

Evolución de los principales indicadores del sector salud en Colombia en la década del 70*

Jorge Vivas Reyna

Introducción

Un examen rápido de la política de salud de los distintos planes de desarrollo ejecutados en el país en la década del 70, en general, muestra una coincidencia de objetivos los cuales, desde luego, no siempre responden a la misma denominación formal.

En efecto, es posible afirmar que en el campo de la salud, al igual que ocurrió en educación y en otros sectores, la década del 70 muestra un proceso de avance y consolidación de ciertos parámetros de salud, que necesariamente conducen a que los distintos gobiernos concentren sus esfuerzos en atender primero, aquellos aspectos de la salud que aún son susceptibles de ser mejorados mediante instrumentos de tipo administrativo, y segundo, a mejorar

en términos absolutos la situación de salud de los grupos más vulnerables de la población.

En ese sentido, los programas de salud llevados a cabo en el período en referencia, con distinto énfasis han estado orientados a:

- 1) Disminuir la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias, mediante el incremento de los programas de medicina preventiva, el suministro de agua potable, alcantarillado y campañas de vacunación.
- 2) Aumentar los servicios de protección de la salud en zonas rurales.
- 3) Aumentar y mejorar los servicios de salud al grupo materno infantil con el fin de reducir la mortalidad y la morbilidad del niño, especialmente en las edades más críticas de su desarrollo biológico.
- 4) Aumentar la formación de personal paramédico y auxiliar con el fin de ampliar la cobertura de la atención primaria en salud.

* Una versión anterior de este informe corresponde al Capítulo III del estudio "Evolución del Desarrollo Social en Colombia en la década del 70" elaborado en FEDESARROLLO por Jorge Vivas Reyna, Hernando Gómez Buendía y Carlos Caballero Argáez para el UNICEF.

- 5) Ampliar y utilizar al máximo la capacidad hospitalaria existente en el país para prestar mayores servicios de recuperación de la salud.
- 6) Racionalizar al máximo la utilización de los recursos de las instituciones que trabajan en el mejoramiento de la salud con el fin de atender de manera eficaz el mayor número de casos posibles.

Desde el punto de vista operativo dichos objetivos se han traducido en acciones de atención a las personas que se realiza mediante actividades de consulta médica, campañas de vacunación, hospitalización, etc.; atención al medio ambiente con el fin de hacerlo más propicio para la salud y como un medio de prevenir enfermedades; y para llevar a cabo dichas actividades, se desarrolla la infraestructura física necesaria y se promueve la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos con las calificaciones y destrezas necesarias. En síntesis, se realizan y promueven acciones en tres frentes bien delimitados, que pueden considerarse los componentes endógenos del sector salud, cuya evolución en el tiempo así como su magnitud y composición, determinan parcialmente las condiciones generales y específicas de salud de la población. Se dice que parcialmente puesto que existen otros factores adicionales exógenos al sector salud que también intervienen en la determinación de las condiciones de salud de la población. En este sentido se pueden mencionar el nivel educativo general de la población, el nivel de empleo, el nivel de ingreso por habitante y su distribución, etc. O sea que una vez que los servicios de salud han alcanzado un cierto nivel de cobertura, de allí en

adelante el mejoramiento adicional de las condiciones de salud de la población, seguramente va a estar más determinado por las características de la estructura socioeconómica general del país, que por la ampliación y extensión de los servicios propiamente dichos.

En consecuencia, el desarrollo de este informe se realiza mostrando cual fue la evolución en la década del 70 de los indicadores de salud de la población colombiana, para a partir de allí mostrar cual fue la evolución de los componentes endógenos del sector salud, y derivar algunas conclusiones sobre la naturaleza de su incidencia sobre las condiciones de salud.

1. Condiciones de salud

La evolución de las condiciones de salud de la población se examinan con base en el análisis del comportamiento de la estructura de la mortalidad y la morbilidad, poniendo el énfasis en los cambios que ocurren en la estructura de los grupos más vulnerables de la población, es decir, el grupo materno infantil.

Mortalidad

En la década del 70 la mortalidad general en el país se vio reducida de forma significativa.

En efecto, la tasa bruta de mortalidad por mil habitantes pasa de 10.1 en 1970 a 6.4 en 1980, lo que significa una reducción de 37 por ciento en el período¹. Por otra parte, los estudios sobre mortalidad realizados en el país muestran que entre 1970 y 1977 en números absolutos el núme-

ro de muertes descendió de 212 mil a 178 mil, lo que indica un descenso en la tasa de mortalidad de 2.4 por ciento anual. Sin lugar a duda este es un cambio de tal magnitud que de haber continuado con la misma tendencia, la tasa bruta de mortalidad en la actualidad debe ser del orden del 50 por ciento de la que prevalecía en 1970.

No obstante, los cambios en la tasa de mortalidad no son homogéneos en las distintas regiones del país, y en algunas de ellas, en 1980, prevalecían tasas iguales o superiores a la tasa promedio total del país al comienzo de la década². Dicha heterogeneidad afecta principalmente a las intendencias y comisarías, a la región Atlántica y a la del Pacífico. En las primeras, sobre todo, la tasa de mortalidad, en 1977, se encontraba todavía 66 por ciento más alta que la tasa promedio total del país en 1970. Como se indicó al comienzo, es un hecho que en dichas regiones todavía existe un margen amplio para actuar sobre la tasa de mortalidad con instrumentos de tipo administrativo, es decir, con aquellos que permiten la ampliación de la cobertura de la atención primaria en salud y el mejoramiento de las condiciones del medio ambiente.

En efecto, al indagar sobre las principales causas de mortalidad que afectan a la población colombiana se aprecia que el peso relativo de aquellas causas que pueden ser controla-

das mediante una mayor difusión de prácticas de higiene, el acceso a fuentes de agua potable, y la adecuada disposición de desechos todavía es muy alto³. También llama la atención la forma sostenida en que aumentan los homicidios y lesiones intencionales como causa de mortalidad, y la aparición en las cifras correspondientes a 1977 de los accidentes en vehículos de motor como una de las principales causas de mortalidad.

Otro de los indicadores más importantes de las condiciones de salud de la población es el que se refiere a la mortalidad en menores de cinco años. En este sentido el ideal sería disponer de una tasa específica de mortalidad confiable para el grupo de edad correspondiente⁴. Sin embargo, al no disponer de dicha información se utiliza como indicador de la evolución de la mortalidad en menores de cinco años, la proporción de defunciones de menores de cinco años como proporción del total de defunciones. En efecto, la magnitud de esa proporción depende de la estructura por edad de la población en estudio y de los niveles de mortalidad general alcanzados.

Al respecto, se constata que a pesar de los logros alcanzados en el país, la mortalidad en menores de cinco años continúa mostrando niveles relativamente elevados. En la mayor parte de los departamentos que aparecen en el Cuadro 3 la proporción en referencia es superior al 30 por ciento; en Cauca es del orden del 45 por ciento y en Nariño

¹ Ver: República de Colombia, Ministerio de Salud, *La Mortalidad en Colombia: 1979-1982, Volumen 1: Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país*, Bogotá, 1982, pp. 45.

² Ver Cuadro 1.

³ Ver Cuadro 2.

⁴ Ver Cuadro 3.

CUADRO 1

TASAS BRUTAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD (POR MIL HABITANTES) PARA EL PAIS
Y SUS SECCIONES
COLOMBIA 1970 - 1980

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Atlántico											
Atlántico	7.1	6.8	6.5	6.3	6.0	5.8	5.6	5.4	5.2	5.0	4.9
Bolívar	10.9	10.5	10.0	9.6	9.2	8.8	8.3	7.9	7.7	7.4	7.0
Cesar	11.4	10.9	10.5	10.0	9.6	9.1	8.6	8.2	8.0	7.6	7.3
Córdoba	12.5	12.0	11.4	10.9	10.4	9.9	9.3	8.8	8.5	8.1	7.7
La Guajira	19.3	18.3	17.4	16.5	15.6	14.7	13.7	12.8	12.3	11.6	10.8
Magdalena	11.5	11.1	10.6	10.1	9.7	9.2	8.7	8.3	7.8	7.4	7.0
Sucre	12.1	11.6	11.1	10.6	10.1	9.6	9.1	8.6	8.0	7.5	7.1
Antioqueña											
Antioquia	8.5	8.4	8.2	7.8	7.6	7.4	7.1	6.8	6.6	6.4	6.2
Caldas	9.9	9.6	9.4	9.1	8.6	8.0	7.8	7.4	7.2	6.8	6.5
Quindío	9.6	9.5	8.8	8.6	8.4	7.8	7.8	7.7	7.2	6.9	6.6
Risaralda	8.8	8.5	8.2	7.9	7.5	7.3	7.2	6.8	6.6	6.3	6.1
Oriental											
Norte de Santander	10.8	10.1	9.6	9.2	8.6	7.8	7.6	7.1	6.6	6.2	5.8
Santander	10.3	9.7	9.3	8.9	8.2	7.7	7.3	7.1	5.5	6.1	5.7
Centro Oriental											
Bogotá	6.4	6.2	6.0	5.9	5.8	5.5	5.5	5.3	5.3	5.1	5.0
Boyacá	10.9	10.5	10.0	9.6	9.0	8.6	8.0	7.8	7.1	6.6	6.2
Cundinamarca	10.6	10.2	9.8	9.4	8.9	8.4	8.2	7.8	7.3	6.9	6.5
Meta	11.7	11.2	10.8	10.4	9.9	9.5	9.0	8.6	8.3	8.0	7.7
Centro Occidental											
Huila	10.7	10.1	9.8	9.2	9.0	8.8	8.6	8.3	7.9	7.6	7.3
Tolima	11.0	9.4	9.2	8.9	8.5	7.8	7.8	7.8	6.8	6.5	6.1
Pacífica											
Cauca	12.9	12.3	11.7	11.1	11.0	10.2	9.6	9.2	8.7	8.2	7.8
Chocó	19.3	18.3	17.4	16.5	15.6	14.7	13.7	12.8	12.1	11.3	10.5
Nariño	10.7	10.1	9.5	9.2	8.7	8.7	8.2	7.9	7.4	7.0	6.7
Valle	9.1	8.6	8.2	7.9	7.8	7.4	7.0	6.8	6.6	6.4	6.1
Intend. y Comisarías	26.0	24.7	23.4	22.1	20.8	19.5	18.2	16.8	-	-	-
Total país	10.1	9.6	9.2	8.8	8.4	8.1	7.7	7.3	7.0	6.7	6.4

Fuente: República de Colombia, Ministerio de Salud, INAS, ASCOFAME, *La mortalidad en Colombia: 1970-1982, Volumen I: Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país*, Bogotá, 1982, p. 47.

CUADRO 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	9.4	9.2	9.9	9.6	7.9	7.6	7.4	7.8
Otras neumonías	7.9	7.3	6.8	7.3	7.1	6.5	6.7	6.6
Otras enfermedades del corazón	6.4	6.4	6.2	6.1	6.3	6.6	7.1	6.8
Enfermedades isquémicas del corazón	5.0	4.9	5.3	5.5	6.2	6.8	6.9	6.8
Bronquitis, etisema y asma	4.8	5.0	4.6	4.4	4.3	4.0	3.6	3.4
Enfermedades cerebro-vasculares	4.4	4.2	4.6	4.8	5.3	5.7	5.8	5.9
Avitaminosos y otros estados carenciales	3.4	3.7	4.4	3.6	3.5	3.5	2.9	—
Homicidio y lesiones intencionales causadas por otros	2.3	2.3	2.4	2.5	2.7	2.8	3.1	3.7
Tumor maligno de otras localizaciones y de localizaciones no específicas	2.2	2.2	2.3	2.3	2.5	2.7	2.6	2.9
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte	2.1	2.2	2.4	—	2.1	2.5	2.8	—
Otras causas perinatales	—	—	—	2.1	—	—	2.5	—
Accidentes vehículos de motor	—	—	—	—	—	—	—	2.5
Enfermedades hipersensitivas	—	—	—	—	—	—	—	2.4
Causas mal definidas	8.4	9.2	8.7	8.2	8.6	8.0	7.8	7.0
El resto	43.7	43.4	42.4	43.6	43.5	43.3	40.8	44.2

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

CUADRO 3

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS COMO PROPORCION DE LA MORTALIDAD TOTAL EN ALGUNAS SECCIONES DEL PAIS

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Atlántico	33.61	32.87	31.17	34.14	29.43	28.63	29.39	27.37
Antioquia	41.45	38.72	40.09	36.05	35.50	31.22	30.48	27.43
Bogotá	29.19	30.51	32.44	30.68	30.22	28.33	27.65	30.00
Boyacá	35.89	37.79	30.01	32.66	33.01	29.10	26.91	29.50
Cundinamarca	35.47	33.64	32.66	30.88	29.05	26.83	27.34	27.60
Caldas								
Huila	49.18	45.28	45.24	44.42	43.15	38.53	41.73	38.80
Tolima	45.63	42.70	42.25	39.44	36.56	34.66	34.76	32.17
Santander	37.20	37.29	36.75	35.62	30.60	29.53	28.60	27.81
N. de Santander	44.23	42.46	41.69	42.68	37.09	35.37	38.39	33.95
Cauca	—	49.26	46.18	45.01	43.96	40.31	41.88	44.81
Nariño	46.78	46.78	43.02	49.24	39.47	39.16	38.68	38.16
Quindío								
Risaralda	45.22	45.64	43.56	39.66	32.65	35.16	33.91	26.51
Valle	—	43.16	41.77	36.32	35.74	33.12	33.97	30.87

FUENTE: República de Colombia, Ministerio de Salud Pública Op. Cit.

CUADRO 4

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD GENERAL POR GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Menores de 1 año	25.3	25.0	25.0	24.0	22.7	22.4	22.2	21.9
De 1 a 4	14.5	15.2	14.8	13.5	12.0	10.6	10.7	9.5
De 5 a 14	5.4	5.4	5.3	5.1	4.8	4.3	4.3	4.1
De 15 a 44	13.8	14.4	14.4	15.2	15.4	15.5	16.0	16.5
De 45 a 59	10.2	9.9	10.1	10.7	11.0	11.6	11.7	11.9
De 60 o más	30.8	30.1	30.4	31.5	34.1	35.6	35.1	36.1

FUENTE: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

se aproxima al 40 por ciento. Así mismo, se observa que en el departamento en donde se registra el descenso mayor en la proporción en referencia en el período 1970-1977, en el último año, ésta todavía representa el 60 por ciento de la del año inicial. Este es otro de los campos de la salud en los cuales todavía existe un amplio margen para mejorar la situación general del país mediante la expansión y el mejoramiento cualitativo de los programas existentes.

Lo indicado en el párrafo anterior se aprecia más directamente si se examina la estructura de la mortalidad general por grupos de edad⁵. En efecto, el grupo de menores de cinco años tiene una participación relativa del orden del 33 por ciento equiparable solamente con la proporción del grupo de 60 años y más. Sin embargo, dentro del grupo de menores de cinco años, los menores de un año explican más de la quinta parte del de la mortalidad general. Pero adicionalmente, mientras el grupo de edad de 1 a 4 años disminuye en forma rápida su participación en la modalidad general, los menores de un año, en 1977, mantienen una participación relativa muy similar a la observada en 1970⁶.

En efecto, contrariamente a lo que ocurre en el caso de la evolución de la estructura de las causas de la mortalidad general, en donde se verifican cambios positivos de importancia relativa a lo largo de la década, en lo que respecta a los menores de un año dichos cambios no son realmente significativos y en algunas

causas de mortalidad se registran deterioros preocupantes. Por ejemplo "la enteritis y otras enfermedades diarreicas", que es la principal causa de mortalidad infantil en el país, no solamente explica una cuarta parte de las muertes en este grupo de edad, sino que registra una tendencia creciente. Igual tendencia se observa en "otras neumonías" y en "otras enfermedades bacterianas"⁷. No obstante, lo que más sorprende con respecto al nivel y composición de la estructura de la mortalidad en menores de 1 año, es que la incidencia más elevada se registra precisamente en aquellas causas que son factibles de ser controladas por el Estado y la sociedad. En efecto, si con fines ilustrativos se compara la distribución relativa de las causas de mortalidad de los países de América del Norte y los de América del Sur los cuales en general, tienen una estructura de la mortalidad similar a la de Colombia, se aprecia el bajo peso relativo que en los primeros tienen las principales causas de mortalidad infantil de los segundos. Por ejemplo, mientras en 1975, en América del Norte las enteritis y otras enfermedades solamente causaban el 1.4 por ciento de las muertes de menores de 1 año, en Suramérica esa misma causa explicaba el 17.1 por ciento⁸.

En síntesis, en la década del 70 Colombia muestra una disminución acelerada en la tasa bruta de mortalidad, la cual, en términos relativos, disminuye en 37 por ciento a lo largo del período. De igual manera, se registran cambios importantes en la distribución relativa de las principa-

⁵ Ver Cuadro 4.

⁶ Ver Cuadro 4.

⁷ Ver Cuadro 5.

⁸ Ver Cuadro 6.

CUADRO 5

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL*
DISTRIBUCION RELATIVA**

	1970	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	19.8	20.6	21.6	19.4	19.8	19.4	22.3
Otras neumonías	16.2	13.2	14.6	15.0	13.6	14.2	14.7
Bronquitis, efisema y asma	8.6	8.4	8.0	8.4	7.8	6.8	6.7
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte	8.2	9.3	8.6	9.3	11.0	12.4	9.8
Otras causas de mortalidad perinatales	7.6	7.3	8.8	9.1	9.3	11.4	10.0
Avitaminosis y otros estados carenciales	5.3	7.1	6.0	6.2	6.4	5.3	4.3
Meningitis	2.2	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3
Lesiones al nacer y partos distócicos	2.2	1.6	1.8	1.6	1.7	1.5	—
Tétanos	1.7	—	—	—	—	—	—
Las demás anomalías congénitas	1.5	—	—	—	1.6	1.4	1.7
Otras enfermedades bacterianas	—	1.9	1.5	1.8	2.1	2.0	2.7
Tosferina	—	1.7	—	1.5	—	—	1.4
Infecciones respiratorias agudas	—	—	1.5	—	—	—	—
Anomalías congénitas del corazón	—	—	—	—	—	1.5	—
Causas mal definidas	8.3	9.1	8.1	8.5	7.7	6.8	7.8
Resto	18.4	17.8	17.4	17.1	16.8	15.1	16.3

FUENTE: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

* Menores de 1 año.

CUADRO 6

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO
EN AMERICA DEL NORTE Y AMERICA DEL SUR
1975**

	América del Sur %	América del Norte %
Causas de mortalidad perinatal	21.1	52.2
Anomalías congénitas	4.4	17.4
Influenza y neumonía	17.8	4.4
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	17.1	1.4
Accidentes	—	2.9
Bronquitis, efisema y asma	4.7	—
Otras enfermedades	34.9	21.7
	100.0	100.0

FUENTE: UNICEF, Situación de la infancia en América Latina y el Caribe, Santiago 1979.

les causas de mortalidad general, aunque la evolución de la tasa bruta de mortalidad no es homogénea en todas las regiones del país. Y en cuanto a la estructura de la mortalidad general por grupos de edad, llama la atención la todavía alta proporción de niños que mueren antes de cumplir un año. Al respecto, durante el período en referencia se observa que la estructura de las causas de la mortalidad en ese grupo de edad permanece prácticamente inalterada.

Morbilidad

El análisis de la morbilidad es el complemento del análisis de la mortalidad dentro del estudio de las condiciones de salud de la población. En general, los indicadores de morbilidad se construyen a partir de la clasificación de los egresos hospita-

larios, según las patologías atendidas. Por tanto, su capacidad explicativa se limita a aquellos estados patológicos que requieren hospitalización, ya que no registran otros casos sea que son atendidos en forma ambulatoria o que se presentan en segmentos de la población que no tienen acceso a los servicios de atención médica.

En el período, la estructura o distribución relativa de la morbilidad hospitalaria por grupos de edad no presenta modificaciones sustantivas. Entre los distintos grupos etarios considerados los que registran los cambios más importantes son los de 5 a 14 y 15 a 44 años de edad respectivamente. La participación relativa del primero en el total de la morbilidad disminuye, en tanto que la del segundo aumenta en forma lenta pero constante⁹. Sin embargo, esta información debe ser tomada con

precaución puesto que las variaciones en estos indicadores pueden tener diferentes orígenes como un aumento real en la morbilidad, una mayor demanda de servicios, un mayor acceso a los mismos, o modificaciones en la disponibilidad de camas por habitante¹⁰.

La morbilidad en menores de un año está explicada principalmente por la gran incidencia que en este grupo de edad tienen las gastroenteritis y colitis, la neumonía, la bronquitis, las enfermedades de la primera infancia, asfixia y atelectasia postnatal, las cuales como se indicó son enfermedades originadas en el medio ambiente hostil a la vida del menor y en complicaciones durante el embarazo y el parto¹¹.

Las hospitalizaciones en el grupo de edad de 1 a 4 años tienen origen en enfermedades infecciosas de naturaleza parasitaria y nutricional. Tanto las patologías que prevalecen en este grupo de edad como las del grupos de menores de 1 año son susceptibles de ser controladas parcialmente mediante instrumentos de tipo administrativo, que pueden estar concentrados en la profundización y expansión de campañas educativas y en el desarrollo de campañas preventivas. Adicionalmente, todo parece indicar que la supresión temprana de la lactancia materna es un factor que contribuye en forma importante al aumento de las enfer-

medades diarreicas e infecciones respiratorias dentro de estos dos grupos de edad. En efecto, entre las mujeres colombianas la duración mediana de la lactancia, en 1980, era de 6.5 meses y en promedio de 8.9 meses. Esta duración de la lactancia contrasta con la de países como Bangladesh e Indonesia que tienen períodos de lactancia de 23.6 meses y 14 meses respectivamente¹². En este sentido, los dos grupos de edad en referencia conforman un caso particular de morbilidad que por sus características requiere atención especial.

En el grupo de 5 a 14 años se destacan las hospitalizaciones por accidentes y traumatismos. Este hecho refleja el grado de exposición del menor a los riesgos originados en el medio ambiente. Aparentemente cada vez cobran mayor importancia los riesgos que surgen del proceso de urbanización del país. Adicionalmente, dentro de este grupo tienen importancia relativa en la morbilidad las enfermedades infecciosas y parasitarias, la gastroenteritis, y las enfermedades del aparato respiratorio. No obstante, a diferencia de lo que ocurre con la morbilidad del grupo de menores de cinco años, es un hecho que el control y prevención del tipo de morbilidad que prevalece en este grupo de edad no pertenece al ámbito sanitario propiamente, y tiene que ver mucho más con el nivel educativo de la familia, el desarrollo de las actividades recreativas orientadas y controladas por expertos y, en general, la instalación de centros masivos de recreación y deporte en las ciudades.

⁹ Ver Cuadro 8.

¹⁰ Ver: República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Plan de Integración Nacional 1979-1982, Tomo II, Bogotá 1981, pp. 385.

¹¹ Ver Cuadro 7.

¹² República de Colombia, Ministerio de Salud y C.C.R.P., Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia del caso de anticoncepción en Colombia 1980, Bogotá, 1981 pp. 54.

CUADRO 7

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS
1972-1979

Causas	1972	1973	1974	1975	1976	1979
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	33.0	34.1	33.6	36.2	36.4	36.8
Otras causas de morbilidad perinatales	7.5	11.1	10.8	10.1	13.5	6.7
Otras neumonías	11.5	12.5	13.0	11.3	11.4	13.0
Bronquitis, efisema y asma	3.2	3.5	3.8	3.3	3.0	3.0
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	3.1	2.4	2.5	2.6	2.5	2.1
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte	1.9	2.9	3.9	4.1	3.4	3.2
Obstrucción intestinal y hernia	1.9	1.6	1.6	1.7	—	—
Las demás anomalías congénitas	1.6	1.7	1.8	—	1.7	2.0
Enfermedad hemolítica del recién nacido	—	—	1.7	1.8	—	1.8
Otras enfermedades del aparato genitourinario	1.8	—	—	1.7	1.7	1.7
Infecciones respiratorias	1.7	2.0	—	—	—	—
Meningitis	—	1.5	2.1	2.0	1.9	2.3
Disentería bacilar y amebiasis	—	—	—	—	1.6	—
Resto	32.8	26.7	25.2	25.2	23.2	27.4

FUENTE: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

CUADRO 8

DISTRIBUCION RELATIVA DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGUN GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	1972	1973	1974	1975	1976	1979	1980
Menores de 1 año	6.3	7.2	7.2	7.2	7.7	7.8	7.4
De 1 a 4 años	7.1	6.7	6.7	6.6	6.7	6.2	7.1
De 5 a 14 años	8.3	7.6	7.1	6.9	6.7	6.0	6.0
De 15 a 44 años	61.8	62.4	63.0	63.1	62.1	62.8	63.8
De 45 años o más	16.5	15.6	15.9	16.3	16.0	15.9	15.7

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

El grupo de edad de 15 a 44 años de edad es el que mayor participación relativa tiene dentro del total de hospitalizaciones. De hecho incluye el grupo más importante de población en edad de trabajar y a la mujer en edad fértil. Por tanto, la incidencia más frecuente de patologías dentro de este grupo incluye las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y los abortos, lo mismo que el rubro de accidentes y traumatismos.

El grupo de 45 o más años evidentemente comparte algunas características de su morbilidad hospitalaria con el grupo de 15 a 44 años. En efecto, los accidentes y traumatismos, la obstrucción intestinal y hernia, explican el mayor número de hospitalizaciones dentro de este grupo de edad. Y, desde luego, sobre todo en el grupo de más edad, se registra una alta frecuencia de enfermedades llamadas degenerativas.

Un indicador adicional importante para el análisis de la evolución de las condiciones de salud de la población es el que se refiere a la incidencia de

las enfermedades transmisibles. Estas enfermedades generalmente son de notificación obligatoria y su patología es susceptible de prevención, en la mayoría de los casos, mediante campañas de saneamiento básico, campañas sistemáticas de vacunación, y campañas de educación básica en salud y nutrición. Por tanto la importancia de este indicador radica en el hecho que en cierta medida la estabilización de su incidencia por un largo período de tiempo, a pesar del mejoramiento en otros indicadores de salud, hasta cierto punto puede estar señalando una situación en la cual el progreso adicional que se pueda obtener en la prevención y control de dichas enfermedades no depende tanto de lo que autónomamente el sector salud pueda hacer por medio de sus programas, como de las características de la evolución de la estructura socioeconómica general del país, tales como el nivel de ingreso por habitante, el grado de concentración del ingreso, el porcentaje de población analfabeta, etc.

En Colombia, en la década del 70, la evolución de la incidencia de

dichas enfermedades no presenta un comportamiento regular y mientras en unos casos se observan disminuciones en su incidencia, en otros permanece relativamente constante, y en algunos casos su incidencia parece aumentar de manera preocupante. Por ejemplo, las diarreas y enteritis, el paludismo, la fiebre tifoidea y paratifoidea, lo mismo que el pian y la fiebre amarilla registran una mayor frecuencia por 10.000 habitantes y un mayor número de casos hacia el final de la década¹³. Sin embargo, durante el mismo período aparentemente se avanzó de manera importante en el control y prevención de patologías como el sarampión, la tuberculosis, la tosferina, la poliomielitis aguda y la difteria. La mayoría de las cuales afecta más que todo a la población infantil.

Finalmente, en términos globales el número de egresos hospitalarios creció en un 40 por ciento entre 1970 y 1980. Asimismo, el número de egresos por mil habitantes pasó de 51 en 1970 a 79 en 1980, lo que significa una variación de 16 por ciento con respecto al año inicial. Y desde el punto de vista de la evolución de la eficiencia en el manejo de los recursos hospitalarios, se aprecia una variación positiva de 49 por ciento en los egresos por cama/año y una disminución en el promedio de estancia de 8 a 6 días por paciente¹⁴.

En resumen, es posible afirmar que durante la década del 70 en el país se registran cambios en la estructura de la morbilidad hospitalaria, que si bien no son de una magnitud

espectacular, sí muestran: en primer lugar, que ha habido una expansión cuantitativa no despreciable en los servicios de atención hospitalaria; en segundo lugar, una tendencia creciente a concentrar dicha atención en los grupos más vulnerables de la población, por tanto el aumento que se registra en las hospitalizaciones de menores de 1 año y en el grupo de 15 a 44 años; y en tercer lugar, los cambios ocurridos en la morbilidad hospitalaria sugieren la presencia de un proceso de racionalización en la utilización de los servicios hospitalarios, por medio de la expansión y utilización más amplia de otros servicios como son los puestos y centros de salud, las promotoras de salud, además del impacto positivo que han tenido las campañas de prevención de enfermedades endémicas y epidémicas.

2. Atención a las personas

Una vez examinada la evolución de las condiciones de salud de la población es interesante contrastar y complementar el análisis con la revisión de los cambios ocurridos en la atención a las personas. En este sentido, los indicadores que se utilizan se refieren a consulta médica, servicios de enfermería y promoción de salud. El servicio de hospitalización se discutió en la sección precedente como complemento del estudio de la morbilidad hospitalaria.

De manera coherente con lo indicado en relación con la evolución de la mortalidad y la morbilidad, entre 1970 y 1980 la atención en salud a las personas vista a través de la consulta médica muestra un incremento que puede catalogarse de sustantivo sobre todo en lo que se refie-

¹³ Ver Cuadro 9.

¹⁴ Ver Cuadro 11.

CUADRO 9

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Diarrea y enteritis	6.846.5*	5.920.2*	6.243.0*	6.367.3*	6.242.2*	6.348.0*	7.016.6*	8.573.7*	1.327.4	1.295.4	1.535.7
Infección gonocócica	190.1	165.0	166.0	194.6	193.6	207.1	204.2	200.2	172.0	126.0	140.4
Paludismo	100.8	81.0	111.9	159.3	117.0	146.0	156.0	211.2	186.0	190.1	154.8
Sarampión	126.7	136.8	115.8	117.6	112.0	46.0	97.3	87.6	82.0	71.0	34.4
Sífilis (todas las formas)	73.5	64.0	83.5	111.1	92.0	87.0	84.1	88.1	73.2	52.1	56.6
T.B.C. (aparato resp.)	58.8	50.4	52.2	49.2	55.5	52.9	49.6	47.5	43.0	40.0	44.1
Tosferina	60.0	72.3	78.0	73.1	75.3	74.0	66.0	61.4	64.0	44.0	28.6
Tifoidea y paratifoidea	34.6	34.0	40.1	33.0	12.4	35.0	27.0	34.0	34.9	35.5	30.7
Tétanos	3.0	2.7	2.3	2.4	2.0	2.6	2.1	2.6	2.8	2.6	2.2
Difteria	3.8	2.8	3.0	2.0	1.3	1.1	1.1	1.0	0.7	0.7	1.0
Meningitis Meningocócica	1.7	1.5	1.9	1.4	1.2	1.3	1.7	2.5	1.5	1.0	1.0
Poliomielitis aguda	3.9	2.1	2.0	1.3	1.6	2.0	2.3	2.1	1.2	1.8	0.5
Lepra	1.3	1.5	1.4	1.3	1.4	1.4	1.2	1.1	1.1	1.3	1.2
Encefalitis vírica	1.0	0.4	0.4	0.6	0.6	0.3	0.3	0.4	0.5	0.3	0.4
Pian (casos)	34	18	67	71	22	55	131	144	127	64	153
Rabia humana (casos)	43	54	45	40	11	12	17	11	13	16	14
Fiebre amarilla (casos)	7	1	—	11	35	11	21	11	18	35	11

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

* Para el cálculo se tomó la población menor de cinco años.

CUADRO 10

EGRESOS HOSPITALARIOS*

Número de egresos	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980**
Número de egresos	1.082.840	1.164.241	1.184.683	1.188.094	1.224.125	1.263.237	1.292.572	1.399.680	1.402.397	1.469.908	1.510.248
Egresos por mil hbts.	50.8	53.3	53.1	52.1	52.8	53.8	54.0	54.9	56.3	57.0	57.5
Egresos por cama/año	22.9	25.1	26.5	26.9	27.6	28.3	28.5	29.7	31.1	33.0	34.4
Promedio de-estancia	—	—	—	8.0	7.7	7.8	7.1	7.0	6.6	6.2	6.2

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación

* Todos los subsectores: oficial y mixto, descentralizado y privado.

** Datos preliminares.

re a atención primaria. En efecto, durante el período el total de consultas médicas aumentó en cifras absolutas de 7.203.221 a 11.608.629 en el subsector oficial y mixto, lo que representa una variación porcentual de 55 por ciento. Así mismo, el número de consultas por 1.000 habitantes pasó de 447 al año a 570, con un aumento de la cobertura de servicio de 24 por ciento a 29 por ciento de la población total.

Sin embargo, lo que es conveniente destacar es que el aumento más importante en la ampliación de la cobertura tiene lugar en la población de menores de un año que de 72 por ciento en 1970 pasa a 94 por ciento en 1980, y en el grupo de embarazadas que pasa de 48 por ciento a 70 por ciento en igual período. No obstante ello, aún es necesario hacer un esfuerzo para ampliar la cobertura para los grupos de 1 a 4 y 5 a 14 años respectivamente¹⁵.

En forma complementaria, los servicios de enfermería y de promoción de la salud se ampliaron considerablemente. La variación en el número de controles a embarazadas fue de 643 por ciento; a madres lactantes de 1.256 por ciento; y a preescolares de 135 por ciento. Asimismo, las actividades de las promotoras de salud, en términos de atención a embarazadas, puerperas y niños, se incrementaron en 300 por ciento en el período¹⁶.

Tanto los cambios registrados en consulta médica como en los servicios de enfermería y de promoción

¹⁵ Ver Cuadro 12¹⁶ Ministerio de Salud, Oficina sectorial de Planeación, información mimeografiada.

de la salud corroboran lo indicado en otra parte de este informe en el sentido de que los cambios ocurridos en la estructura de la morbilidad hospitalaria sugieren la presencia de un proceso de racionalización en la utilización de los servicios hospitalarios, por medio de la expansión y utilización más amplia de otros servicios como son los centros y puestos de salud.

Adicionalmente, es conveniente destacar el impulso que se ha dado, sobre todo en los últimos años, a la atención odontológica en general pero en particular al grupo de edad entre 5 y 14 años, y el de obstétricas entre 15 y 44 años. En 1980, el total de revisiones de tratamiento odontológico fue de 2.192.388 de las cuales el 49.5 por ciento correspondió al grupo de 5 a 14 años.

3. Atención al medio ambiente

Uno de los determinantes más importantes de las condiciones de salud de la población es el grado de acceso de esta a los servicios de agua potable y alcantarillado. No en vano, dadas las deficiencias que en este aspecto todavía existen en el país, la primera causa de mortalidad y morbilidad tiene origen en enteritis y otras enfermedades diarreicas causadas por bacterias y parásitos.

Al finalizar la década la cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado en las comunidades urbanas era de 76 por ciento y 70 por ciento respectivamente¹⁷, cifras estas que aunque todavía dejan mucho que desear, se comparan muy favorablemente con las del sector rural.

En efecto, según los datos disponibles en la actualidad, durante la década del 70 se aumentó considerablemente la cobertura de los servicios de acueducto de las comunidades rurales nucleadas entre 50 y 2.500 habitantes. Así, entre 1970 y 1980 la población atendida pasa de 823.767 personas a 2.180.546 personas lo que representa una variación de 164 por ciento, y un cambio en la cobertura de 20.5 por ciento en 1970 a 53.4 por ciento en 1980. Sin embargo, la falta de servicio de acueducto para aproximadamente el 50 por ciento de la población localizada en dichas comunidades muestra una situación preocupante sobre todo si como se indicó, este es uno de los determinantes más importantes de las condiciones de salud, en particular de la población rural por el hecho de que solamente el 14 por ciento de la misma población está cubierta con redes de alcantarillado. Durante el período en referencia efectivamente se registra un aumento en la cobertura del servicio. Sin embargo, en un lapso de 11 años el número adicional de beneficiarios del servicio de alcantarillado aumentó solamente en 222.864 personas, lo que representa un promedio simple de 20.000 personas adicionales por año¹⁸.

4. Recursos humanos

Entre 1970 y 1980 también se registra un incremento importante en los recursos humanos dedicados a la salud, tanto en el personal médico como paramédico y sobre todo en este último. En efecto, en 1980 se disponía de un 25 por ciento más de médicos por 10.000 habitantes que

¹⁷ Ver: J.C. Turbay Ayala, *Memorias de un cuatrienio, 1978-1981*, Volumen II, pp. 178.

¹⁸ Ver Cuadro 14

CUADRO 11
RECURSOS FISICOS

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
a) Subsector oficial y mixto											
Número de instituciones	532	551	550	559	567	605	601	607	614	610	612
Número de camas	36.363	35.146	33.303	32.422	31.146	32.278	31.597	31.212	30.827	30.259	30.469
Camas por mil habitantes	2.25	2.13	1.97	1.88	1.77	1.76	1.75	1.69	1.63	1.58	1.50
b) Todos los subsectores											
Número de instituciones	741	748	747	756	772	825	823	832	839	818	820
Número de camas	47.318	46.405	44.691	44.242	44.300	44.642	45.304	45.153	45.003	43.695	43.865
Camas por mil habitantes	2.22	2.13	2.00	1.94	1.91	1.90	1.89	1.85	1.80	1.73	1.64
e) Unidades primarias de atención instaladas											
Número							164	211	180	145	131

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

CUADRO 12

ATENCIÓN A LAS PERSONAS – CONSULTA MEDICA

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980**
Total consultas	7.203.221	7.375.686	7.556.161	8.043.404	8.729.105	9.079.035	9.200.063*	9.811.065*	10.187.648	10.600.525	11.155.498
De 1a. vez en el año	3.856.075	3.886.160	4.004.463	4.429.126	4.771.571	4.879.817	5.245.637*	5.492.746*	5.155.820	5.485.181	5.713.553
Consultas por mil habitantes	446.7	446.7	447.7	467.2	498.0	511.6	508.4	532.1	540.5	545.6	561.8
Cobertura (%)	23.9	23.5	23.7	25.7	27.2	27.4	28.9	29.8	17.3	28.2	28.8
Concentración	1.87	1.90	1.89	1.82	1.83	1.86	1.72	1.80	1.97	1.93	1.95
Menores de un año:											
Cobertura (%)	72.3	74.4	77.7	79.4	82.9	86.9	83.4	87.2	89.7	93.6	93.5
Concentración	1.92	1.84	1.81	1.74	1.75	1.78	1.81	1.81	1.85	1.78	1.79
De 1 - 4											
Cobertura (%)	28.8	30.3	30.6	31.7	32.2	31.3	31.1	30.8	30.7	32.1	33.5
Concentración	1.90	1.84	1.92	1.79	1.82	1.85	1.83	1.85	1.96	1.88	1.79
De 5 - 14											
Cobertura (%)	15.2	14.8	15.0	15.2	16.0	15.8	19.9	20.3	15.1	15.4	15.6
Concentración	1.57	1.59	1.69	1.57	1.56	1.56	1.25	1.25	1.68	1.66	1.64
Embarazadas											
Cobertura (%)	48.2	50.8	53.1	56.8	51.5	57.6	68.1	77.5	18.8	64.7	67.5
Concentración	2.31	2.22	2.22	2.04	2.44	2.17	1.96	1.27	2.31	2.25	2.26
Usuarios de P.											
Cobertura (%)	4.9	7.1	8.8	9.5	9.4	14.0	16.9	6.0	5.2	4.8	4.7
Familiar											
Concentración	1.8	1.7	1.4	1.7	2.0	1.3	1.3 2.3		2.6	2.6	2.5

* Subsector oficial y mixto.

** Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

CUADRO 13

TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL

Año	Tasa
1938	156
1940	142
1945	151
1950	124
1955	104
1960	100
1965	82
1966	80
1967	79
1968	74
1969	91
1971-1975	87
1978	69

Fuente: 1938 - 1978, DNP, Plan de Integración... Op. Cit. pp. 376; 1978, Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

en 1970, y un 18 por ciento más de odontólogos. Igualmente, el número de enfermeras era superior en 66 por ciento; el de auxiliares de enfermería en 122 por ciento; y el de promotoras de salud en 42 por ciento¹⁹.

Sin embargo, lo más importante dentro de esa expansión de la disponibilidad de recursos humanos, que a su vez constituye otro indicador del cambio en la estructura de prestación de servicios del sector salud, es el cambio ocurrido en la composición de dicha disponibilidad, lo cual permitió la ampliación registrada en los servicios de atención primaria. Así, mientras en 1970 la disponibilidad de médicos por 10.000 habitantes

correspondía al 39 por ciento de todos los recursos humanos, y la de auxiliares de enfermería era de 32 por ciento, en 1980, esas mismas proporciones eran de 30 por ciento y 46 por ciento respectivamente. Sin embargo, conviene anotar que la proporción de enfermeras dentro del total en referencia permanece constante con una disponibilidad de enfermeras todavía baja en relación con los requerimientos. Esto sumado al hecho de que la disponibilidad de médicos está afectada por su distribución geográfica, cuya concentración es muy alta: el 74.2 por ciento de los médicos están concentrados en las capitales de los departamentos, el 16.6 por ciento en municipios no capitales de 20.000 habitantes y el 9.2 por ciento en municipios de menos de 20.000 habitantes²⁰.

5. Recursos físicos

Los recursos físicos junto con los recursos humanos conforman el tercer componente endógeno del sector salud. Al igual que en los recursos humanos y en los otros dos componentes examinados, los indicadores de la evolución de la expansión y evolución de los recursos físicos en el sector salud, también presentan cambios interesantes a lo largo de la década del 70. Aumenta el número total de instituciones hospitalarias; disminuye el número total de camas disponibles y, por tanto, el número de camas por 1.000 habitantes.

Al respecto, es conveniente hacer dos anotaciones. En primer lugar, la disminución en el número de camas hospitalarias se ha justificado

¹⁹ Ver Cuadro 15.

²⁰ Ver: República de Colombia, D.N.P., op. cit., pp.391.

CUADRO 14
ATENCION AL MEDIO AMBIENTE
PROVISION DE AGUAS Y CONSTRUCCION DE ALCANTARILLADOS EN COMUNIDADES RURALES

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Acueductos terminados	646	783	676	517	390	318	215	247	174	237	114
Habitantes beneficiados	106.126	162.223	187.006	181.819	119.482	127.019	114.847	169.903	120.052	95.923	78.505
Cobertura de la población alcanzada	823.767	985.990	1.172.996	1.354.815	1.474.297	1.601.316	1.716.163	1.886.066	2.006.118	2.102.041	2.180.546
Porcentaje	20.5	23.5	30.3	35.0	41.5	44.6	46.4	49.0	51.1	52.5	53.4
Alcantarillados terminados	89	57	188	190	141	102	113	31	18	19	13
Habitantes beneficiados	21.470	20.612	49.601	34.641	25.374	18.455	25.760	15.547	8.824	13.580	10.280
Cobertura de población alcanzada	362.551	383.163	432.764	467.405	492.779	511.224	537.184	552.731	561.555	575.135	585.415
Porcentaje	9.0	9.6	10.6	11.8	12.7	13.3	13.8	14.0	14.3	14.4	14.3

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

CUADRO 15
RECURSOS HUMANOS
(Disponibilidad por 10.000 habitantes)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Médicos	4.3	4.4	4.5	4.7	4.7	4.9	5.0	5.2	5.2	5.3	5.4
Odontología	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9
Enfermeras	0.9	0.9	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5
Auxiliares de enfermería	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.8	6.2	6.8	7.2	7.6	8.0
Promotoras de salud	0.7	0.7	0.8	1.0	1.3	1.7	—	—	—	1.0	1.0

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planeación.

mediante el argumento de que se ha cerrado paulatinamente el tipo de cama denominado de "larga estancia" y, además, por la tendencia a crear instituciones con un reducido número de camas que permitan un adecuado manejo administrativo²¹. Sin embargo, sería prudente examinar el argumento indicado pues la disminución en el número de camas se remonta a 1970, y, en realidad, ni el cambio en la utilización del recurso (larga por corta estancia) ni la construcción de unidades adicionales hospitalarias más pequeñas constituyen un argumento convincente sobre la disminución en el número absoluto de camas hospitalarias. Y en segundo lugar, es preciso aclarar que la reducción en el número de camas no se tradujo en una disminución de las hospitalizaciones. Por el contrario, como se mostró en la sección sobre morbilidad hospitalaria el número de egresos aumentó en 40 por ciento durante el período. Igualmente, disminuyó el promedio de duración en días de la estancia del paciente y el porcentaje de ocupación de las instituciones hospitalarias.

En consecuencia, es indudable que durante el período analizado hubo un proceso de mejoramiento en la eficiencia en el uso de las instituciones hospitalarias, lo cual es conveniente desde todo punto de vista. Sin embargo, el interrogante que surge de inmediato es: ¿Hasta qué punto se puede continuar con ese proceso sin detrimento de las condiciones de salud de la población?

²¹ Ver: República de Colombia, D.N.P., op. cit., pp. 391 y J.C. Turbay Ayala, op. cit., Vol. III pp. 97.

6. El gasto público en salud

La participación del gasto público en salud durante la década representa una proporción relativamente estable dentro del presupuesto total de la Nación. En efecto, dicha proporción oscila entre un mínimo de 6.7 en 1975 y un máximo de 8.9 en 1974²². En este sentido el comportamiento del gasto público en salud difiere del de educación que a lo largo de toda la década representa una proporción siempre creciente del presupuesto nacional²³.

Entre 1970 y 1980 el crecimiento relativo del gasto en salud, en pesos constantes, fue de 54.5 por ciento lo que sin duda representa una cifra significativamente inferior a la registrada en educación. El mayor crecimiento de los gastos al igual que en educación se realiza en el rubro del funcionamiento en el cual la expansión es de 197.4 por ciento. El crecimiento de la inversión registró un aumento de 533.0 por ciento a precios corrientes que a precios constantes de 1970 significa un crecimiento negativo de 5.8 por ciento para el período²⁴.

La distribución funcional del Presupuesto Nacional de salud entre funcionamiento e inversión no muestra una tendencia estable. De hecho, hasta 1975 la mayor proporción del presupuesto correspondía a inversión

²² Ver: República de Colombia, D.N.P., op. cit., pp. 397.

²³ Ver, J. Vivas, et. al., *Evolución del Desarrollo Social en Colombia en la década del 70*, FE-DESARROLLO, 1982, pp. 152.

²⁴ Ver Cuadros 16 y 17.

CUADRO 16

**EVOLUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E
INVERSION EN SALUD
TASAS DE CRECIMIENTO
(Pesos constantes de 1970)**

	1970-1975	1975-1980	1970-1980
Funcionamiento	-62.1	684.9	197.4
Inversión	40.8	- 33.1	- 5.8
Total	10.3	40.1	54.5

Fuente: Informes Financieros de la Contraloría General de la República.

CUADRO 17

**DISTRIBUCION FUNCIONAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL DE SALUD
(En millones de pesos constantes de 1970)¹**

	1970	%	1975	%	1980	%
Funcionamiento						
I. Servicios personales	10.4	0.8	17.8	1.2	35.5	1.8
II. Gastos generales	3.7	0.3	6.9	0.5	9.8	0.5
III. Transferencias	374.1	28.6	122.3	8.5	1.109.1 ²	54.8
Total	388.2	29.4	147.1	10.2	1.154.6	57.1
Inversión						
I. Inversión directa	143.0	10.9	95.5	6.6	166.9	8.3
II. Inversión indirecta	777.7	59.6	1.200.6	83.2	700.5	34.6
Total	920.7	70.5	1.296.1	89.8	867.4	42.9
Total presupuesto	1.308.9	100.0	1.443.2	100.0	2.022.0	100.0

¹ Se deflactó por precios implícitos del sector servicios del gobierno.

² Incluye aportes a entidades del sector.

Fuente: Informes financieros de la Contraloría General de la República.

CUADRO 18

**EVOLUCION DEL PRESUPUESTO NACIONAL DE SALUD SECTOR CENTRAL
TASAS DE CRECIMIENTO
(Pesos constantes de 1970)**

	1970-1975	1975-1980	1970-1980
Administración general	790.0	-98.0	- 82.5
Sanidad animal	-	-	-
Servicio agua	5.666.7	-27.5	4.083.3
Producción industria manufacturera	-	-	-
Investigación	-	-	-
Comercialización productos	-	-	-
Educación	-	-	13.200.0
Administración	- 15.6	6.2	- 10.3
Atención médica	190.1	53.1	344.1
Higiene pública	- 57.0	52.0	- 34.6
Saneamiento urbano y rural	- 35.1	35.2	- 12.2
Seguridad social	- 70.6	23.0	- 63.8
Especialización profesionales	-	-	-
Deudas	-	-73.6	-
Total	10.1	40.0	54.1

Fuente: Elaboración FEDESARROLLO con base en Informe de la Contraloría General de la República.

y en 1980 ésta corresponde a funcionamiento²⁵.

Por otra parte, el análisis del Presupuesto Nacional total de salud distribuido según el objetivo del gasto, indica que durante el período en referencia el mayor crecimiento relativo lo tiene el rubro "servicio de agua" que corresponde al tratamiento de aguas; le sigue en importancia el aumento del gasto en "atención médica" que crece en 344 por ciento a precios constantes²⁶. Asimismo, la

distribución relativa del Presupuesto Nacional de salud según el objetivo del gasto indica un aumento sostenido de la importancia relativa del gasto en atención médica. Este rubro significó el 21.5 por ciento del presupuesto total en salud en 1970 y en 1980 era de 62.0 por ciento. Igualmente se destaca la participación relativa de "saneamiento urbano y rural" aunque su importancia ha disminuido con respecto a 1970.

Por último, la evolución de gasto público en salud aparentemente es coherente con la evolución de los indicadores de las condiciones de salud

²⁵ Ver Cuadro 17

²⁶ Ver Cuadro 18.

y la atención a las personas examinados en este informe. La disminución de la importancia relativa de la inversión muestra el esfuerzo que se ha hecho para aumentar la cobertura de los servicios aunque, por ejemplo, la disponibilidad de camas por 1.000 habitantes ha disminuido. También apuntan en este sentido los aumentos en el presupuesto registrados en los rubros de saneamiento urbano y rural y atención médica.

Conclusión

El examen, desde el punto de vista de desarrollo social, de la evolución de los principales indicadores del sector salud durante la década del 70, muestra cambios de importancia significativa tanto en lo que se refiere a las condiciones de salud de la población como a la cobertura, estructura de la prestación de servicios y composición de los recursos humanos para la salud.

Los cambios ocurridos en la tasa bruta de mortalidad así como las modificaciones que se registran en la estructura de la morbilidad general, sugieren la presencia de un proceso de consolidación de la cobertura de los servicios de salud y de prevención de enfermedades. No obstante, algunos indicadores de las condiciones de salud, como los que se refieren a la evolución de las principales enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, muestran una incidencia todavía alta y relativamente estable en los últimos años. Adicionalmente, aunque durante la década en referencia se avanzó de manera notable en cuanto a la cobertura de los servicios de hospitalización y atención primaria para los menores de un año y el

grupo de embarazadas, la estructura de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil permanece prácticamente inalterada, ocupando en cada caso el primer lugar como principal causa las enteritis y otras enfermedades diarreicas.

A primera vista podría pensarse que tanto en el caso de las enfermedades transmisibles como en el de las causas de la mortalidad y la morbilidad infantil, el Estado y la sociedad pueden actuar con instrumentos de tipo administrativo para controlar su incidencia. En efecto, no cabe duda que todavía existe un margen amplio para actuar con instrumentos de esa naturaleza para mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, el comportamiento de los indicadores antes mencionados permite formular la hipótesis de que muy probablemente, en el futuro cercano, el mejoramiento adicional en las condiciones generales de salud de la población estará más determinado por las características de la evolución de la estructura socio-económica del país, en particular en relación con el nivel educativo de la población y el nivel y la distribución del ingreso, que por la ampliación misma de los servicios. En todo caso, tampoco cabe duda que en la utilización de instrumentos de tipo administrativo el énfasis debe ponerse en el mantenimiento y ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de atención primaria. Estos son los que más fácilmente llegan a la población de bajos ingresos; facilitan la prevención de enfermedades, evitan el congestionamiento innecesario de los centros hospitalarios, y en general contribuyen a disminuir los costos directos e indirectos de los servicios de salud.