés Bello (CAB). Los dos primeros fueron de cooperación financiera no reembolsable y los restantes de cooperación técnica, en temas tales como: fortalecimiento de los sistemas de salud, salud sexual y reproductiva, así como de la red pública hospitalaria y la reforma y el financiamiento del sector salud. Igualmente se llevaron a cabo convenios de cooperación bilateral con diversos organismos y gobiernos, entre ellos el Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional y los gobiernos de Brasil, Canadá, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú y Venezuela.

Referencias

- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005. Bogotá; 2006. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf>. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones de población. Estimaciones de población con base al censo de 1993.
- Grupo Aval. Indicadores económicos. Producto Interno Bruto (PIB) Histórico. Disponible en: <http://www.grupoaval.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp>. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Montenegro S. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. Departamento Nacional de Planeación; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005.pdf. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág. 15–16.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2005. Bogotá; 2006.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio–2015. (Documento CONPES Social 91). Bogotá; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=811. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Justicia y Seguridad. Cifras de violencia. Primer semestre 2005. 2006. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=562. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares 2001–2006; 2006. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/ech/ech_TNal_juni06.xls. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
- Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe; Fundación Corona; Corpoeducación. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2004; Bogotá; 2005. Pág. 3.
- Garzón A. El entorno de las remesas en Colombia: protagonistas y marco legal. En: Seminario Migración internacional, el impacto y las tendencias de las remesas en Colombia, Organización Internacional para las Migraciones, 2004 nov 10–11. Bogotá, 2005. Pág. 61–64. 2006. Disponible en: <http://www.oim.org.co/anexos/documentos/publicaciones/libro90.pdf>. Acceso el 8 de agosto de 2006.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. Capítulo 9. 2005. Pág. 189. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247–277.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Información estadística. Defunciones por grupo de

- edad y por sexo según causas agrupadas en la lista 6/67 de la OPS (CIE-10). 2003.
17. Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2002.
 18. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fecundidad. Pág. 95–108. En: Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.
 19. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas la encuesta de salud sexual y reproductiva entre mujeres desplazadas. 2002. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/profamilia/saludsexual1.htm>. Acceso el 12 de junio de 2006.
 20. Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L. La incidencia del aborto inducido en Colombia. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia; 1994.
 21. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y la selección y priorización de sus beneficiarios 2004. (Documento CONPES Social 86). 2004.
 22. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Revolución educativa: metas y avances. En: Reactivación social. Siete herramientas de equidad. Resultados 2005. 2005. Disponible en: www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEPP_Seguimiento_Resultados/Informe_7_Herramientas_Equidad.pdf. Acceso el 27 de julio de 2006.
 23. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Profamilia Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud — 2005. Capítulo 3, Características generales de los hogares y de la población. Bogotá: ICDS; 2005:40–41.
 24. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Sistema de información sobre trabajo infantil en Colombia. Módulo de trabajo infantil en ECH 2003. Disponible en: <http://suamox03.dane.gov.co:7778/pls/tic/home>. Acceso el 27 de julio de 2003.
 25. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entorno. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
 26. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005 Discapacidad-Colombia. 2006. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin2.pdf>. Acceso el 27 de julio de 2006.
 27. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos, 2004.
 28. Organización Panamericana de la Salud-Colombia. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades. Serie Salud y Desplazamiento en Colombia. 2002–2003.
 29. Médicos sin Fronteras. Vivir con miedo: el ciclo de la violencia en Colombia. 2006. Disponible en: http://www.msf.org/source/countries/america/colombia/2006/report/Vivir_Con_Miedo.pdf. Acceso el 18 de julio de 2006.
 30. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de malaria en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.
 31. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Dengue. Inf Quinc Epidemia Nac 2006;11(3):33–44.
 32. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Informe situación fiebre amarilla. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 33. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe situación epidemiológica de la leishmaniasis. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 34. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la enfermedad de Chagas en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
 35. Agudelo CI, Duque S, Arévalo A, Flores AC, Peláez D, Izquierdo VF, et al. Vigilancia centinela de la etiología de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en seis municipios de Colombia, 2003. Informe preliminar. Rev Infectio 2004; 8:93.
 36. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la tuberculosis en Colombia. Informe 2004.
 37. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la lepra en Colombia. Informe 2004.
 38. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación de salud en Colombia 1990–2002. Documento preliminar. Inédito.
 39. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Laboratorio de Virus Respiratorios, Grupo de Virología. Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios. Actualización Semana epidemiológica N° 52 de 2005. Disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf_investiga/influenza_y_otros_virus_resp_10.pdf. Acceso 18 de julio de 2006.
 40. Prieto F, Osorio A, De Neira M, Grupo de Vigilancia Centinela de VIH. Prevalencia de VIH en población general de Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003–2004. Primera fase. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2004;9:362–75.
 41. Luque R. Situación de la epidemia en Colombia. Presentación del Día Mundial de Lucha contra el SIDA, Videoconferencia nacional, Servicio Nacional de Aprendizaje, diciembre 2005.

42. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Informe hasta el 31 de diciembre de 2005.
43. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/sida. Informe de mortalidad por SIDA Colombia 1995–2002. Inédito.
44. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; Colombia, Ministerio de la Protección Social. Infección por VIH/sida en Colombia. Estado del arte 2000–2005. 2006.
45. Correa R. La erradicación de la fiebre aftosa, un compromiso de todos. *Revista Ica-Informa* 2005;32(2):8–9.
46. Mesa F, Cardenas J, Villamil L. Las encefalitis equinas en la salud pública. Primera edición. Bogotá: Leoprint Editores; 2005.
47. Brito E, Palacios H, Yunda H, Martínez J, Reyes L. Rabia de origen silvestre en Colombia. Construcción de un modelo espacial para determinar áreas de riesgo en Colombia. Instituto Colombiano Agropecuario; 2005. Disponible en: http://www.ica.gov.co/pecuaria/modelo_espacial_abia.pdf. Acceso el 18 de julio de 2006.
48. Center for Research on the Epidemiology of Disasters. Emergency Disasters Data Base (EM-DAT). [Base de datos en línea]. Afectación entre 2002 y 2005. 2006. Disponible en: <http://www.em-dat.net/disasters/list.php>. Acceso el 18 de julio de 2006.
49. Colombia, Presidencia de la República, Oficina de Comunicaciones. Balance de minas antipersonales; 2006. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/resultados/2006/minas_6.pdf. Acceso el 12 de junio de 2006.
50. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia sobre Violencia. Forensis 2004. Datos para la vida, boletín de violencia en Colombia. Bogotá; 2005.
51. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995–2003). Informe de consultoría. 2003.
52. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. 2005.
53. Colombia. Ley 789 de 2002 por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. *Diario Oficial*. 27 de diciembre de 2002. N° 45.046. Capítulo I.
54. Colombia. Decreto 205 de 2003 por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* N° 45.086. Artículo I.
55. Colombia. Ley 812 de 2003. Plan Nacional de Desarrollo 2003–2006. Hacia un Estado Comunitario. Capítulo II. Artículo 5.
56. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa Nacional de Salud 2002–2006.
57. Colombia. Decreto 330 de 2001 por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
58. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Base de datos del Registro Especial de Prestadores de Salud, según información reportada por las entidades departamentales y distritales de salud, 2005.
59. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Superintendencia de Servicios Públicos. Manejo de residuos sólidos en Colombia. 2002.
60. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la formulación de la política de prevención y control de la contaminación del aire 2005. (Documento CONPES 3344). 2005.
61. Colombia, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Sectorial Sostenible. Boletín informativo enero–febrero 2006. Convenio de Donación GEF TF 051529. Proyecto de asistencia preparatoria a Colombia para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco de la Convención de Estocolmo para Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP). Bogotá; 2006.
62. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Enfermedades transmitidas por alimentos, 2005. Disponible en: <http://www.invima.gov.co/version1/noticias/informeETAano2005.doc>. Acceso el 24 de mayo de 2006.
63. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Política nacional de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos para el sistema de medidas sanitarias y fitosanitarias 2005. (Documento CONPES 3375). 2005.
64. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Plan de prevención y mitigación de una pandemia de influenza; 2005. Disponible en: <http://www.invima.gov.co/version1/BVSalud/lainfluenzaencolombia.PDF>. Acceso el 24 de julio de 2006.
65. Federación de Aseguradores Colombianos. Cámara Técnica Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). 2006. Disponible en: http://www.fasecolda.com/int/CT_SOAT.php. Acceso el 28 de julio de 2006.
66. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio de la Política de Precios de Medicamentos en Colombia. Bogotá; 2005.
67. Colombia, Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios, Colombia, 2000.
68. Colombia, Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, Colombia, 2005.
69. Colombia. Resolución 0293 de 2004 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración del catastro físico

- hospitalario de las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención del sector público.
70. Colombia, Ministerio de Salud. Desafíos para los recursos humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Memorias del foro videoconferencias, octubre 2002.
71. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio de Recursos Humanos, Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Base de datos. 2006. Disponible en: http://snies.mineducacion.gov.co:8080/pls/iesprogramas/m_programas.programa_acreditado_lista?p_tipo=2. Acceso el 28 de julio de 2006.
72. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia; Universidad Nacional de Colombia. Foro Mundial para la Investigación en Salud. Construcción de una agenda de priorización de investigación en salud. Memorias primera reunión. Versión 1.0. Bogotá; 2005.