

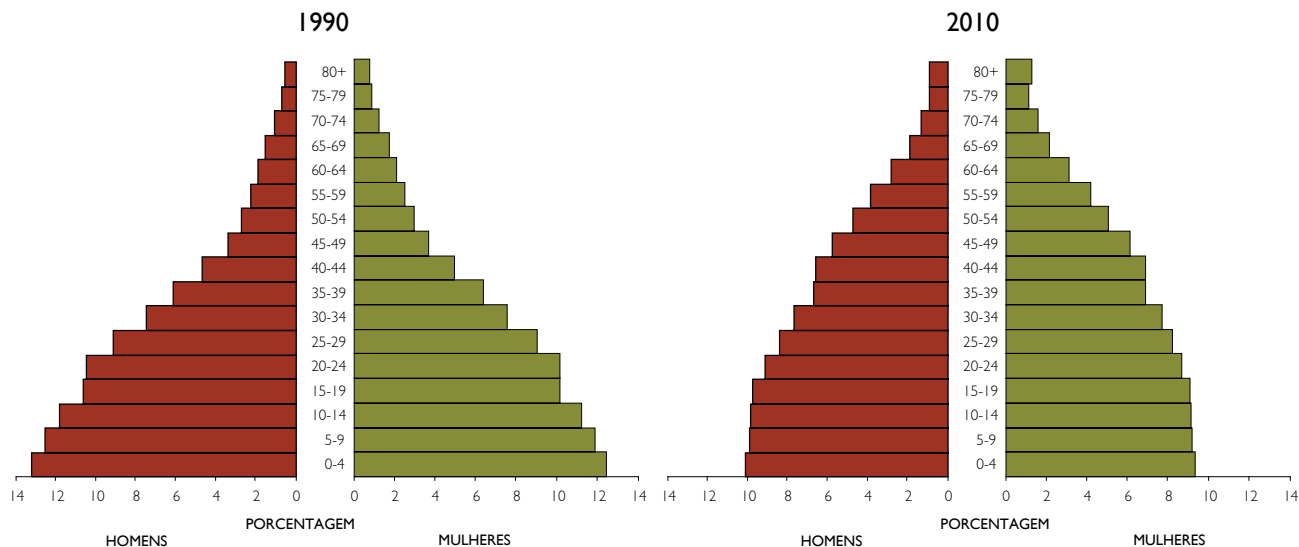
## INTRODUÇÃO

A Colômbia tem uma superfície de 1.141.748 km<sup>2</sup> e encontra-se no extremo noroeste da América do Sul. O país tem duas regiões hidrográficas, a do Oceano Pacífico, com pequenas bacias de rios curtos, mas volumosos, e a do Oceano Atlântico e do Mar do Caribe, com as bacias dos rios Amazonas e Orinoco.

De acordo com a Constituição Nacional de 1991, o país organiza-se na forma de uma república unitária

e a administração do Estado está, em grande parte, descentralizada entre os 32 departamentos, o Distrito da Capital (Bogotá), 1.121 municípios e os territórios indígenas (1).

Em 2010, a população era de 45.508.205 habitantes, dos quais 49,4% eram homens e 50,6% mulheres, e a razão de dependência era de 54,6% (Figura 1). Bogotá é a cidade mais povoada do país, com 7.363.782 habitantes e concentra, junto com as cidades de Medellín, Cali, Barranquilla e Cartagena, 40,6% da

**FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo, Colômbia, 1990 e 2010**

A população aumentou 39,4% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal com predomínio de menores de 25 anos. Em 2010, a pirâmide desloca-se para idades maiores e há relativa semelhança entre as faixas etárias menores de 20 anos, em consonância com queda e manutenção de relativa baixa fertilidade e mortalidade.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População. World Population Prospects, 2010 revision. New York, 2011.

<sup>a</sup> O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

população nacional. A densidade populacional é de 39,9 habitantes por km<sup>2</sup>, a população é predominantemente urbana (75%) e os 10 departamentos das terras baixas das regiões de Orinoquia e da Amazônia têm menos de 3% da população e uma densidade inferior a um habitante por km<sup>2</sup> (2).

A Colômbia passou por uma transição demográfica importante a partir de meados do século XX. Para o período 2010-2015, estimou-se uma expectativa de vida ao nascer de 75,2 anos (78,5 para as mulheres e 72,1 para os homens), uma taxa bruta de mortalidade de 5,8 por 1.000 habitantes, uma taxa bruta de natalidade de 18,9 por 1.000 habitantes e uma taxa global de fertilidade de 2,4 filhos por mulher, o que resulta numa taxa média anual de crescimento de 1,15% (3).

O deslocamento forçado pela violência constitui o fator mais importante na migração interna, com um valor acumulado de 4.667.942 de pessoas deslocadas (4). Estima-se que 3.378.345 colombianos residam no exterior, especialmente nos Estados Unidos (35%), Espanha (23%) e Venezuela (19%) (5, 6).

A economia mostrou um crescimento contínuo entre 2000 e 2010. Os principais setores de ativida-

de econômica são mineração, comércio e construção. O crescimento anual médio do Produto Bruto Interno (PIB) foi de 3,3% no período 2006-2010 (7). Em 2009, o PIB *per capita* chegou a US\$ 4.990 (dólares correntes) ou US\$ 8.600 *per capita*, ajustados de acordo com a paridade do poder aquisitivo (8). Esse crescimento mascara a corrupção, a precariedade do emprego e uma desigualdade expressa por um coeficiente de Gini de 0,578 em 2009 (9); em 2006, os 20% mais ricos da população detinham 24,8 mais riqueza que os 20% mais pobres da população (8). Entre janeiro de 2006 e janeiro de 2010, o desemprego flutuou entre 11,3% e 11,8%, mas o subemprego subjetivo (simples desejo manifestado pelo trabalhador de melhorar sua renda ou o número de horas trabalhadas, ou ainda de ter um emprego mais apropriado para suas capacidades) manteve-se entre 30,5% e 30,9%; 75% dos que trabalhavam eram autônomos (10). Entre 2005 e 2009, o percentual de população vivendo em condições de pobreza encolheu de 50,3% para 45,5%, enquanto o da população em pobreza extrema aumentou de 15,7% para 16,4%. O que significa que o país realizou um avanço discreto rumo às metas dos ODMs de

**TABELA 1. Desigualdades em saúde, de acordo com a escolaridade da mulher, Colômbia, 2010**

Indicador	Mulheres sem educação formal	Mulheres com educação superior
Fertilidade global (filhos por mulher)	4,3	1,4
Fertilidade desejada (filhos por mulher)	2,6	1,3
Uso de todos os métodos anticoncepcionais modernos por mulheres (%)	63,1	70,3
Idade de mulheres na primeira relação sexual (anos)	15,8	18,9
Mortalidade de crianças menores de 1 ano (mortes por 1.000 nascidos vivos)	38	16
Mortalidade de crianças menores de 5 anos (mortes por 1.000 nascidos vivos)	53	18
Não recebeu atendimento pré-natal (%)	23,9	0,4
Atendimento institucional do parto (%)	75,9	99,7
Buscou tratamento para infecção respiratória aguda em criança menor de 5 anos (%)	43,6	63,3
Doença diarreica aguda em criança menor de 5 anos (%)	16,2	9,2
Terapia de reidratação oral em criança menor de 5 anos com diarreia aguda (%)	67,2	82,9
Ingestão de ácido fólico durante a gravidez (%)	51,3	88,1
Desnutrição em mulheres (%)	4,4	3,5
Desnutrição crônica em crianças menores de 5 anos (%)	10,8	1,6
Conhecimento integral dos jovens sobre HIV/Aids (%)	7,8	41,8
Comportamento sexual de alto risco nos últimos 12 meses (%)	10,2	44,4
Violência física (estupro) por parte do esposo (%)	11,7	6,5

Fonte: Profamília. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2010. Bogotá, março 2011.

reduzir a pobreza para 28,5% e a pobreza extrema para 8,5% até 2015 (11).

## DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Entre 1980 e 2010, o progresso social contribuiu para diminuir o fosso entre o país e os países desenvolvidos. O progresso na educação tem sido notável. O país atingiu a meta de 100% de cobertura para ensino pré-escolar, fundamental e médio, mas as conquistas não têm sido similares quanto ao analfabetismo (2,1%) e anos de escolaridade da população de 15 a 24 anos (9,2 anos) (9). Também, há marcantes desigualdades nos indicadores demográficos e de saúde entre mulheres no que diz respeito ao seu grau de instrução (Tabela 1) (12).

As mulheres colombianas elevaram substancialmente seu nível de escolaridade e sua participação no mercado de trabalho. Quanto à sua participação política, para o período parlamentar 2010-2014, as mulhe-

res ocuparão 11,4% e 16,7%, das vagas na Câmara dos Deputados e no Senado, respectivamente. Em matéria de trabalho remunerado, em 2009, diferença entre as taxas de participação de mulheres e homens encolheu para 23,5% (meta de 20% até 2015, em cumprimento dos ODMs) e a diferença de renda mensal média caiu para 20%. Contudo em 2009, ainda persistia uma diferença na taxa de desemprego de 6,4% (meta de 3% para 2015) (9) (para mais explicações, ver as Fichas Metodológicas dos ODMs em: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=IdXl7YjHCq8%3D&tabid=340>).

## MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

A superfície total de florestas se estende por 69,6 milhões de hectares e no final de 2010, reflorestara-se 88% dos 30.000 hectares propostos para 2015, em cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (9). Dos sistemas produtivos do país, 85%

estão em áreas vulneráveis à desertificação e 48% do país é suscetível à erosão. Isso resulta na degradação anual de 2.000 hectares na Região andina e afeta a competitividade do setor agrícola, a disponibilidade de alimentos e a qualidade e quantidade de água. Além disso, a degradação ambiental representa perdas equivalentes a 3,7% do PIB (13).

A urbanização desordenada aumentou a vulnerabilidade e alterou a paisagem, a biodiversidade, o espaço público, a qualidade do ar, a oferta e qualidade dos recursos hídricos, a geração de resíduos e a disponibilidade do solo. A inusitada estação de grandes chuvas que ocorreu em 2010 afetou 2,27 milhões de pessoas, 341.000 moradias, 751 rodovias, 807.609 hectares, 813 centros educativos e 15 centros de saúde (13). Desde sua adesão ao Protocolo de Montreal em 1994, a Colômbia reduziu o consumo de substâncias que afetam a camada de ozônio. O consumo de clorofluorcarbonos (CFC) foi reduzido de 2.179 toneladas em 1995 para zero em 2010 (9), e a importação de CFCs e halons foi proibida a partir 1º de janeiro de 2010 (9).

Entre 2008 e 2010, aumentou a cobertura de serviços públicos, excluía a de telefonia fixa, com diferenças entre os municípios e o restante do país, com exceção da energia elétrica (Tabela 2) (13). A proporção da população com acesso a serviços de coleta de resíduos aumentou de 92,2% para 95,9%, enquanto para a limpeza pública, o aumento foi de 83,8% em 2005 para 89,5% em 2008. Em 45 municípios, 65,5% da eliminação de resíduos é realizada em aterros sanitários, 6,6% em aterros controlados e 27,8% é disposto em lixões, incineração a céu aberto, enterro ou descarte em massas

de água (14). Em 2008, 15,2% (1,4 milhões) dos domicílios encontravam-se em favelas, um avanço de 47,5% rumo à meta dos ODMs fixada para 2015 (9).

## DESASTRES

Durante 2010 e no primeiro trimestre de 2011, aproximadamente 3,2 milhões de pessoas foram afetadas pelas inundações, e 400 pessoas morreram, com maior impacto nos departamentos da costa setentrional. Milhares de moradias e hectares cultivados ficaram destruídos. A Colômbia é o terceiro país mais vulnerável do mundo aos desastres naturais devido ao fato de que grande parte de sua população vive em zonas de alto risco de terremotos, deslizamentos, tsunamis ou erupções vulcânicas.

## A SAÚDE E SUAS TENDÊNCIAS

### PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

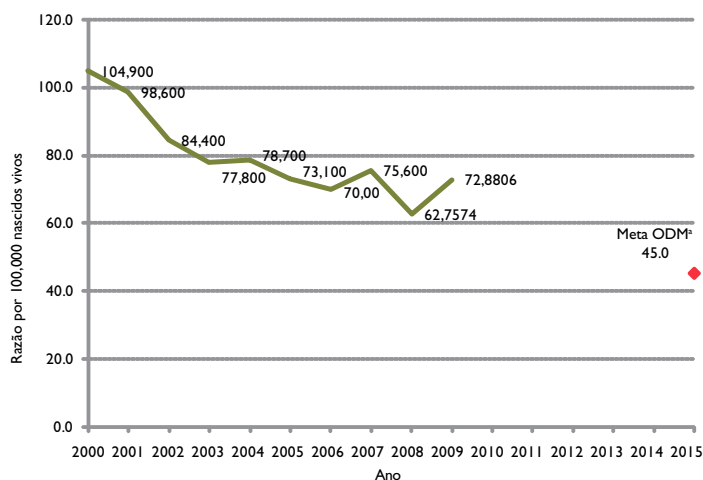
#### Saúde materna e reprodutiva

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2010 (12), a taxa nacional média total de fertilidade foi de 2,1 filhos por mulher no período 2008-2010. Entre 2005 e 2010, a idade média do primeiro nascimento entre as mulheres foi de 21,6 anos, e a média do intervalo entre nascimentos aumentou de 42 para 48 meses. O uso de métodos modernos de planejamento familiar por mulheres casadas aumentou de 68,2% em 2005 para 72,9% em 2010; a este-

**TABELA 2. Cobertura de serviços públicos nos domicílios, Colômbia, 2008 e 2010**

Indicador	2008			2010		
	Nacional	Localidades Municipais de Governo	Restante do país	Nacional	Localidades Municipais de Governo	Restante do país
Água potável (%)	86,7	94,8	58,3	87,6	95,9	57,1
Esgoto (%)	73,9	90,6	14,9	75,3	91,8	15,1
Energia elétrica (%)	97,2	99,4	89,4	97,7	99,6	90,7
Gás natural (%)	47,4	59,8	3,4	52,4	65,3	5,1
Telefone fixo (%)	44,3	55,4	5,3	39,8	49,4	4,7
Telefone celular (%)	83,8	87,5	70,8	88,1	90,5	79,4

Fonte: Referência (12).

**FIGURA 2. Razão de mortalidade materna, Colômbia, 2000-2009**

\* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

rilização feminina foi o método mais usado, seguido pelos anticoncepcionais injetáveis. Setenta por cento das mulheres casadas não desejavam ter mais filhos, e o número ideal de filhos desejado foi 2,4. A proporção de mulheres que receberam atendimento pré-natal por médicos ou enfermeiras foi de 97%, e 89% dessas mulheres tiveram quatro ou mais consultas pré-natais em 2010. O parto ocorreu em uma instituição de saúde em 95% dos casos e 93% foram atendidos por médico; um terço dos partos ocorreu por cesárea (12).

Entre 2006 e 2009, a taxa de mortalidade materna variou de 70 para 72,9 por 100.000 nascidos vivos (Figura 2). Em 2009, valores superiores à média nacional foram registrados nos departamentos de Amazonas (374,3 por 100.000 nascidos vivos), Vichada (278,2 por 100.000 nascidos vivos), La Guajira (222,9 por 100.000 nascidos vivos) e Vaupés (173,9 por 100.000 nascidos vivos). Os valores mais baixos corresponderam a Bogotá (48,9 por 100.000 nascidos vivos), Arauca (42,3 por 100.000) e Huila (42,3 por 100.000) (cálculos da OPAS com base em nascimentos e mortes maternas registrados – para mais explicações, ver as Fichas Metodológicas dos ODMs em: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=IdXI7YjHCq8%3D&tabid=340>). As principais causas de mortalidade materna foram as mortes obstétricas diretas.

### Crianças (0-1 e 1-4 anos de idade)

Os menores de cinco anos representaram 9,4% da população total em 2010 (1,9% até um ano de idade e

7,5% de um a quatro anos de idade) (2). A taxa de mortalidade infantil diminuiu de 22,3 por 1.000 nascidos em 2005 vivos para 20,6 por 1.000 em 2008 (15), enquanto a de mortalidade nos menores de cinco anos foi de 24,9 por 1.000 nascidos vivos em 2008. As reduções representaram 70,9% e 77,6% do progresso necessário para o cumprimento das metas dos ODMs para essas duas taxas respectivas de mortalidade (9). A redução da mortalidade infantil ocorreu pela queda da mortalidade pós-neonatal, já que a taxa de mortalidade neonatal permaneceu praticamente estática (12). Apesar dessa queda, 30% da população infantil mais pobre (conforme os parâmetros de necessidades básicas negligenciadas) responderam por 50% de todas as mortes infantis, tanto em 1998-1999, como em 2008-2009, com índice de concentração para a taxa de mortalidade infantil de -0,26 em ambos os anos (Figura 3).

Os transtornos originados no período perinatal foram a causa principal de mortalidade infantil em 2007-2009, seguidas pelas malformações congênitas, a influenza e pneumonia, a desnutrição, as doenças infecciosas intestinais e a septicemia, tanto em meninos como em meninas. As doenças infecciosas intestinais, que em 1997-1999 ocuparam o terceiro lugar (260,2 por 100.000), em 2007-2009, ocuparam o quinto lugar (87,9 por 100.000) (cálculos da OPAS para a mortalidade específica por faixas etárias, a partir dos bancos de dados de mortalidade 1997-1999 e 2007-2009 do DANE, corrigindo o subnotificação e redistribuindo os sintomas e sinais mal definidos, de acordo com a metodologia proposta pela OPAS) (16).

A proporção de recém-nascidos que pesaram menos de 2.500 gramas aumentou de 6,8% para 8,3%, entre 2006 e 2009. Em 2009, a proporção de recém-nascidos com baixo peso variou de 2%, em Amazonas para 12,8% em Bogotá (17).

Na faixa etária de um a quatro anos de idade, influenza e pneumonia, diarreia, meningite e septicemia ocuparam os primeiros lugares como causas de morte em 2007-2009. No período 1997-1999, as doenças infecciosas intestinais e as transmitidas por vetores ocuparam lugares preponderantes em relação às anteriormente mencionadas.

Em 2010, 64,2% das crianças foram amamentadas na primeira hora de nascidos e 42,8% dos menores de seis meses receberam aleitamento materno exclusivo (18). Quarenta e cinco por cento dos menores de seis meses e 63% dos de seis a nove meses foram alimentados com mamadeira; os suplementos alimentares mais oferecidos às crianças menores de três anos foram cereais, seguidos por outros líquidos não lácteos, carne, peixe, frango, ovos, tubérculos e bananas (12).

### Crianças (5 a 9 anos)

As crianças de cinco a nove anos representaram 9,5% da população total em 2010 (2). As primeiras causas de morte entre 2007 e 2009 foram neoplasias malignas linfáticas e sanguíneas, acidentes automobilísticos, influenza e pneumonia e afogamentos acidentais. Essa composição não foi muito diferente da correspondente ao período 1997-1999.

### Adolescentes (10 a 19 anos) e Adultos (20 a 29 anos)

Em 2010, a faixa etária de 10 a 19 anos representou 19,4% da população total, e a de jovens adultos (20 a 29 anos) 16,8% (2). Embora em 2010, a taxa de fertilidade das adolescentes de 15 a 19 anos tenha caído para 84 por 1.000 mulheres, 16% das adolescentes já eram mães, 4% estavam grávidas do primeiro filho e 20% estiveram grávidas pelo menos uma vez (12).

Nos adolescentes de ambos os sexos, os homicídios, os acidentes automobilísticos e as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético representaram as três primeiras causas de morte e quase metade das causas de morte nos períodos 2007-2009 e 1997-1999. Nas adolescentes, os suicídios, que ocupavam o quarto lugar como causa de morte em 1997-1999, ficaram em segundo lugar em 2007-2009.

Nos jovens adultos, os homicídios, os acidentes automobilísticos, os suicídios e a infecção pelo HIV representaram as primeiras causas de morte em ambos os sexos em 2007-2009. Nas mulheres, entre 1997-1999 e 2007-2009, a gravidez e parto passaram do sexto para o terceiro lugar como causa de morte, depois de homicídios e os acidentes automobilísticos.

### Adultos (30 a 64 anos)

Em 2010, a população de 30 a 64 anos representou 38,2% da população total (2). Os homicídios, a cardiopatia isquêmica, as doenças vasculares cerebrais e os acidentes automobilísticos ocuparam as três principais causas de morte em 2007-2009 e 1997-1999, em ambos os sexos. Nestes períodos, o câncer de mama e de útero foram as principais causas de morte nas mulheres e a infecção pelo HIV e o câncer de estômago nos homens, em ambos os períodos.

### Idosos (65 anos ou mais)

As pessoas de 65 anos ou mais representaram 6,7% da população total em 2010 (2). A cardiopatia isquêmica, as doenças cerebrovasculares, as doenças crônicas das vias respiratórias, a hipertensão e a diabetes foram as cinco principais causas de morte e representaram a metade das causas de morte em ambos os sexos, tanto em 2007-2009 como em 1997-1999. Nos homens, o câncer de próstata passou do oitavo ao quinto lugar como causa de morte entre 1997-1999 e 2007-2009, e o câncer de útero passou do nono ao décimo segundo lugar como causa de morte nas mulheres entre os mesmos períodos.

### A família

A proporção de domicílios chefiados por mulheres aumentou de 24% em 1995 para 34% em 2010, alcançando 40% em Quindío e Casanare. O tamanho médio de famílias passou de 4,1 para 3,8 pessoas, tanto nas zonas urbanas como nas rurais, 56% das crianças menores de 15 anos viviam com ambos os pais e 32% somente com a mãe. Sessenta e cinco por cento das mulheres, especialmente as jovens, das zonas urbanas do centro do país e com menor escolaridade, manifestaram que seus companheiros provocavam situações de confrontos, especialmente por ciúmes. Um terço havia recebido ameaças por parte de seus companheiros e 37% haviam sofrido agressões físicas. Somente 21% das mulheres agredidas procuraram receber tratamento ou aconselhamento e, daquelas que o fizeram, 7% não recebeu atendimento (12).

## Grupos étnicos ou raciais

Existem cinco grupos étnicos e sociais culturalmente diferenciados do total da população: as comunidades afro-colombianas (10,3%), os povos indígenas (3,4%), as comunidades *Raizal* (Afro-caribenhas) de San Andrés e Providencia (0,1%), a comunidade *palenquera* (0,02%) descendente de escravos, e o povo Roma (ciganos) (0,01%) (19).

A saúde das minorias étnicas é uma preocupação explícita do Estado e, no plano das políticas de saúde, conseguiu-se maior conscientização e definição de um tratamento diferenciado (20). Mas não se caracterizou apropriadamente sua condição de saúde, uma vez eles não estão incluídos nos estudos devido ao elevado custo do acesso a suas comunidades ou porque a variável “etnia” não é atribuída nos registros administrativos. Contudo, sabe-se que têm taxas de prevalência de tuberculose bem mais elevadas que a média nacional (21), bem como tracoma e outras doenças negligenciadas. O difícil acesso geográfico por parte dos profissionais de saúde, o seguro inadequado por falta de identificação pessoal ou pela existência de documentos de identidade e as barreiras para conciliar a medicina tradicional com a ocidental são fatores que influem negativamente no estado de saúde desse grupo de população.

## Outros grupos

### População deslocada

Nas últimas décadas, a Colômbia tem vivido um conflito armado interno caracterizado por homicídios, massacres, acidentes pela explosão de minas, desaparecimentos forçados, confinamento, violação da ética médica e deslocamentos forçados, com grandes consequências para a saúde pública. Os grupos mais afetados pelo deslocamento forçado são mulheres, crianças, adolescentes menores de 14 anos e os grupos étnicos. Embora a cobertura de seguro da população deslocada oscile entre 80% e 90%, o acesso efetivo aos serviços de saúde é muito baixo (inferior a 40%). A dispersão geográfica, a presença de grupos armados ilegais e a precariedade das instituições de saúde, bem como outros fatores, impedem a prestação oportuna dos serviços.

Os principais problemas de saúde que afetam a população deslocada são as doenças transmitidas por vetores, alimentos ou pela água e a desnutrição crônica grave. As gestantes deslocadas têm um maior risco de apresentarem complicações durante a gravidez e, também, probabilidade mais elevada de mortes perinatais. A saúde mental da população deslocada se caracteriza pela presença de transtornos depressivos maiores, estresse agudo, estresse traumático e transtornos adaptativos (22).

## MORTALIDADE

No período 2007-2009, o risco de morte mais alto em ambos os sexos era ocasionado pelas doenças do sistema circulatório, seguidas pelas neoplasias, as causas externas, as doenças transmissíveis e os transtornos originados no período perinatal (Tabela 3). No grupo de doenças do sistema circulatório destacaram-se as cardiopatias isquêmicas (83,7 por 100.000 habitantes) e as doenças vasculares cerebrais (42,6 por 100.000); entre as neoplasias, o tumor maligno de estômago (13,5 por 100.000) e de traqueia, brônquios e pulmão (11,3 por 100.000) foram os mais proeminentes; entre as causas externas, os mais frequentes foram homicídios nos homens (75,1 por 100.000) e os acidentes automobilísticos (14,8 por 100.000); entre as doenças transmissíveis, foram as infecções respiratórias agudas (21,2 por 100.000), e, entre transtornos perinatais, os transtornos respiratórios (13,6 por 100.000 habitantes).

A primeira causa de morte, tanto em 2007-2009 como em 1997-1999, foi a cardiopatia isquêmica. Quatro doenças crônicas (doença vascular cerebral, doença crônica das vias respiratórias inferiores, diabetes e hipertensão) estiveram entre as primeiras 10 causas de morte, seguidas pelos homicídios, os acidentes automobilísticos, os transtornos originados no período perinatal e as doenças do sistema urinário. Os homicídios passaram do segundo para o terceiro lugar (10,1% das mortes em 1997-1999 e 7,1% em 2007-2009). As doenças infecciosas intestinais, que ocupavam o 12º lugar em 1997-1999, deixaram de constar entre as primeiras 20 causas de morte (Tabela 4) (23).

## MORBIDADE

### Doenças transmissíveis

#### Doenças transmissíveis por vetores

Na Colômbia, apresentam-se epidemias anuais de dengue causadas pelos quatro sorotipos conhecidos do vírus da dengue. Em 2010, ocorreu a maior epidemia dos últimos 10 anos. Notificaram-se 157.152 casos com uma média de idade de 14 anos, 6% dos casos foram graves e a letalidade média confirmada foi de 2,3%, chegando até 60% em um departamento (24).

A malária se transmite com padrões endêmico-epidêmicos focais e variáveis em diversas regiões situadas a menos de 1.000 metros acima do nível do mar. Existem três focos importantes da doença: a área Urbá-Bajo Cauca-Sul de Córdoba; (2) a área da Costa Pacífica; e (3) a área de Orinoquia-Amazônia. Noventa e cinco por cento da carga de doença ocorre na área rural, em aproximadamente 100 municípios. Apresentam-se ciclos epidêmicos a cada dois/sete anos e registram-se de 100.000 a 120.000 casos anuais, dos quais 75% são causados por *Plasmodium vivax*. A taxa de letalidade dos casos mostrou uma tendência decedente, mas calcula-se que ocorreram ainda entre 50 e 120 mortes anuais por malária agravada, principalmente nos municípios da Região da Costa Pacífica.

Houve importantes progressos na identificação da área endêmica da doença de Chagas e no controle da transmissão transfusional e no controle vetorial em municípios com alta infestação de triatomíneos. No entanto, persistem deficiências no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da fase crônica. Com relação a

casos agudos, observa-se a existência de áreas com infestação domiciliar de triatomíneos, o risco de transmissão por triatomíneos não domiciliares e a crescente ocorrência de surtos de transmissão oral. A infecção por *Trypanosoma cruzi* foi detectada com frequência ao longo do vale do rio Magdalena, na Região do Catatumbo, a Sierra Nevada de Santa Marta, os montes do Orinoco e as montanhas da Macarena.

Dos 14.700 casos anuais notificados de leishmaniose, quase 10.000 ocorrem em pessoal militar destacado nas zonas florestais isoladas da Orinoquia e Amazônia, e as regiões de Catatumbo e Chocó. Noventa e cinco por cento dos casos são da forma cutânea e 5% das formas mucosa e visceral; a limitação do diagnóstico somente ao gênero *Leishmania* dificulta o tratamento específico. A transmissão da oncocercose foi interrompida no seu único foco de López de Micay, Cauca, e o país solicitou à OMS a certificação de eliminação da doença. Em 2010, identificaram-se clinicamente focos dispersos de tracoma na população indígena do departamento de Vaupés.

#### Doenças imunopreveníveis

A Colômbia erradicou a poliomielite e eliminou o sarampo, a rubéola e a síndrome de rubéola congênita, a difteria e o tétano neonatal como problemas de saúde pública. Entre 2006 e 2010 notificaram-se casos de doenças incluídas no Programa Ampliado de Imunização como caxumba, hepatite B, coqueluche e meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). A cobertura de vacinação foi de 95% em 2009 para a tríplice viral e a febre amarela. O ano de 2010 foi o da cobertura mais baixa: poliomielite 88%, BCG 83,5%,

**TABELA 3. Mortalidade por grandes grupos de causas (por 100 mil habitantes), Colômbia, 2007-2009**

Causa	Homem	Mulher	Total
Doenças transmissíveis	53,3	36,8	45,0
Neoplasias malignas	102,0	97,4	99,7
Doenças do sistema circulatório	183,3	166,0	174,6
Transtornos originados no período perinatal	33,3	22,6	27,8
Causas externas	133,1	21,3	76,5
Todas as demais causas	153,8	144,5	149,1

Fonte: Cálculos da OPAS a partir dos bancos de dados de mortalidade 2007-2009 do DANE, com correção para subnotificação e sintomas e sinais não definidos, de acordo com a metodologia proposta pela OMS (19)



TABELA 4. Principais causas de morte, Colômbia, 1997-1999 e 2007-2009

Ordem	Causa	1997-1999			2007-2009		
		Nº Mortes	% Relativo	% Acumulado	Nº Mortes	% Relativo	% Acumulado
1	Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	28.730	11,9%	11,9%	37.198	14,6%	14,6%
2	Agressões (homicídios) (X85-Y09)	24.368	10,1%	22,0%	18.939	7,4%	22,1%
3	Doenças vasculares cerebrais (I60-I69)	18.089	7,5%	29,5%	17.946	7,1%	29,1%
4	Certas afecções originadas em período perinatal (P00-P96)	17.833	7,4%	36,9%	14.421	5,7%	34,8%
5	Doenças crônicas de vias respiratórias inferiores (J40-J47)	11.026	4,6%	41,4%	12.376	4,9%	39,6%
6	Influenza e pneumonia (I10-I18)	9.498	3,9%	45,4%	9.172	3,6%	43,2%
7	Diabetes mellitus (E10-E14)	8.127	3,4%	48,7%	8.927	3,5%	46,7%
8	Acidentes de transporte terrestre (V00-V89)	7.253	3,0%	51,7%	7.643	3,0%	49,7%
9	Doenças hipertensivas (I10-I15)	6.857	2,8%	54,6%	6.572	2,6%	52,3%
10	Insuficiência e doenças mal definidas do coração (I50-I51)	6.737	2,8%	57,4%	6.570	2,6%	54,9%
11	Neoplasia maligna do estômago (C16)	5.641	2,3%	59,7%	6.005	2,4%	57,3%
12	Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	5.503	2,3%	62,0%	5.821	2,3%	59,6%
13	Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	4.977	2,1%	64,0%	5.138	2,0%	61,6%
14	Doenças do sistema urinário (N00-N39)	3.815	1,6%	65,6%	5.024	2,0%	63,5%
15	Neoplasia maligna de traqueia, brônquios e do pulmão (C33, C34)	3.752	1,6%	67,2%	3.892	1,5%	65,1%
16	Desnutrição e anemias nutricionais (D50-D53, E40-E64)	3.608	1,5%	68,7%	3.293	1,3%	66,4%
17	Neoplasia maligna de tecido linfático, hematopoiético e tecidos afins (C81-C96)	3.283	1,4%	70,0%	3.272	1,3%	67,7%
18	Eventos de intenção não determinada (Y10-Y34)	3.069	1,3%	71,3%	3.083	1,2%	68,9%
19	Neoplasia maligna do útero (C53-C55)	3.019	1,3%	72,5%	3.078	1,2%	70,1%
20	Cirrose e outras doenças do fígado (K70-K76)	2.772	1,1%	73,7%	3.018	1,2%	71,3%
	Demais causas	63.569	26,3%	100,0%	73.153	28,7%	100,0%

\* Cálculos da OPAS a partir dos bancos de mortalidade 1997-1999 e 2007-2009 do DANIE, utilizando a metodologia descrita em: Becker R, et al. A method for deriving leading causes of death. Bulletin of the World Health Organization 2006;84:297-304.

DPT 88%, hepatite B 87,9%, Hib 88%, tríplice viral 88,5% e febre amarela 78,6% (25).

As infecções respiratórias agudas são causas importantes de morte e de morbidade em todas as faixas etárias, particularmente nas crianças menores de cinco anos e pessoas de 65 anos ou mais. A prevalência de infecções respiratórias agudas com dificuldade respiratória nas crianças menores de cinco anos foi de 9% em 2005 e em 2010, e a metade deles procurou um serviço de saúde (12). Desde a notificação do primeiro caso da pandemia de influenza no país em 2009, o número de casos aumentou até pouco mais de 300 casos na semana 34, para logo cair notavelmente a níveis inferiores a 50 casos semanais durante todo o ano de 2010. No total, confirmaram-se 3.729 casos em 2009 e 1.072 em 2010, com 232 mortes em 2009 e 74 em 2010 (26).

### Zoonoses

Não se notificaram casos de raiva nos seres humanos em mais de 50 anos, apesar do alto número de mordidas de cachorros que ocorrem nas cidades, em que há um cachorro para cada seis habitantes. Em Arauca, Casanare e Guaviare, a raiva silvestre afeta os morcegos, que a transmitem a bovinos e equinos. A notificação de brucelose nos seres humanos é escassa por falta de uma prova específica, mas registraram-se casos por *Brucella abortus* e a *Brucella canis* circula entre animais. Houve surtos de encefalite equina venezuelana em animais em La Guajira e de encefalite equina a oeste de Arauca; os vetores estão presentes em todo o país. Existem deficiências na vigilância da leptospirose por falta de disponibilidade de testes, e os surtos identificados, produto de pesquisas pontuais, afetaram camponeses.

### Doenças negligenciadas e doenças relacionadas à pobreza

Em 2010, notificaram-se 283 novos casos de hanseníase, dos quais 206 multibacilares e 77 paucibacilares. Em comparação com anos anteriores, a taxa de incidência diminuiu para 0,61 por 100.000 habitantes, e a proporção de deficiência de grau 2 manteve-se estável em 10% nos últimos anos, o que denota deficiências na detecção precoce da doença. Em 2010, notificaram-se nove novos casos em menores de 15 anos, o

que significa um aumento em relação a 2009 e um alerta de transmissão ativa.

### HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Entre 1983 e 2009, notificaram-se 71.653 casos de HIV/Aids, dos quais 6.924 corresponderam a 2009. Em 2006, a prevalência de infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos foi estimada em 0,7% (2006) e ficou concentrada em grupos de alta vulnerabilidade, como os trabalhadores do sexo e os homens que fazem sexo com homens (uma prevalência de 5%). Observou-se uma queda na proporção de doadores de sangue que testaram positivo para HIV, de 0,44% em 2007 para 0,34% em 2009 (27).

### Tuberculose

Em 2010, registraram-se 11.433 novos casos de tuberculose, que corresponde a uma incidência de todas as formas de 25,1 por 100.000 habitantes. Não houve variações significativas desde 2006, embora a quantidade de novos casos com baciloscopia positiva tenha se reduzido. Em 2010 examinaram-se 287.786 casos sintomáticos respiratórios, sem que houvesse uma variação importante quanto aos seis anos anteriores. A proporção de baciloskopias positivas aumentou de 2,5% em 2005 e 2009 para 3,0% em 2010. Na coorte de pacientes com baciloscopia positiva, os quais foram acompanhados entre 2009 e 2010, a proporção de cura foi de 78%. Persistem diferenças na incidência da doença e no comportamento dos diversos indicadores do programa de tuberculose, com desvantagens apreciáveis nos departamentos com predomínio de população indígena e afrodescendente.

### Doenças intestinais

A mortalidade por doença diarreica aguda nos menores de cinco anos encolheu nos últimos 10 anos, mas a incidência se manteve entre 110 e 113 casos por 100.000 crianças dessa faixa etária. A prevalência foi de 12,6% em nível nacional, mas mais alta nas regiões de Orinoquia e Amazônia (12). Não foram confirmados casos de cólera no país desde o início da epidemia no Haiti. Todos os anos notificam-se surtos de do-

enças transmitidas pelos alimentos, principalmente na população de 15 a 44 anos de idade; o foco provável de contágio sendo centros educativos, os domicílios e outros estabelecimentos. Em 50% dos casos, identificaram-se cepas de *Staphylococcus* positivas à coagulase e diversas espécies de *Salmonella* (28).

### Doenças crônicas não transmissíveis

Além de estar entre as primeiras causas de mortalidade, as doenças crônicas constituem uma importante causa de morbidade e ocasionam grande demanda de serviços de saúde na Colômbia. Da população de seis a 19 anos, 4,3% comunicaram ter sofrido alguma vez asma brônquica e 0,8%, enfisema. Da população de 18 a 69 anos, 8,8% haviam recebido um diagnóstico de hipertensão, embora poucos disseram tomar anti-hipertensivos e menos de 5% desses recebeu aconselhamento nutricional ou recomendações sobre a prática de atividade física. A prevalência de diabetes, referida por entrevista na mesma população, foi de 3,5%, mas menos de 2% informou tomar medicamentos, recebeu aconselhamento nutricional ou sobre atividade física. A prevalência de hipertensão e diabetes nos grupos étnicos foi similar à da população geral (29).

### Doenças nutricionais

Em 2010, a Pesquisa Nacional da Situação Nutricional da Colômbia mostrou que 13,2% dos menores de cinco anos tinham atraso de crescimento (déficit de peso para altura), em comparação com 16% em 2005. O maior atraso apresentou-se nos mais pobres, em filhos de mães com menor escolaridade residentes em áreas rurais, nas regiões Atlântica, Orinoquia, Amazônia e Pacífica, e na população indígena menor de cinco anos. Da faixa etária de cinco a nove anos de idade, 18,9% tinha sobrepeso, em comparação com 14,3% em 2005. A proporção era maior nos menos pobres, em filhos de mães com maior escolaridade vivendo nas áreas urbanas. Na faixa etária de 10 a 17 anos de idade, o sobrepeso afetava 16,7% em comparação com 13,7% em 2005. Da faixa etária de 18 a 64 anos, 51,2% apresentaram sobrepeso, em comparação com 45,9% em 2005. Em todas as faixas etárias, o sobrepeso foi maior nos grupos em situação de menor pobreza, melhor nível de instrução da mãe e nas áreas urbanas.

A mesma pesquisa encontrou anemia em 47,4% das crianças pré-escolares, 40,9% das mulheres em idade fértil e 44,7% das gestantes. Também evidenciou níveis de retinol sérico inferiores a 20 mg/dl em 5,9% dos menores de cinco anos e deficiência de zinco em 26,9% das crianças de um a quatro anos (18). Não têm sido avaliados transtornos por deficiência de iodo desde 2002.

### Acidentes e violência

Além de estar entre as primeiras 10 causas de morte nos períodos 1997-1999 e 2007-2009, os acidentes automobilísticos são uma importante causa de lesões e deficiência. Na população geral de 6 a 69 anos, 3,5% referiu ter sofrido lesões por acidentes automobilísticos nos últimos três anos, valor que aumentou para 6,2% nos homens de 18 a 29 anos, o que corrobora para que essa seja a segunda causa de morte nessa faixa etária (29).

### Transtornos mentais

Pelo menos 40,1% da população da Colômbia sofreu alguma vez em sua vida de algum transtorno mental, e a prevalência anual é de 16,0%. Os transtornos de ansiedade e os relacionados com o humor são os mais frequentes nas mulheres, e os transtornos associados ao consumo de substâncias psicoativas mais comuns nos homens (30).

### Outros problemas de saúde

#### Doenças ocupacionais

Os fatores de risco predominantes no local de trabalho de cunho ergonômico, ruído, temperaturas desconfortáveis, pó e fumaça. O diagnóstico de doenças ocupacionais aumentou a partir de 2001, e os setores mais afetados foram: pesca; administração pública e defesa; agropecuária; caça e silvicultura; serviços sociais e saúde; indústria manufatureira e serviços de eletricidade, gás e água. As doenças prevalentes são as osteomusculares. O país não conta com um inventário atualizado dos recursos humanos disponíveis para cuidar da saúde ocupacional, embora este esteja efetivo desde 1983 (31).

### Saúde bucal

Uma em cada sete pessoas de 6 a 69 anos informou ter tido problemas nos dentes, na boca ou nas gengivas nos 30 dias antes da entrevista. Quase todos usavam escova de dente (99,1%), e 42% fio dental. Dos que usavam escova, 43% disseram fazê-lo três vezes ao dia. Na população de 6 a 19 anos, 41% informaram ter recebido aplicações ou enxagues com flúor e 34%, tratamento para selar cavidades ou reparar fissuras (29).

### Saúde ocular

Do total de pessoas registradas com deficiência, 44% tinham problemas visuais (32). Em 2007, uma pesquisa sobre cegueira evitável realizada no departamento de Santander revelou uma prevalência de cegueira de 1,8% nas pessoas maiores de 50 anos, e que os atingidos pertenciam prioritariamente a grupos de população pobre e rural. As principais causas de cegueira foram cataratas (67,6%), alterações do segmento posterior (14,1%), opacidade corneal (8,5%), glaucoma (2,8%) e erros de refração, retinopatia diabética e complicações cirúrgicas (4,2%). Dos que necessitavam de cirurgia, 82,5% das pessoas não haviam se submetido a ela por desconhecimento do tratamento da doença ou dificuldades econômicas (33).

### Deficiências

A prevalência de deficiência foi de 8,3% e aumentou com a idade (de 6,6% na população de 18 a 29 anos para 13,2% na de 60 a 69 anos), e maior nas regiões Pacífica, Orinoquia e Amazônia (29). Do total de deficientes, o censo de 2005 evidenciou que 44% tinham deficiência visual e 29%, motora (19).

### Fatores de risco e proteção

Os Sistemas Integrados de Transporte Massivo desenvolvidos para cidades com mais de 600.000 habitantes, que operam em Bogotá (2000), Pereira (2006), Cali (2008), Bucaramanga (2010) e Barranquilla (2010), melhoraram a eficiência no transporte e diminuíram a poluição ambiental (34). Conta-se com ciclovias exclusivas em Bogotá (300 km), Cúcuta, Popayán e Medellín. Além disso, construíram-se ciclovias recreativas

que proporcionam benefícios relacionados à atividade física em Bogotá (121 km), Medellín (40 km), Pereira, Soacha, Armenia, Cali, Pasto, Cúcuta e Popayán (35, 36).

Estima-se que 15,7% da população de 18 a 69 anos realizam exercício leve regularmente em seu tempo livre, e que 79,0% nunca fazem exercícios. Na população de 12 a 17 anos, a proporção é de 5,6% e 42,9%, respectivamente. Esses valores são significativamente menores na Região caribenha do que no restante do país (29).

Os padrões alimentares mudaram substancialmente: um terço da população de 5 a 64 anos não consome frutas diariamente, 72% não consomem verduras e 14,8% não comem carnes ou ovos (30).

Da população de 18 e 69 anos, 7,6% apresentam risco de dependência do álcool, com valores mais altos em Cauca (39,8%), Chocó (11,1%), Putumayo (11,0%) e Meta (10,8%). Em 2007, a prevalência de fumantes atuais foi de 2,5% dos adolescentes em geral (4,0% para meninos e 1,0% para meninas); o consumo era menor entre aqueles com nível maior de instrução. Nos adultos de 18 a 69 anos, a prevalência foi de 12,8% para ambos os sexos (19,5% para os homens e 7,4% para as mulheres) (29).

Em 2007, nas pessoas de 18 a 69 anos de idade, a prevalência de consumo de maconha no último mês foi 1,2%, e a de consumo de cocaína, de 0,2% (29).

## POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

### O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

O alicerce do sistema de saúde da Colômbia é o Sistema Geral de Previdência Social em Saúde (SGSSS) com regime contributivo (RC) e regime subsidiado (RS). O regime contributivo afilia os trabalhadores assalariados e pensionistas e os autônomos com rendas iguais ou superiores a um salário mínimo. O regime subsidiado afilia todas as pessoas sem capacidade de pagamento. Em 2010, a cobertura foi de 39,7% e 51,4% da população total, respectivamente. Regimes especiais afiliam trabalhadores das forças armadas, a polícia nacional, a Empresa Colombiana de Petróleo (ECOPETROL), o magistério e as universidades públicas. Em 2010, apenas 4,3% da população permaneciam fora do SDSSS.

O regime contributivo opera com base de prêmio pago pelos seus afiliados, que corresponde a 12,5% da renda, e é quitado integralmente e diretamente pelo autônomo ou pensionista e, no caso de um trabalhador assalariado pelo empregado (4%) e seu empregador (8,5%). O regime subsidiado opera a partir de um subsídio transversal do regime contributivo com outros fundos fiscais procedentes de impostos gerais.

A afiliação ao SGSSS é obrigatória e se faz por meio das 72 agências de promoção da saúde (EPS, 71 públicas e uma privada) que se encarregam de oferecer, no mínimo, o plano de saúde obrigatório contributivo ou o plano de saúde obrigatório subsidiado. Em 2008, a Corte Constitucional ordenou a unificação dos planos dos dois regimes (37).

As EPS encaminham os fundos coletados dos prêmios ao Fundo de Solidariedade e Garantia (Fosyga), o qual devolve a cada EPS o montante equivalente ao pagamento *per capita* (UPC) ajustado por risco, de acordo com o número de seus afiliados. O pagamento *per capita* no regime subsidiado é 57% inferior à UPC. A atenção é oferecida por prestadoras de serviços de saúde institucionais públicas ou privadas, que integram ou ser contratadas por EPS. O setor exclusivamente privado é utilizado preponderantemente pela classe alta que, embora pague suas contribuições a alguma EPS, contrata seguros privados ou recebe assistência privada. Por carecer de cobertura ou por não ter acesso oportuno ao SGSSS, um segmento da população de rendas médias vê-se obrigado a utilizar a atenção privada e realizar pagamentos diretos do próprio bolso pelos serviços (37).

O gasto total com saúde em relação ao PIB permaneceu estável no período 2006-2009, oscilando entre 6,2% e 6,4%, bem longe dos valores próximos a 9% registrados entre 1996 e 1999, quando o gasto público representava quase 84%. No período 2006-2009, o gasto direto do usuário como proporção do gasto privado com saúde manteve-se em 50% (8).

As premissas iniciais do seguro contributivo (Lei nº 100 de 1993) foram um baixo nível de desemprego e uma alta proporção de trabalhadores formais, as quais não foram alcançadas. Mais de 50% da população é subsidiada pelo Estado e o sistema contributivo é sustentado pelos aportes de menos de 10 milhões de pessoas. Em março de 2010, o SGSSS contava com 41.991.483 afiliados (92% da população), dos

quais 18.062.855 estavam no regime contributivo e 23.928.628 no regime subsidiado. No regime subsidiado, colocou-se a ênfase na cobertura da população mais vulnerável: 90,1% dos níveis I e II para o Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais ou SISBEN (38). Embora o nível de cobertura seja alto, o acesso real a serviços é bem limitado em alguns departamentos, particularmente na Região do Pacífico. Algumas pessoas não conhecem sua situação de cobertura ou não recebem as credenciais correspondentes e, portanto, não recebem atendimento quando necessário.

As 72 EPS manipulam 90% dos recursos para a saúde. Cada uma desenvolve sua rede de prestadores de acordo com as condições do mercado, o que pode significar que um usuário deve se deslocar longas distâncias para obter atendimento, ou realizar exames diagnósticos em locais bem distantes entre si. A Lei permite que as EPS se integrem verticalmente com prestadores próprios, o que contribui para a fragmentação do sistema.

#### **POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**

Em 2006, o maior número de graduados na área da saúde correspondeu a médicos (5,5 por 100.000 habitantes) e pessoal de enfermagem (5,2 por 100.000), seguidos por bacteriólogos (1,5 por 100.000), dentistas (1,4 por 100.000), técnicos (1,3 por 100.000), nutricionistas (0,3 por 100.000) e optometristas (0,2 por 100.000).

Mais de 80% dos profissionais da saúde do setor público têm relação de trabalho com sua instituição por meio de contratos de terceirização; a Lei nº 1.438 de 2011 estabeleceu limites para essa modalidade de contratação. Os profissionais, especialmente médicos, concentram-se nas áreas urbanas em detrimento das pessoas nas zonas mais afastadas ou em maior risco pela presença do conflito armado.

#### **SERVIÇOS DE SAÚDE**

Após promulgação do Documento nº 3.204 pelo Conselho Nacional de Política Econômica e Social em 2002, que definiu a política de prestação de serviços para o SGSSS, houve ampliação do investimento para o fortalecimento das estruturas, preparação para

terremotos, com melhorias nos hospitais localizados em zonas de risco alto e intermediário, e dotaram-se recursos para projetos arquitetônicos e estudos sobre instalações, vulnerabilidade e investimento.

Reestruturou-se um importante número de hospitais públicos e foram fechados outros por serem insustentáveis frente à concorrência do mercado. Isso levou à conversão de certas instituições prestadoras de serviços em empresas sociais do estado, condição especial que lhes permite adotar um regime de gestão privada para poder competir na venda de serviços às EPS. O financiamento das empresas sociais do Estado deriva principalmente da comercialização de serviços às EPS mediante pagamento por prestação de serviços.

Entre 2004 e 2009, o número total de instituições prestadoras de serviços aumentou de 13.840 para 26.824 e o número de leitos de 52.475 (1,2 por 1.000 habitantes) para 73.063 (1,6 por 1.000). Os leitos para cuidados intensivos aumentaram de 4.985 (0,1 por 1.000 habitantes) em 2004 para 9.294 (0,2 por 1.000) em 2009. O número de empresas sociais do Estado passou de 4.466 em 2004 para 4.602 em 2009, e o número de leitos públicos manteve-se estável entre 2002 e 2009. Nesse período, o número de consultórios ambulatoriais aumentou de 6.134 para 8.560, o de consultórios médicos de emergências de 1.497 para 1.850 e o de consultórios odontológicos, de 2.817 para 3.831.

Produto da política de garantia de qualidade da atenção em saúde, foi estabelecido o Sistema Único de Habilitação, por meio do qual profissionais e instituições prestadoras de serviços devem cumprir as condições mínimas de qualidade verificáveis. Além disso, o Sistema Único de Credenciamento incentivou 20 instituições prestadoras de serviços a alcançarem voluntariamente padrões superiores de qualidade, e mais de 100 empresas sociais do Estado estão em processo de credenciamento. Conta-se também com um sistema de informação para avaliar a qualidade e outro para classificar as instituições prestadoras de serviços e entidades de promoção da saúde.

Entre 2002 e 2010, modernizaram-se 243 hospitais públicos e aperfeiçoaram-se suas capacidades de gestão, o que se traduziu numa maior satisfação por parte dos usuários desses hospitais (39).

O setor privado responde por mais de 50% da oferta de serviços de saúde. No entanto, o fornecimento dos serviços privados é escassa em algumas

partes do país, o que obriga o setor público a assumir a maior parte da responsabilidade. Essa situação se aplica também em alguns serviços específicos, como o atendimento de emergências, que é principalmente providenciado pelo setor público.

No período 2002-2009, o número de consultas ambulatoriais passou de 20.188.000 para 35.740.000, o de consultas de emergências aumentou de 6.054.000 para 11.841.000, as altas hospitalares de 1.607.000 para 1.794.000 e o volume total de cirurgias aumentou de 642.000 para 996.000.

Desde o ano 2000, a atenção é monitorada por meio do Registro Individual de Prestação de Serviços, que, embora tenha dado conta de uma melhora na qualidade do registro, ainda possui uma gestão da informação limitada, já que é basicamente usada para o processo de coleta de benefícios. De acordo com esse registro, as principais causas de consulta ambulatorial notificadas pelos serviços são a doença hipertensiva, as doenças da cavidade bucal e as doenças das vias respiratórias superiores. Para as mulheres, as primeiras causas de internação relacionam-se com o parto, enquanto para os homens são as causas não especificadas, a pneumonia e as doenças do sistema digestivo.

O Ministério da Proteção Social possui normas para orientar o uso racional, acesso, qualidade, segurança e oportunidade dos medicamentos e dispositivos médicos. Publicou também a política farmacêutica nacional e estabeleceu normas sobre boas práticas de manufatura, de controle e de vigilância sanitária para dispositivos médicos e reagentes de diagnóstico *in vitro*. Isso permitiu que os medicamentos e dispositivos contassem com um registro sanitário para medicamentos, de modo que seus importadores estejam certificados e que os fabricantes respeitem as condições mínimas de fabricação. O acesso aos medicamentos essenciais integra os planos de saúde obrigatórios contributivos e subsidiados e pelos programas para o atendimento de eventos de amplo interesse na saúde pública (40). Contudo, a diferença no conteúdo dos planos de saúde obrigatórios provoca desigualdades no acesso a medicamentos, dispositivos e outros insumos, o que gera recursos de reparação na justiça e apresentação de reclamações ao Fosyga, calculados em pouco mais de 4% do gasto total com saúde (40-44).

De acordo com a lista do formulário vigente em 2010, o sistema disponibiliza 673 medicamentos. Em

2006-2010, incluíram-se antirretrovirais para o tratamento do HIV/Aids, anticoncepcionais hormonais e o preservativo masculino, tanto para o regime contributivo como para o subsidiado. Mais de 80% dos pacientes atendidos em ambos os regimes receberam prescrição de medicamentos como resultado do atendimento à saúde (45).

O país não dispõe de informação consolidada sobre os serviços farmacêuticos que operam no SGSSS. Em 2009, os usuários qualificaram a entrega de medicamentos e o pagamento de parcelas e participações limitadas como inaceitáveis. A melhora da cobertura na saúde provocou um aumento na oferta de medicamentos pelo sistema e uma redução no gasto com eventos de saúde exigindo internação. Não há informação sobre o acesso aos medicamentos por parte da população deslocada, indígena e afro-colombiana, nem mesmo das pessoas não afiliadas ao regime subsidiado.

Em julho de 2010, o Instituto Nacional de Vigilância de Medicamentos e Alimentos foi qualificado como autoridade reguladora nacional de nível IV, fato que lhe dá o caráter de instituição de referência para a Região da Américas em matéria de medicamentos.

O país conta com tecnologia destinada à prestação de serviços de saúde de alta complexidade em instalações privadas de Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga e Barranquilla.

Mediante a política nacional de sangue, conseguiu-se inscrever os 92 bancos de sangue do país no programa de controle de qualidade externo do Instituto Nacional de Saúde e superou-se a meta nacional proposta de que mais de 50% das unidades de sangue proviesse de doadores voluntários. Regulamentaram-se as atividades de doação e transplantes de órgãos, e criou-se a rede nacional de doações e transplantes de órgãos, o que ocasionou o aumento da taxa de doação de seis doadores por milhão de habitantes em 2006 para 12,3 doadores por milhão em 2009.

## GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Lei nº 1.122 de 2007 ordenou a criação do Sistema Integrado de Informação sobre Proteção Social,

com objetivo de capturar e sistematizar a informação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (Sivigila) e colocá-la à disposição do Instituto Nacional de Saúde, do Ministério da Proteção Social, da Comissão de Regulação em Saúde, do Conselho Nacional de Segurança em Saúde e das entidades territoriais. Além disso, esse sistema coleta e sistematiza as informações administrativas para monitorar os resultados na saúde das entidades territoriais, das seguradoras e dos provedores, e para alimentar o sistema de gestão e administração. Outra parte do sistema de informação em saúde, o Registro Individual de Prestação de Serviços, é o principal registro administrativo para monitorar os benefícios prestados aos afiliados e não afiliados do sistema de seguro social, que é compilado a partir dos registros das instituições prestadoras de serviços públicas e privadas.

O sistema de informação em saúde carece de uma entidade central que o coordene; por consequência, as diversas fontes ou registros administrativos geraram subsistemas paralelos e bancos de dados que não são necessariamente compatíveis, com indicadores pouco padronizados e incompletos para caracterizar todas as dimensões da saúde. Existe um elevado volume de subnotificação nas estatísticas vitais (em 2005, 12,0% para os nascimentos e 8,5% para as mortes) e deficiência na qualidade do registro, no processamento, na análise e utilização dos dados. O aproveitamento de outras fontes não administrativas como censos, pesquisas e estudos especiais não são utilizados com eficiência no planejamento de ações em saúde.

## SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Durante o período 2006-2010, o país ratificou 13 acordos de cooperação internacional em saúde com países da América Latina, Ásia e Europa em áreas como políticas de saúde pública, atendimento de emergência e desastres, fortalecimento e prestação de serviços de saúde, medicina alternativa, apoio à reforma do SGSSS, previdência social, pesquisa e capacitação de recursos humanos em gestão e planejamento, e projetos de saúde e proteção social voltados à população afetada pelos deslocamentos.

No âmbito da política “Fronteiras Abertas na Saúde” foram desenvolvidos planos de trabalho nas

fronteiras com Brasil, Equador, Panamá, Peru e Venezuela, em matéria de vigilância sanitária e análise da situação de saúde, fortalecimento do Programa Ampliado de Imunização e da rede de serviços de saúde locais, melhora da infraestrutura e capacitação, rede de comunicações, prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores, segurança alimentar e nutricional e ações para melhorar a saúde sexual e reprodutiva.

O Ministério da Proteção Social participa ativamente em órgãos internacionais como a Reunião de Ministros de Saúde da Área Andina, a União de Nações Sul-americanas (UNASUR), a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, nos quais se realizam ações em saúde de forma conjunta entre os países-membros.

A Colômbia recebeu cooperação técnica através de estágios, cursos e reuniões de trabalho com os diversos órgãos do Sistema das Nações Unidas, a União Europeia, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Organismo Andino de Saúde (ORAS) e países como Brasil, China, Coreia, Espanha, Japão e México.

## SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Apesar do alto grau de participação no Sistema de Previdência Social Integral em Saúde, na Colômbia persistem barreiras para o pleno uso do direito à saúde pelas populações rurais dispersas, com menor escolaridade, indígenas e em situação de deslocamento forçado. A Lei nº 1438 de 2011 possibilita tornar o sistema de saúde mais equitativo e salienta outra vez a atenção primária como estratégia nacional.

Quanto à saúde da mulher, registra-se mortalidade materna significativa com iniquidade segundo regiões, aumento da gravidez em adolescentes e dos lares chefiados por mulheres. Além disso, melhora significativa não foi observada nas condições de trabalho da mulher e na violência contra a mulher. Diante dessa realidade, o país fortaleceu os sistemas de vigilância e adotou planos para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave, bem como para eliminar a transmissão vertical do HIV e a sífilis congênita. Além disso, fortaleceu o marco regulatório para diminuir a incidência dos casos de violência contra a mulher.

Ainda são observadas condições insalubres em moradias dispersas em áreas rurais pobres, que favorecem surtos de doenças infecciosas negligenciadas, especialmente as transmitidas por vetores, doenças respiratórias agudas e doenças transmitidas por alimentos, que requerem esforços para melhorar a prestação de serviços e a sua infraestrutura. Houve, em ambos os sexos, um aumento da carga de doença e mortalidade por doenças não transmissíveis, especialmente cânceres, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e diabetes. Nesse sentido, as autoridades de saúde fortaleceram as estruturas programáticas e iniciaram um conjunto de ações para promover estilos de vida saudáveis e melhorar a qualidade do atendimento das pessoas afetadas por essas doenças.

Quanto às doenças nutricionais (coexistindo com sobrepeso e obesidade em adultos), persistem, nas crianças, a desnutrição e a anemia relacionadas à má alimentação, ao aleitamento materno inadequado e à prevalência de infecções agudas e geohelmintíases. Finalmente, registrou-se uma redução na proporção de mortes por homicídios, principalmente em adultos homens jovens, mas, por outro lado, houve um aumento na mortalidade e a deficiência por acidentes de trânsito em idosos, o que ensejou o fortalecimento dos esforços de educação no trânsito e sanções mais enérgicas contra os infratores.

## BIBLIOGRAFIA

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos [Internet]; 2010. Disponível em: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad\\_estadistica\\_etnicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf) Acessado em 21 de novembro de 2011.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985–2005 y proyecciones de población 2005–2020 nacional y departamental por área, sexo, y grupos quinquenales de edad [Internet]; 2011. Disponível em: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/seriesp85\\_20/EstimacionesProyecciones1985\\_020.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/seriesp85_20/EstimacionesProyecciones1985_020.xls) Acessado em 13 de julho de 2011.



3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dimensión social-Población [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5559%3Adimension-social-poblacion&catid=5101%3Acuentas-ambientales&Itemid=51](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=5559%3Adimension-social-poblacion&catid=5101%3Acuentas-ambientales&Itemid=51) Acessado em 15 de julho de 2011.
4. Internal Displacement Monitoring Centre. Colombia [Internet]. Disponible em: [http://www.internal-displacement.org/8025708F-004CE90B/Countries\)/CB6FF99A94F70AE-D802570A7004CEC41?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/8025708F-004CE90B/Countries)/CB6FF99A94F70AE-D802570A7004CEC41?OpenDocument) Acessado em 14 julho de 2011.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Metodología y cifras del cálculo de nacionales que residen en el exterior. Informe de Colombia. Presentado en la X Reunión de Expertos Gubernamentales en Estadísticas sobre Migraciones de la Comunidad Andina; agosto de 2009.
6. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil migratorio de Colombia 2010. Bogotá: OIM, Misión Colombia; 2010.
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín de Prensa No. 4 [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/bolet\\_PIB\\_IVtrim10.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/bolet_PIB_IVtrim10.pdf) Acessado em 18 de julho de 2011.
8. Banco Mundial. Datos [Internet]; 2010. Disponible em: <http://datos.bancomundial.org/Accesado> em 18 de julho de 2011.
9. Departamento Nacional de Planeación. Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a 2010. III estado de avance. Bogotá: DNP; 2010.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Principales indicadores del mercado laboral, enero de 2011. Boletín de Prensa [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol\\_ech\\_ene11.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_ech_ene11.pdf) Acessado em 18 de julho de 2011.
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados de cifras de pobreza, indigencia y desigualdad 2009. Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/files/noticias/MESEP\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/noticias/MESEP_2009.pdf) Acessado em 13 de fevereiro de 2012.
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia; 2011.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de Calidad de Vida 2010. Boletín de Prensa [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/Boletin\\_Prensa\\_ECV\\_2010.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2010.pdf) Acessado em 18 de julho de 2011.
14. Organización Panamericana de la Salud; Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental. Evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe 2010. Informe analítico por país: Colombia [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.iadb.org/document.cfm?id=536466973> Acessado em 18 de julho de 2011.
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de la tasa de mortalidad infantil nacional, departamental y municipal, 2005–2008 [Internet]; 2011. Disponible em: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=573&Itemid=5119](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=573&Itemid=5119) Acessado em 26 de julho de 2011.
16. Silvi J. Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la Región de las Américas. *Bol Epidemiol* 2003;24(4):1–10.

17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas de nacimientos [Internet]; 2011. Disponível em: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option5com\\_content&view5article&id5786&Itemid5119](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option5com_content&view5article&id5786&Itemid5119) Acessado em 21 de novembro de 2011.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN 2010). Bogotá: ICBF; 2011.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005 [Internet]. Disponível em: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option5com\\_content&view5article&id5307&Itemid5124](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option5com_content&view5article&id5307&Itemid5124) Acessado em 13 de julho de 2011.
20. Moreno RH. Salud y minorías étnicas en Colombia [Internet]; 2008. Disponível em: [http://www.cuhd.org/revue/textos09/N1\\_Revue\\_esp\\_Moreno\\_Mina.pdf](http://www.cuhd.org/revue/textos09/N1_Revue_esp_Moreno_Mina.pdf) Acessado em 13 de fevereiro de 2012.
21. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y control [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/tuberculosis.pdf> Acessado em 26 de novembro de 2011.
22. Médicos Sin Fronteras España. Tres veces víctimas. Bogotá: MSF; 2010.
23. Becker R, Silvi J, Ma Fat D, L'Hours A, Laurenti R. A method for deriving leading causes of death. *Bull World Health Organ* 2006;84:297–304.
24. Instituto Nacional de Salud. Dengue [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria586929> Acessado em 25 de julho de 2011.
25. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Informe oficial de los avances en cumplimiento de los resultados del Programa Ampliado de Inmunizaciones enero-diciembre 2010. Bogotá: MPS; 2010.
26. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia intensificada del virus de influenza A/H1N1v/2009 en Colombia. *Bol Ola Invernal*, 28 julio 2011.
27. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional 2010;15(4).
28. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmitidas por Alimentos [Internet]. Disponível em: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/comunicados-Prensa/Documents/ETA.pdf> Acessado em 26 de novembro de 2011.
29. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.
30. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental–Colombia 2003. Bogotá: MPS y Fundación FES [Internet]; 2005. Disponível em: [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacional-SM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacional-SM2003.pdf) Acessado em 13 de fevereiro de 2012.
31. Instituto Salud y Trabajo. Diagnóstico situacional en seguridad y la salud en el trabajo. Colombia [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.isat.org.pe/p-iasst/docs/Diagnostico-Colombia.pdf> Acessado em 8 de fevereiro de 2012.
32. Centro de Estudios e Investigación en Salud, Fundación Santa Fe de Bogotá. Caracterización sobre discapacidad a nivel nacional. Bogotá: CEIS; 2008.
33. Galvis V, Rey JJ, Rodríguez LA, Serrano C, Tello A. Prevalencia de ceguera en el departamento de Santander, Colombia. *MedUNAB* 2009;12:66–73.

34. Banco Mundial. Transporte a escala humana [Internet]; 2009. Disponível em: <http://sitere-sources.worldbank.org/INTCOLUMBIAINS-PANISH/Resources/TransporteColombia.pdf> Acessado em 18 de julho de 2011.
35. Cervero R, Sarmiento OL, Jacoby E, Gómez LF. Influences of built environments on walking and cycling: lessons from Bogota'. *Int J Sustainable Transportation* 2009;3(4):203–226.
36. Ciclovías recreativas de las Américas. Bogotá [Internet]. Disponível em: <http://www.cicloviasrecreativas.org/ciclovias-recreativas/bogota> Acessado em 18 de julho de 2011.
37. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 2):S144–S155.
38. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Informe de Gestión 2002–2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/acercaMinisterio/Documents/Informe%20Rendici%C3%B3n%20de%20Cuentas%202002-2010.pdf> Acessado em 19 de julho de 2011.
39. Cabrera-Arana G, Bello-Parias L, Londoño-Pi-mienta J. Calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Rev Salud Publica* 2008;10(4):593–604.
40. Comisión de Regulación en Salud. Informe de rendición de cuentas 2009–2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket5gybavqu8BNw%-3d&tabid55563> Acessado em 25 de julho de 2011.
41. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud-2005. Índice de satisfacción de usuarios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005.
42. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud-2009. Índice de satisfacción de los usuarios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2009.
43. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2006–2008. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2009.
44. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud-2009. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2010.
45. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de Calidad de Vida en Bogotá por Localidades [Internet]; 2007. Disponível em [http://www.dane.gov.co/index.php?option5com\\_content&task5category&sectionid535&id5576&Itemid51086](http://www.dane.gov.co/index.php?option5com_content&task5category&sectionid535&id5576&Itemid51086) Acessado em 25 de julho de 2011.