

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA 2002-2007



TOMO I

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Bogotá, Diciembre de 2010

Título de la obra: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

ISBN obra completa: 978-958-8717-04-3

- Tomo I: Características socio-demográficas de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-05-0
- Tomo II: Relaciones familiares y Salud Sexual y Reproductiva. ISBN: 978-958-8717-06-7
- Tomo III: Morbilidad y Mortalidad de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-07-4
- Tomo IV: Situación de salud de la infancia. ISBN: 978-958-8717-08-1
- Tomo V: Prestación de servicios de salud. ISBN: 978-958-8717-09-8
- Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. ISBN: 978-958-8717-10-4
- Tomo VII: Situación de salud de Colombia 2002-2007: Resumen. ISBN: 978-958-8717-11-1
- Tomo VIII: Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007: Gestión de Datos.
ISBN: 978-958-8717-12-8

© Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
© Los Autores.

Año de la publicación: 2010

Lugar y fecha de la edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Interventoría: Dirección General de Salud Pública – Ministerio de la Protección Social

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Coordinador de Vigilancia en Salud Pública

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

ALBERTO URIBE CORREA

Rector

ÁLVARO CARDONA SALDARRIAGA

Decano Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.

LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO

Vicedecano

CARLOS ROJAS ARBELÁEZ

Director Centro de Investigaciones

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA, PhD.

Directora General

CARLOS ALBERTO TANGARIFE VILLA

Coordinación de Bases de Datos

GLORIA MOLINA MARÍN

JUAN LUIS LONDOÑO FERNÁNDEZ

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

DIANA MARCELA MARÍN PINEDA

LUCELLY LÓPEZ LÓPEZ

YAMILE ANDREA BAENA HENAO

Edición Académica

LETICIA BERNAL VILLEGAS

Revisión de estilo

ALINA GIRALDO YEPES

Diagramación

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Participantes en el desarrollo del Proyecto ASIS Colombia 2002-2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Lenis Enrique Urquijo, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ASIS
Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador de Vigilancia en Salud Pública - Coordinador de ASIS

María Alexandra Durán, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS
Patricia Cifuentes, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

María Patricia Arbeláez Montoya, Directora del Proyecto
Germán González Echeverri, Decano 2006-2009
Gloria Molina Marín, Jefe Centro de Investigación 2007-2009
Carlos Eduardo Castro Hoyos, Jefe Centro de Extensión 2006-2009
Carlos Alberto Tangarife Villa, Coordinador Gestión de Datos
Félix Martínez, Investigador Social FEDESALUD

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Coordinador Integración ENS 2007- ENDS 2005
Hanner Sánchez García, Consultor en Estadística

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social 2003-2010

Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública 2006-2010

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS

Juan Francisco Miranda, Director General Colciencias 2006-2010

Clara Inés Vargas, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico ENS 2007

CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto ENS 2007

Fernando Ruiz Gómez, Director de CENDEX, Coordinador de Análisis del Proyecto ENS 2007

Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador Técnico del Proyecto ENS 2007

Observatorio de Salud Pública de Santander

Rafael Ortiz, Director OSPS, Coordinador Recolección RIPS Proyecto ENS 2007

Sistemas Especializados de Información SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, Gerente de Operaciones y Logística de encuestas ENS 2007

Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en Muestreo y Estimaciones del Proyecto ENS 2007

Marcela Valencia Suescum, Asesora Diseño y Ajuste de protocolo y formularios ENS 2007

Universidad Nacional de Colombia

Rosa Helena Flórez Mosquera, Directora Salud Pública, Facultad de Medicina UNAL 2003-2005

Carlos Arturo Sarmiento Limas, Coordinador UNAL Protocolo Proyecto ASIS 2003-2005

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Investigadores y miembros de los equipos técnicos participantes

Profesores Universidad de Antioquia

Alexandra Restrepo H.	Andrés Agudelo S.	Julian Vargas J.
Blanca Miriam Chaves G.	Andrés Camilo Jiménez H.	Laura Lucía Cano G.
Blanca Susana Ramírez P.	Aura Ruiz G.	Leidy Cristina Jaramillo M.
Carlos Mario Quiroz P.	Beatriz E. Arroyave P.	Lina María Martínez F.
Carlos Rojas A.	Bibiana Andrea Castro M.	Lorena Andrea Gómez G.
Eliana Martínez H.	Cindy Maryey Crespo S.	Lorena Sánchez D.
Elkin Martínez L.	Carlos Mario Arcila E.	Lucas Restrepo M.
Erika María Montoya V.	Catalina Lopera C.	Lucelly López L.
Fabio León Rodríguez O.	Catalina María Arango A.	Luis Fernando Duque R.
Fernando Peñaranda C.	Clara Cecilia Zuluaga M.	Manuel Antonio Céspedes S.
Germán González E.	Cristina Mejía M.	Marda Ucaris Zuluaga A.
Gloria Escobar P.	Dalila Patricia García R.	Margarita Inés Quiroz A.
Gloria Molina M.	Diana Carolina Ocampo R.	Margarita María Pérez O.
Héctor Byron Agudelo G.	Diana Catalina Mesa L.	Margarita Rosa Díaz B.
Humberto Ramirez G.	Diana Marcela Marín P.	María Isabel Jaramillo A.
Juan Fernando Saldarriaga F.	Diego León Bastidas L.	María Osley Garzón D.
Leonardo Uribe A.	Diego Alejandro Jiménez D.	Martha Claudia González P.
Lisardo Osorio Q.	Diego Mauricio Montoya R.	Martha Lucía Olarte L.
Luis Eliseo Velásquez L.	Dillanelid Cañas B.	Miguel Ángel Mafla P.
Luz Nelly Zapata V.	Doralba Aristizabal J.	Mónica L. Vargas B.
María Isabel Lalinde A.	Doris Cardona A.	Nilton E. Montoya G.
María Luisa Montoya R.	Elsa María Vásquez T.	Nydia S. Caicedo M.
María Patricia Arbeláez M.	Esteban Páez Z.	Omar Ramírez R.
Miriam Bastidas A.	Félix Martínez M.	Paula Andrea Díaz V.
Mónica Lucía Soto V.	Fredy Suárez P.	Paula Andrea Uribe R.
Nora Adriana Montealegre H.	Gilma Stella Vargas P.	Piedad Estrada A.
Rubén Darío Gómez A.	Hernando Guerrero M.	Piedad Roldan J.
Samuel Andrés Arias V.	Ilduara Peña G.	Rosmary Aristizabal G.
Sergio Cristancho Marulanda	Iván Darío Flórez G.	Rubén Darío Manrique H.
Yolanda Lucía López A.	Jairo Ramírez G.	Sandra Milena Agudelo L.
Yomaira Higuita H.	Janeth Pérez G.	Verónica Romero A.
	Javier Mauricio Sierra A.	Walter Alonso Zuluaga R.
	Jenifer C. Lopera C.	Yadira Estrada L.
	Jhojandelli Congote E.	Yamile Andrea Baena H.
	Jhovanny Andrés Cañas P.	Yaneth Pérez G.
	Jorge A. Pulgarín T.	Yomaira Viñas S.
	Jorge Emilio Salazar F.	Yuliana Castaño L.

Otros participantes

Adriana Milena Espinosa L.
Adriana Rocío Roa P.
Alejandra Agudelo M.
Ana Daniela González E.

PRESENTACIÓN

Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, el Ministerio de la Protección Social, en asociación con Colciencias, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

Para el efecto se encargó a un equipo de expertos de la Universidad Nacional el diseño del Modelo de Análisis de Situación de Salud, del que se obtuvo el protocolo de la Encuesta Nacional de Salud que la Unión Temporal SEI S.A. y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional, de lo cual se ofreció una publicación con los resultados más relevantes.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país correspondiente al período 2002-2007, el Ministerio de la Protección Social estableció el contrato interadministrativo de cooperación con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN 2005, entre otros. Para ello se realizó un control de calidad a los datos y se organizaron bases de datos de tal modo que permitieran un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud.

Esta información, así como las bases de datos que quedan a disposición de la comunidad científica para realizar análisis adicionales, permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados. Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.

MAURICIO SANTA MARÍA SANCLEMENTE

Ministro de la Protección Social

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud ASIS¹ fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de Datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales: los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.

La adopción de la propuesta de ASIS como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y

¹ El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Definición tomada del Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 20 número 3, septiembre de 1999).

ASCOFAME en 1977-80, seguidos en la década de los 90 por otras investigaciones como los Estudios Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC I en 1993 y ENFREC II en 1998), el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III en 1998), el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 y la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1990, 1995, 2000 y 2005), entre otros.

Como parte de este proceso, el Ministerio de la Protección Social propuso el Análisis de la Situación de Salud en Colombia para el período quinquenal 2002-2007, para lo cual se planteó la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo del ASIS, definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la primera ilustración,² supone la aproximación sucesiva a la realidad a través de cuatro niveles de análisis de carácter descriptivo.

El primer nivel busca identificar y caracterizar los problemas de salud y los niveles de discapacidad de acuerdo con su magnitud, severidad y estructura demográfica, para priorizar los problemas de salud de cada subgrupo poblacional describiendo su comportamiento epidemiológico. A partir de la información contenida en este nivel se identificaron los problemas de mayor interés en salud pública que debían ser medidos, y se obtuvieron los elementos necesarios que luego sirvieron para definir los contenidos del protocolo y los formularios que fueron diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007.

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y del desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la incidencia de dichos problemas, las intervenciones sociales implementadas para afrontar el problema bajo análisis y el conocimiento y percepción que la población tiene sobre los problemas, los mecanismos de solución y las barreras existentes en su interacción con los servicios del sector de la salud.

El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que tiene relación con la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de áreas geográficas diversas en función de un factor asociado a la presentación del mismo, sin que en la determinación de estas diferencias medie un criterio de justicia, como ocurre con categorías de importancia del individuo afectado (sexo, edad y factores raciales y genéticos), de la ubicación en un medio geográfico (regiones o departamentos), de concentración poblacional (urbana o rural), de factores de riesgo específicos del medio (la vivienda, el lugar de trabajo y la comunidad), de inclusión en salud (acceso y uso) y sociales (inclusión social).

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva que da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, se refiere a las disparidades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias, y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen, tales como las diferencias relacionadas con el género, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato social y el nivel de desarrollo de las regiones.

² Tomado del documento **Encuesta Nacional de Salud 2007. Protocolo de la Encuesta. Bogotá, junio de 2006**, elaborado por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

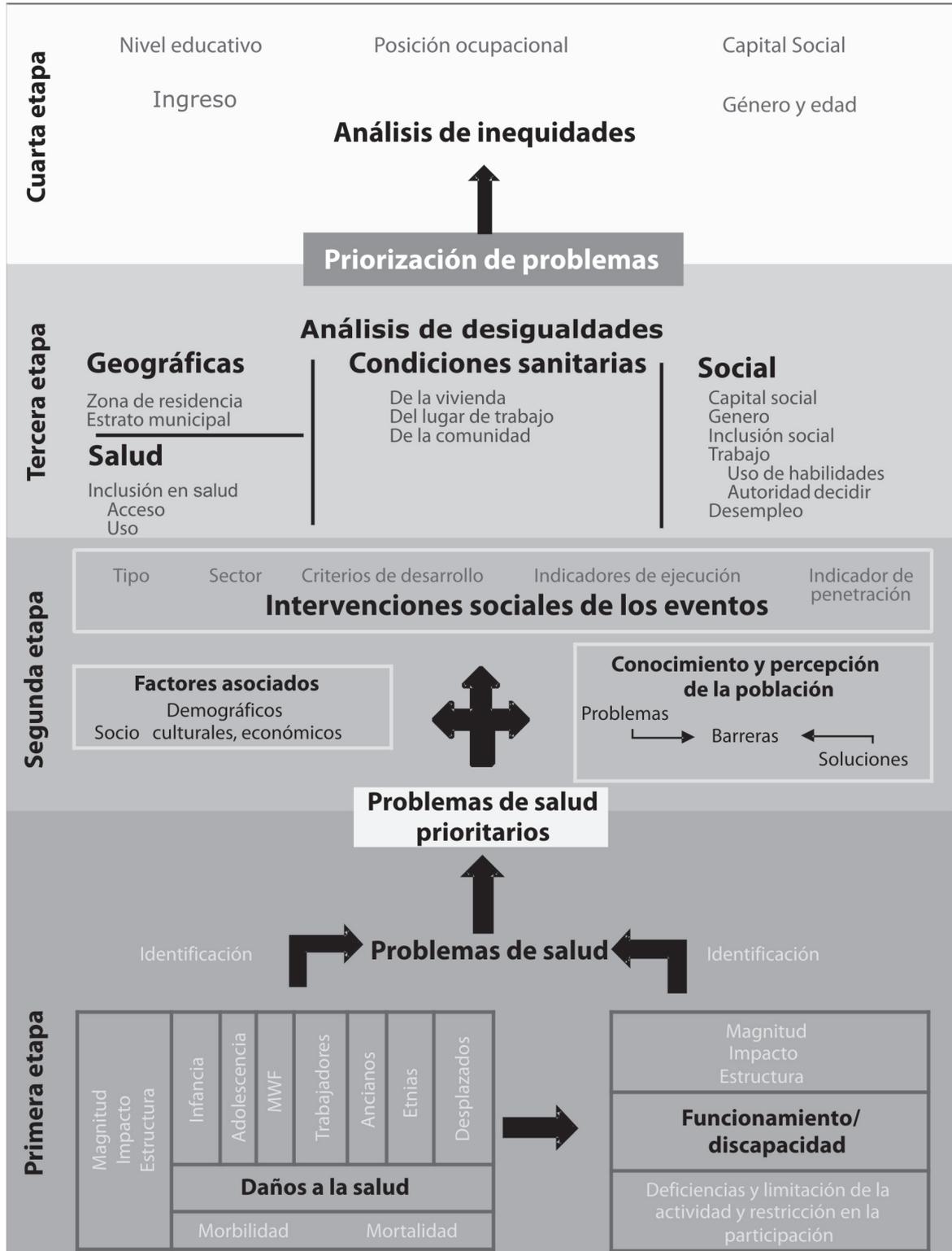


Ilustración 1. Modelo de análisis de la situación de salud

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

En este marco, la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007 fue concebida como una fuente más de información para el ASIS enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad; caracterización de la oferta y la demanda de servicios de salud, para complementar el conjunto de información necesaria en la caracterización y análisis de la situación de salud en Colombia.

Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con Colciencias, contrató con la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Sistemas Especializados de Información SEI S.A. de Bogotá la realización de la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007, con el objetivo principal de recolectar y analizar información de los hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la identificación de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país del 2002-2007 el Ministerio estableció el contrato interadministrativo de cooperación entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la Encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN-2005, entre otros. Previamente al análisis, se realizó un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos estará alojada en la plataforma informática del MPS y, mediante el aplicativo diseñado por la FNSP dentro de los términos del convenio, quedará a disposición de diferentes usuarios para obtener tanto los meta como los micro datos de cada fuente y generar archivos que pueden ser procesados en los paquetes estadísticos convencionales para así incentivar la generación de información y la investigación útil para el país.

El análisis de la ENS-2007 incluyó diferentes unidades de observación y su nivel de desagregación estuvo sujeto a la prevalencia de los problemas de salud priorizados por grupo etáreo. Los hogares y sus habitantes formaron parte de muestras probabilísticas y para los análisis se aplicaron los correspondientes factores de expansión así como el cálculo de los errores estándar. Las IPS y los usuarios de los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, estuvieron circunscritos a los entes territoriales que hicieron parte de la ENS-2007 y por lo tanto dichas muestras no fueron representativas de sus respectivos universos. Para este análisis también se utilizaron todas las estadísticas vitales proporcionadas por el DANE y la información de RIPS del año 2007.

El análisis se presenta en algunos casos desagregado por departamentos y/o por regiones con base en la distribución que se presenta a continuación:

Región	Subregión / Departamentos
1 Atlántica	1 Guajira, Cesar, Magdalena
	2 Barranquilla y el Área Metropolitana
	3 Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte
	4 Bolívar Sur, Sucre, Córdoba
2 Oriental	5 Santanderes
	6 Boyacá, Cundinamarca, Meta
3 Central	7 Medellín y el Área Metropolitana
	8 Antioquia sin Medellín
	9 Caldas, Risaralda, Quindío
	10 Tolima, Huila, Caquetá
4 Pacífica	11 Cali y el Área Metropolitana
	12 Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico
	13 Cauca y Nariño sin el Litoral Pacífico
	14 Litoral Pacífico
5 Bogotá	15 Bogotá
6 Orinoquía y Amazonía	16 Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada.

El análisis en profundidad de la situación de salud se presenta en ocho tomos: el primero se ocupa de las características socio-demográficas de la población, incluyendo el análisis de las condiciones de los hogares y su entorno, así como de los aspectos principales del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios públicos domiciliarios. El segundo se centra en el análisis de la familia, principalmente en las relaciones de pareja, la violencia intrafamiliar y algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva tales como la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de Cérvico-uterino. El tercer tomo presenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general, por grupos de edad y por regiones del país. Igualmente, las características de algunos eventos tales como accidentalidad vial, enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y la obesidad. El cuarto tomo se ocupa de la situación de salud de la infancia en aspectos relacionados con el cuidado del menor, la vacunación y enfermedades tales como la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– y la Infección Respiratoria Aguda-IRA. El quinto analiza la prestación de servicios de salud de atención ambulatoria, obstétrica y de urgencias, así como las acciones de salud pública de los entes municipales; el sexto presenta un análisis de las desigualdades e inequidades en salud; el séptimo presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Finalmente, el tomo ocho presenta los documentos técnicos y metodológicos de la gestión de los datos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

TOMO I

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS
DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA**

Investigadores y equipo técnico

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Investigadores

Doris Cardona Arango
Héctor Byron Agudelo García
Fabio León Rodríguez Ospina
Lorena Andrea Gómez Gallego

Grupo Técnico

Dillanelid Cañas Betancur
Jhojandrelli Congote Espinosa
Laura Lucía Cano Granda
Alejandra Agudelo Martínez
Ana Daniela González E.

CAPÍTULO 2: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LOS HOGARES COLOMBIANOS

Investigadoras

Mónica L. Vargas Betancourt
Beatriz E. Arroyave Pulgarín
Yomaira Higueta Higueta
Diana Catalina Mesa Lopera

Grupo Técnico

Rosmary Aristizábal Guzmán
Lucelly López López
Diana Marcela Marín
Yuliana Castaño Isaza

CAPÍTULO 3: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

Investigadores

Doris Cardona Arango
Héctor Byron Agudelo García
Fabio León Rodríguez Ospina
Lorena Andrea Gómez Gallego

Grupo Técnico

Dillanelid Cañas Betancur
Jhojandrelli Congote Espinosa
Laura Lucía Cano Granda
Alejandra Agudelo Martínez
Ana Daniela González Echavarría

CAPÍTULO 4: CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS Y DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

Investigadores

María Osley Garzón Duque
Jairo Ramírez García
María Luisa Montoya Rendón
Luz Nelly Zapata Villarreal

Grupo Técnico

Omar Ramírez Ríos

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

INTRODUCCIÓN	27
ASPECTOS CONCEPTUALES	28
Demografía dinámica: fecundidad, mortalidad y migración	29
Fecundidad	29
Mortalidad	32
Migraciones	33
METODOLOGÍA	35
RESULTADOS	36
Evolución de la estructura por edad y sexo de la población colombiana, 1938-2005	36
Características de la fecundidad y la mortalidad de la población colombiana según sexo, edad por departamento	38
Indicadores de fecundidad	38
Características del nacido vivo y de la madre	41
Mortalidad	43
Indicadores sociodemográficos	43
Años de vida potencial perdidos (AVPP)	44
Cambio en la esperanza de vida	46
Desigualdades en salud	46

Coeficiente de Gini...	49
Índice de concentración ...	49
Desigualdad e inequidad según la tasa de mortalidad infantil y las necesidades básicas insatisfechas ...	50
Desigualdad e inequidad según la tasa de mortalidad infantil y el índice de condiciones de vida..	50
Desigualdad e inequidad según la esperanza de vida y las necesidades básicas insatisfechas...	51
Desigualdad e inequidad según la esperanza de vida e índice de condiciones de vida...	51
Índice de necesidades en salud por departamentos...	52
Índice de inequidades en salud por departamentos ..	52
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES ...	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ...	55

CAPÍTULO 2: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LOS HOGARES COLOMBIANOS

INTRODUCCIÓN ...	59
ASPECTOS CONCEPTUALES ...	60
Determinantes sociales de la salud ...	60
El trabajo como determinante social de la salud..	61
La educación y su relación con la salud ...	62
Capital social y salud...	62
Percepción de la salud ...	65
METODOLOGÍA .	66
RESULTADOS ..	67
Educación ...	67
Analfabetismo ...	68
Trabajo .	68
Capital Social..	69
Percepción de la salud ...	70

DISCUSIÓN	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

CAPÍTULO 3: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

INTRODUCCIÓN	81
Persona, familia y hogar	82
Encuestas de hogares realizadas en Colombia	83
RESULTADOS	85
Características de los hogares colombianos por departamento	85
Perfil de hogares	88
CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

CAPÍTULO 4: CARÁCTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS Y DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

INTRODUCCIÓN	99
MARCO DE REFERENCIA	100
Relación vivienda, salud y ambiente	102
METODOLOGÍA	103
RESULTADOS	104
Características de la vivienda y su entorno	104
Características de la vivienda	104
Tipos de vivienda	104
Material predominante en las paredes exteriores y pisos	105
Ubicación geográfica de las viviendas	106
Servicios públicos domiciliarios con que cuenta la vivienda	106
Espacios externos de los cuales dispone la vivienda	108
Ubicación de la vivienda en zona de riesgo	109

Condiciones del entorno físico externo de la vivienda	110
Viviendas con basureros o zonas de depósito	110
Puestos ambulantes de venta de comidas cerca de la vivienda	111
Humedales, pantanos, lagunas o caños de aguas negras cerca a la vivienda.	111
Presencia de fábricas o negocios que botan humo, polvos o partículas al aire y/o se detectan malos olores	111
Características de las calles alrededor de la manzana en la que se encuentra ubicado el segmento.....	112
Presencia de huecos profundos o alcantarillas sin tapa en las calles	112
Vías de circulación de carros a altas velocidades.....	113
Presencia de puentes para peatones	113
Presencia de andenes o aceras para los peatones	113
Alumbrado público en funcionamiento	114
Presencia de algún parque o zona verde pública para recreación, cancha o polideportivo público.....	114
Déficit de vivienda.	115
ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	115
Servicio Público Domiciliario de Acueducto	117
Servicio Público Domiciliario de Alcantarillado.....	118
Servicio Público Domiciliario de Aseo	118
Asociación entre la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y la calidad de los SPD de agua potable y saneamiento básico	118
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	121
LIMITACIONES DE LA ENS-2007	124
RECOMENDACIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

ÍNDICE DE CUADROS

CAPITULO 1.

Cuadro 1.1	Colombia: indicadores demográficos, 1985-2015.....	31
Cuadro 1.2	Calidad de los datos de nacimientos. Colombia 2006.....	39
Cuadro 1.3	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los nacidos vivos (NV) y de las mujeres en edad fértil (MEF). Colombia 2006.....	40
Cuadro 1.4	Tasa de fecundidad general (TFG) y tasa global de fecundidad (TGF), según edad de la madre. Colombia 2006.....	40
Cuadro 1.5	Indicadores seleccionados para el cálculo de las desigualdades e inequidades en salud. Colombia 2007.....	46
Cuadro 1.6	Medidas de desigualdad en salud, razón y diferencia de tasas. Colombia 2005.....	47
Cuadro 1.7	Indicadores y categorías seleccionadas para el cálculo de las desigualdades e inequidades en salud, Colombia 2005.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO 1.

Gráfico 1.1	Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) en el mundo, en América Latina y el Caribe y en Colombia, 1950-2050	30
Gráfico 1.2	Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Mundo, América Latina y el Caribe, y Colombia, 1950-2050.	32
Gráfico 1.3	Esperanza de vida al nacer en el Mundo, en América Latina y el Caribe, y en Colombia, 1950-2050.....	33
Gráfico 1.4	Tasa neta de migración (por mil habitantes) a Europa, América del Norte, América Latina y el Caribe, y Colombia, 1995-2050	34

CAPÍTULO 3.

Gráfico 3.1	Estructura de la población por edad y sexo. Colombia, ENS-2007.....	85
--------------------	---	----

CAPÍTULO 1:

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

INTRODUCCIÓN

Conocer las condiciones de vida de los hogares colombianos es muy importante al momento de identificar los problemas de salud por los que aquéllos atraviesan y desarrollar planes de intervención. En efecto, el análisis de las condiciones de vida da cuenta de la situación de salud de la población colombiana y de la manera como estas condiciones influyen en sus posibilidades de estar sana. Ahora bien, estas condiciones están determinadas por aspectos sociales, demográficos, económicos, culturales e históricos, y una variación de alguno de estos elementos altera el estado de salud y por ende la calidad de vida de las personas. Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación social, la habitabilidad de la vivienda, la falta de higiene y la escasa calificación laboral constituyen factores condicionantes del estado de salud de la población.

Las condiciones de vulnerabilidad social y demográfica están relacionadas con el nivel de educación, el área de procedencia, las condiciones económicas, la etnia, entre otros. Los estudios con hogares y familias brindan también otras variables analíticas entre pobres y no pobres (por ingresos o necesidades básicas insatisfechas), tales como las tipologías de hogar, las jefaturas de hogar por sexo y el ciclo vital de las familias.

En el análisis de la situación de salud, el estudio referente a las características de los hogares ofrece información relacionada con las condiciones en las que viven sus miembros: insumo importante para la planeación en salud y la constitución de políticas públicas. Este capítulo contiene el análisis demográfico de la población colombiana en general, por departamentos y regiones, para lo cual utiliza las siguientes fuentes de información: Censo de población y vivienda del 2005, Encuesta de Demografía y Salud 2005, Estadísticas Vitales (defunciones y nacimientos), la Encuesta Nacional de Salud 2007 y los indicadores económicos calculados por el Departamento Nacional de Planeación para el año 2005.

ASPECTOS CONCEPTUALES

A lo largo de la historia han existido diferentes definiciones de demografía que se actualizan con el paso del tiempo y los continuos cambios que las poblaciones han tenido en las diferentes etapas del crecimiento de la humanidad. Se presentan a continuación algunas definiciones que dan cuenta del proceso de desarrollo de este concepto:

Según el *Diccionario Demográfico Plurilingüe* (Naciones Unidas, 1959: 3), la demografía “Es la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas desde unas visiones cuantitativas y cualitativas de la población”. A partir de esta definición, el *Diccionario (ídem.)* afirma que las teorías demográficas son “...ideadas para explicar y prever, mediante consideraciones económicas, sociales o de otra índole, la evolución de los fenómenos de la población, así como para poner de manifiesto sus consecuencias”.

Para Hauser y Duncan (1975), la demografía pertenece al grupo de ciencias empíricas cuyos datos se obtienen por medio de la observación de sucesos que ocurren en forma natural en el mundo exterior. Los recuentos de la población total –es decir, su registro poblacional de acuerdo a distintas características– son realizados de acuerdo al grado de confiabilidad de la población de que se trata.

La demografía estudia las poblaciones humanas tanto desde el punto de vista estático como dinámico. El primero hace referencia al conocimiento de las características generales de la población en un momento determinado y en una circunscripción territorial específica; el segundo al “proceso poblacional” en el que un “ser colectivo... un sujeto histórico... ocupa un área física y se multiplica extendiendo su base geográfica” (Vieira, 1973: 8).

Esta concepción dinámica de la demografía apunta al conocimiento de la estructura de una población mediante la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Para la Organización de Naciones Unidas es de la mayor importancia incluir entre estas variables las siguientes: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, características económicas y datos sobre la fecundidad de la mujer.

Demografía dinámica: fecundidad, mortalidad y migración

La dinámica demográfica se centra en la investigación de la evolución de la población a lo largo del tiempo y en los mecanismos por los cuales los individuos entran (nacen o inmigran) y salen (mueren o emigran) de la población.

El conocimiento de la demografía dinámica permite realizar estimaciones y proyecciones de la población en el futuro, cuyos cambios, previsibles en el tamaño y en la estructura, han de tenerse en cuenta para modificar y establecer prioridades en las acciones de salud pública. Esas variaciones modifican las necesidades y los recursos de la población, y condicionan situaciones sociales y económicas que influyen en la vida individual y colectiva.

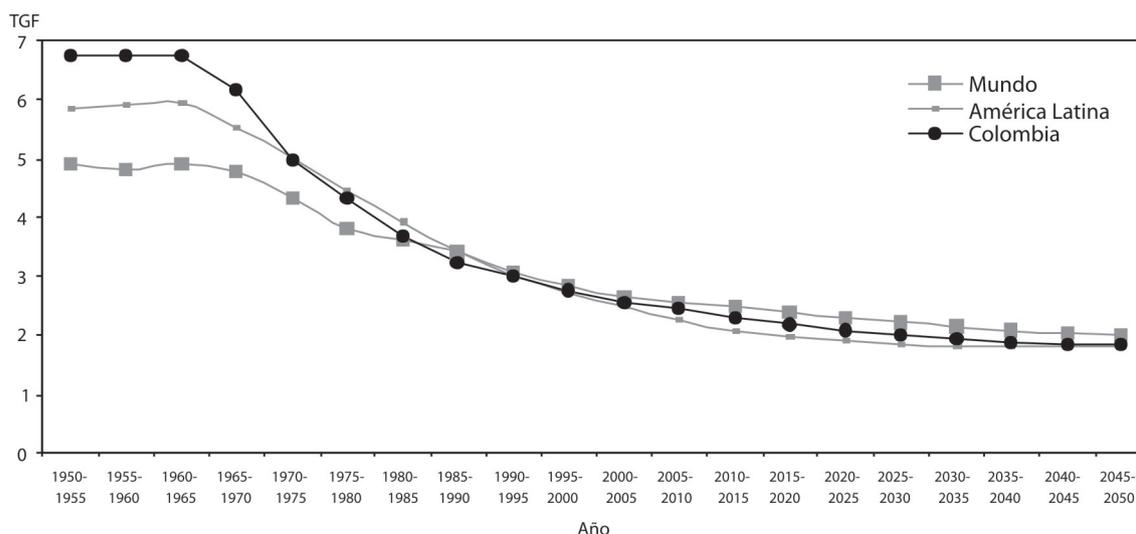
Fecundidad

“La fecundidad se relaciona con el número de niños nacidos vivos a las mujeres. No es lo mismo que la fertilidad, que implica la capacidad física de reproducción de una mujer” (Haupt y Kane, 2004: 13); y es una de las variables demográficas más importantes para evaluar las tendencias del crecimiento de la población en un país.

La conservación y la evolución en la tierra de la vida humana está ligada a los procesos de reproducción, y ésta debe ser considerada bajo dos aspectos: el biológico y el social. En su afán por perdurar en el tiempo, los grupos humanos se reproducen cotidianamente y a través de generaciones –de este modo prolongan la vida, mediante el nacimiento de nuevos individuos que reemplazan a los que van falleciendo–. En este proceso reproductivo inciden directamente el tiempo y el espacio en los que se desenvuelven los grupos humanos y, a la vez, las decisiones individuales y colectivas que pueden poner en peligro la sobrevivencia de un grupo poblacional.

En este último aspecto es importante señalar las decisiones de los gobiernos para controlar la tasa de natalidad, que han conllevado la reducción de los niveles de fecundidad en las regiones del mundo en vías de desarrollo: la tasa global de fecundidad pasó de 6, entre 1950-1955, a 3 hijos por mujer entre 1995-2000; de otro lado, el nivel de reemplazo solo se alcanzará entre 2035-2040, y se mantendrá por debajo de ese nivel hasta 2045-2050. Para esta época se prevé que los países menos desarrollados tendrán un nivel por encima de los 2 hijos, y en la mayoría de los más desarrollados se tendrán niveles de fecundidad por debajo de 2,1 hijos por mujer (Henning, 2004).

Durante el siglo XX, la fecundidad declinó su crecimiento en el mundo, coincidiendo con los avances en salud, el acceso a la planificación familiar, el desarrollo económico, la urbanización, la oferta de empleos más competitivos, viviendas más pequeñas y las políticas gubernamentales para detener el crecimiento poblacional. Los sociólogos consideran que los ingresos y la búsqueda de mejores condiciones de vida afectan las aspiraciones de tener muchos hijos (Kent y Haub, 2005: 3). Teóricamente, 15 sería el número máximo de hijos que una mujer, con una actividad sexual regular y sin recurrir a la anticoncepción, pudiera tener desde la menarquia (12 años) hasta la menopausia (50 años), pero los factores culturales, sociales, económicos y de salud pueden afectar este comportamiento (McFalls, 2007: 4).



Fuente: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision (2009).

Gráfico 1.1. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) en el mundo, en América Latina y el Caribe y en Colombia, 1950-2050.

Es cierto que no solo la fecundidad, sino también la mortalidad y las migraciones afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a su disminución, estancamiento o expansión. Sin embargo, de estos tres factores es el descenso que ha sufrido en los últimos tiempos la fecundidad –atribuido a razones biológicas (Vallin, 1994), culturales (Rosero-Bixby, 2004: 76 y ss.) y socioeconómicas (CELADE, 1996)– el que más influencia ha tenido en el proceso de cambio poblacional, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones.

Las transformaciones sociales y económicas que han tenido lugar en América Latina a partir de la década de 1960 han dejado su huella en el perfil demográfico de los países (Schkolnik, 1996). La expansión de la economía ha permitido el aumento en los ingresos; los avances médicos, el mejoramiento en el estado nutricional; un mayor acceso a la atención en salud y a la educación han influenciado el comportamiento demográfico y acelerado el proceso de urbanización, contribuyendo a mejorar la salud, prolongar la vida, modificar valores, creencias y comportamientos referidos a la vida familiar y al número deseado de hijos (CELADE, 1996).

Entre los cambios poblacionales el más evidente es el proceso de transición demográfica debido a transformaciones sociales y económicas. Dicha transición se visualiza en el bajo crecimiento poblacional, y se considera que su culminación coincidirá con el reemplazo generacional (crecimiento nulo). Se prevé, además, que la fecundidad pueda ir por debajo del reemplazo, lo que conllevaría a un crecimiento negativo y, eventualmente, a una disminución de la población en números absolutos. La región de las Américas tiene en promedio menos de 3 hijos por mujer cuando hace solo 35 años era de 6 ó 7 hijos (Schkolnik, 2004: 42). En estos cambios poblacionales han influido también lo que John Bongaarts llama “determinantes próximos de fertilidad”, y que el autor resume en cuatro aspectos: la proporción de mujeres casadas o en unión sexual, de las que usan anticonceptivos, de las que han sido fecundadas y las que han recurrido al aborto (McFalls, 2007: 4-5).

Aunque originalmente el descenso demográfico tuvo lugar en las zonas urbanas, con mujeres más educadas y de mayores ingresos –lo que les dio más capacidad para decidir sobre la edad para casarse, el número de hijos deseados y el uso de anticonceptivos modernos y eficientes (Chackiel y Schkolnik, 2004: 51-53)–, hoy se observa un comportamiento similar en las mujeres rurales de bajos ingresos y con bajo nivel educativo (Schkolnik, 2004: 42).

De acuerdo con Rosero-Bixby (2004: 77) en América Latina Cuba y Trinidad y Tobago han sobrepasado el nivel de reemplazo, mientras que Brasil, México y Colombia “podrían estar muy cerca de alcanzarlo, debido a que tenían en 1995-2000 tasas globales de fecundidad (TGF) por debajo de 3 hijos por mujer y en franco descenso”.

En las últimas décadas, el comportamiento demográfico de la población colombiana descendió tanto en relación con la fecundidad como con la mortalidad (Naciones Unidas, 2005; Profamilia, 2005; DANE, 2007). Con respecto a la primera, entre los años 1950 y 2000 se observó una disminución de 4 hijos por mujer, y para el periodo 2005-2010 fue de 4,3 hijos por mujer (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 Colombia: indicadores demográficos, 1985-2015

Períodos	Tasa media anual de crecimiento (por mil)	Natalidad (por mil)	Fecundidad (por mil)	Mortalidad (por mil)
1985-1990	20,09	27,80	3,17	6,43
1990-1995	19,64	26,97	3,01	6,47
1995-2000	18,89	24,49	2,80	5,79
2000-2005	16,98	22,31	2,62	5,48
2005-2010	15,28	20,57	2,48	5,41
2010-2015	13,78	19,25	2,37	5,57

Fuente: DANE. Indicadores de la dinámica demográfica del periodo 1985-2015

Algunos estudios han señalado los factores que, en Colombia, generaron cambios en los valores y actitudes hacia la crianza y la familia facilitando, así, la transición de la fecundidad. Estos factores son: el aumento en el gasto público en educación y en salud durante los años treinta y cuarenta del siglo pasado; la mejora en las condiciones económicas del país durante los años sesenta y setenta del mismo siglo, lo que conllevó cambios sociales como el proceso de urbanización, la industrialización, el mayor acceso a la educación de la mujer y su mayor participación en las actividades económicas, y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar.

Por otra parte, Colombia ha avanzado en la formulación de marcos normativos y reglamentarios para la salud sexual y reproductiva con enfoque basado en los derechos, lo que le ha permitido estar entre los 151 países en desarrollo que han adoptado medidas para proteger los derechos de las niñas y las mujeres. En el 2002, el Ministerio de la Protección Social emitió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que incluye programas como maternidad segura, planificación

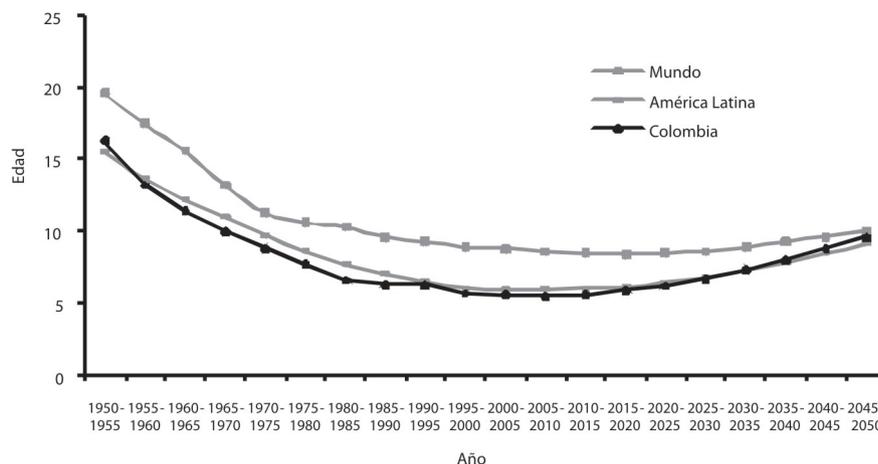
familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, detección precoz del cáncer de cuello uterino, prevención y control de infecciones de transmisión sexual –incluyendo el VIH/SIDA– y de la violencia doméstica y sexual (Naciones Unidas, 2005).

El estudio de la dinámica poblacional debe comenzar por la fecundidad. Este término hace referencia a la relación entre los nacidos vivos y la población femenina en edad fértil (de 15 a 49 años). Estos límites son establecidos convencionalmente dada la incapacidad de procrear fuera de dicho rango de edad. La fecundidad –como ya se ha dicho– permite medir el nivel reproductivo de un grupo, de una población, de una pareja o de un individuo, y no está condicionada únicamente por la capacidad fisiológica de tener hijos, que es lo que denominamos fertilidad.

Con frecuencia se describe la tasa de fecundidad general, para diferenciarla de las tasas específicas de fecundidad que se obtienen de la relación entre los nacidos vivos de madres en una edad específica y la población femenina de esa misma edad.

Mortalidad

“La mortalidad (...) es un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población; sus niveles, tendencias diferencias y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud. La mortalidad es un indicador de la magnitud y del riesgo absoluto de morir que refleja las condiciones de vida de la población, la utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación, el urbanismo planificado (...) y las enfermedades que padece la población y por las cuales está muriendo” (Cardona y Agudelo, 2007: 354). Según los datos de Naciones Unidas, la mortalidad general tuvo un descenso importante en el mundo desde 1950 hasta 1995, año a partir del cual se dio un estancamiento en su descenso y la tendencia muestra que habría un incremento progresivo hacia el año 2045 (Gráfico 1.2).

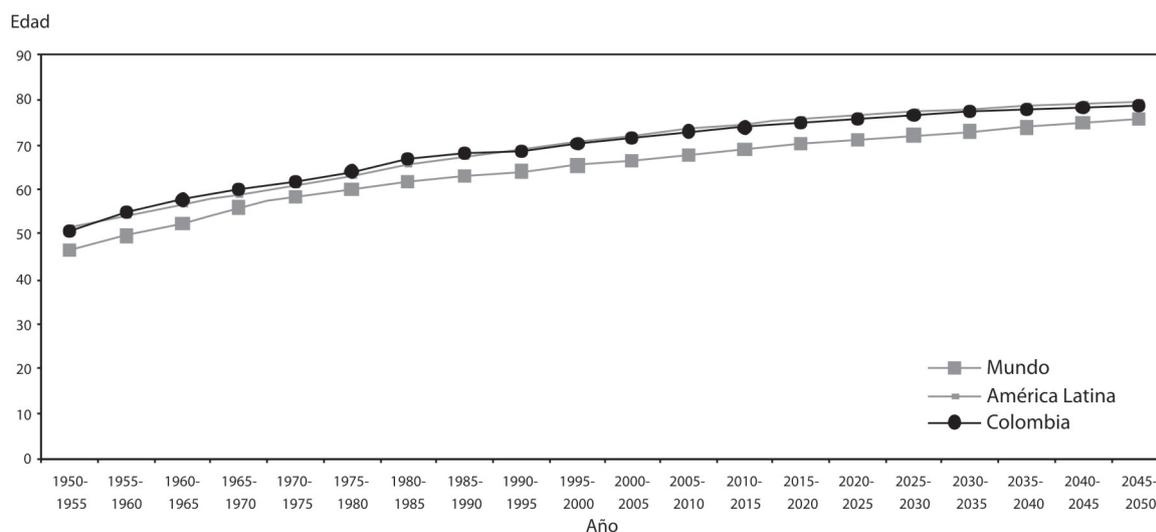


Fuente: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision (2009).

Gráfico 1.2. Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Mundo, América Latina y el Caribe, y Colombia, 1950-2050.

“Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la materno-infantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta. El acceso a vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyen sobremedida a esa transición epidemiológica” (OMS, 2003: 4).

El incremento en la Esperanza de Vida (EV) al nacer es un indicador del envejecimiento poblacional. En el mundo, la esperanza de vida al nacimiento pasará de 46,6 años, en 1950-1955, a 75,5 años entre 2045-2050; en América Latina y el Caribe pasará de 51,4 años a 79,6 años para ambos sexos, y en Colombia se pasará de 50,6 años, en 1950-1995, a 79 años en el 2045-2050; es decir, se prolongará la vida, en promedio, 28,4 años en el transcurso de solo cien años (Gráfico 1.3).



Fuente: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision (2009).

Gráfico 1.3. Esperanza de vida al nacer en el mundo, en América Latina y el Caribe, y en Colombia, 1950-2050

Migraciones

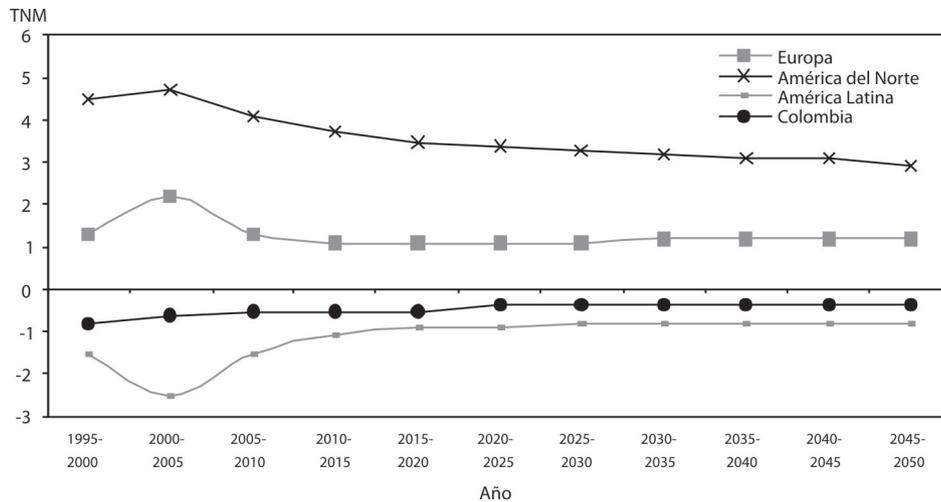
La migración está referida al universo de desplazamientos constantes que se realizan hacia y desde distintas áreas geográficas, con la finalidad de desarrollar actividades económicas, educativas, culturales, sociales, etc. (Bueno, 2003: 31). El tercer elemento que incide, entonces, en la dinámica poblacional tiene que ver con las migraciones y la movilidad interna de los habitantes de un país o de una región.

Las formas de migración pueden ser:

- **El Asilo:** amparo que los países o estados ofrecen a los perseguidos políticos para que la autoridad no los pueda procesar o someter a prisión; el migrante queda protegido por el país extranjero que concede el amparo.

- **El Refugio:** amparo que los países o estados ofrecen a las personas que se ven obligadas a abandonar su país porque sus vidas, su seguridad o su libertad están amenazados por una violencia generalizada –bien sea por una agresión externa o por los conflictos internos–, por la masiva violación de los derechos humanos u otras circunstancias que alteran gravemente el orden público.
- **El Desplazamiento:** se refiere a las persona que se han visto obligadas a emigrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia y sus actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física o libertad han sido vulneradas o se encuentran amenazadas, debido a la existencia de cualquiera de los siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de derechos humanos u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Según las tendencias de la migración internacional, históricamente Colombia ha presentado saldos netos migratorios (SNM) negativos, y se presume que para el primer cuarto del siglo XXI no será nulo ni positivo. No obstante las condiciones actuales que favorecen la migración, el gobierno colombiano está propiciando acciones que tienden a contrarrestar este efecto, frenando la expulsión del país (DANE, 2010: 39). El Grafico 1.4 muestra las tasas de emigración entre los continentes y regiones del mundo.



Fuente: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision (2009).

Gráfico 1.4. Tasa neta de migración (por mil habitantes) a Europa, América del Norte, América Latina y el Caribe, y Colombia, 1995-2050

Según el censo DANE 2005, existen 3.331.107 colombianos en el exterior, lo que equivale aproximadamente al 10% de la población; los principales destinos fueron Estados Unidos (35,4%), España (23,3%) y Venezuela (18,5%) (OIM).

METODOLOGÍA

- Según la ENS-2007, la muestra poblacional de hogares estuvo conformada por 35.333 hogares de la muestra maestra de PROFAMILIA, utilizada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005), Encuesta Nacional de Nutrición (ENSIN 2005) y Encuesta Nacional de Salud (ENS-2007) realizadas en Colombia, adicionada con una muestra complementaria de 6.210 hogares, para un total de 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país.
- Para analizar los aspectos demográficos en Colombia, se han seleccionado una serie de indicadores demográficos, de salud, económicos, sociales y de equidad (Anexo, Cuadros 1.1 y 1.2). Las fuentes de información para este análisis fueron las bases de datos de las encuestas nacionales antes citadas y los censos de población, entre otros. Para mayor detalle de la metodología ver el Anexo de este capítulo.

RESULTADOS

Evolución de la estructura por edad y sexo de la población colombiana, 1938 - 2005

A lo largo de su historia, y hasta lo que va corrido del siglo XXI, Colombia ha tenido una serie de cambios en su población. Ésta se multiplicó diez veces al pasar de un total de 4.144.000 habitantes en el año 1905, a 41.468.384 habitantes en el año 2005 (Anexo, Gráfico 1.1). De esta población registrada en 2005, el 49,04% (20.336.117) son hombres y el 50,96% (21.132.267) son mujeres (Anexo, Cuadro 1.3). Para 1950 el país registraba 12 millones de habitantes, de los cuales el 3,4% (407.000) eran mayores de 64 años de edad, y se espera que la población adulta mayor ascienda al 9,6% (5.273.000) en el año 2025 y a 17,5% (11.012.000) en el 2050, para un total de 63.877.000 habitantes (Anexo, Gráfico 1.2).

Entre 1938 y 2005, la población tuvo una gran transformación tanto por grupos de edad como por sexo (Anexo, Gráfico 1.3). La edad promedio de la población colombiana aumentó 6 años: pasó de 23,2 años en 1938, a 29,1 años en el 2005; y, en el mismo periodo de tiempo, la edad mediana pasó de 18,9 años a 25,6 años, con un aumento de 7 años. Esto muestra que el envejecimiento poblacional de Colombia –acaecido en menos de un siglo– es acelerado con respecto al proceso vivido por los países del primer mundo (Anexo, Gráficos 1.4 y 1.5).

Entre las características demográficas de la población colombiana se encontró que el 50% registró una edad mediana de 25,4 años o menos (Anexo, Gráfico 1.6), y una edad promedio de 28,6 años. Los departamentos del país que registraron una edad media mayor fueron los de la zona Andina (Caldas, Quindío y Risaralda), los departamentos con estructura más joven fueron Vichada, Amazonas y La Guajira (Anexo, Gráfico 1.7).

El índice generacional de ancianos que representaba, en el año 1938, 732 personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de una persona de 65 y más años, pasó a 471 en el censo de 2005. Este censo muestra también que el índice de dependencia económica bajó, al registrar 82 personas menores de 15 años o mayores de 65 años dependiendo de 100 personas económicamente activas, en 1938, a 59 en el 2005 (Anexo, Gráficos 1.8 y 1.9).

El índice de estructura de la población activa, que muestra el grado de envejecimiento de la población, indica que en Colombia las 25 generaciones más jóvenes (de 15 a 39 años) disminuyeron en relación con las 25 generaciones más viejas (de 40 a 64 años), pasando de 38,3 en 1938, a 56,4 en el año 2005 (Anexo, Gráfico 1.10). Si se toma como base el índice de Friz –que indica la proporción de población en el grupo 0-19 años en relación con la de 30-49 años–, se observa que éste índice pasó de 257 en 1938 (cuando este índice es mayor de 160, la población se considera joven) a 153,6 en el 2005 (de 60 a 160 se considera madura) (Anexo, Gráfico 1.11).

Estos indicadores evidencian, pues, el envejecimiento de la población colombiana en el transcurso del siglo XX: en el censo de 1938 existían en el país 7 adultos mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, en el censo de 1964 la proporción de adultos mayores disminuyó a 6,4, y en el censo de 2005 se incrementó a 21, es decir, por cada cinco jóvenes había un adulto mayor (Anexo, Gráfico 1.12).

El índice promedio de envejecimiento del país es de 20,5 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años; el mayor índice lo registró el departamento de Caldas (29,4), seguido de Quindío (27,4) y Boyacá (27); los departamentos que presentaron menor grado de envejecimiento en sus estructuras –mayor población adolescente– fueron Amazonas (7,8), Guainía (8,4) y Vichada (9,5) (Anexo, Gráfico 1.13).

El censo de 2005 mostró otros cambios en la población colombiana por edad: la cantidad de menores de quince años registrados en el 2005 fue de 12.743.820, equivalente al 30,7% del total de la población, lo que representa la menor proporción histórica de infantes; así mismo, la población total de adultos mayores (65 y más años) se multiplicó casi ocho veces en 50 años: pasó de 351.338 en 1951, a 2.617.210 en 2005, representando un porcentaje inédito de 6,3% de la población total (Anexo, Gráfico 1.14). Mostró, además, que el 63% de la población total del país –26.107.354 habitantes– está en edad económicamente activa, lo cual constituye una ventaja para el desarrollo, pues dispone de fuerza de trabajo suficiente y con capacidad de reemplazo para atender los retos de la producción económica y la reproducción social.

El índice de dependencia económica muestra que en Colombia hay 58,8 personas consideradas económicamente inactivas –menores de 15 años y mayores de 65– que dependen de 100 personas económicamente productivas o potencialmente activas. Los departamentos de mayor dependencia fueron Chocó y La Guajira; y los que registraron menor dependencia fueron los del eje cafetero y la ciudad de Bogotá (Anexo, Gráfico 1.15).

La tasa de crecimiento natural registra que en Colombia el crecimiento anual fue de 1,3%, con un incremento de 530.946 nuevos habitantes; por departamentos, el crecimiento menor se presentó en Quindío (0,8%) y el mayor en Arauca (2,7%) (Anexo, Gráfico 1.16).

Otro tema importante de destacar es la distribución de la población colombiana en el territorio nacional. Desde 1938 Colombia pasó, progresivamente, de tener el 30% de sus habitantes residiendo en las zonas urbanas, a tener el 75%, tres cuartas partes de su población, en el 2005 (DANE, censo 2005. Anexo, Gráfico 1.17). Las principales ciudades del país, Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, alojaban en 1938 al 8,7% de la población total, y en el 2005 concentraban el 29,4%, es decir, 3 de cada 10 colombianos reside en una de estas ciudades.

Con respecto a la variación poblacional por sexo, los informes censales entre 1938 y 2005 muestran que nacen más hombres que mujeres en Colombia: el país pasó de 1008 hombres por 1000 mujeres en 1938, a 1052 hombres por cada 1000 mujeres en el año 2005, en la población menor de cinco años; sin embargo, en la población general existe mayor número de mujeres que de hombres (Anexo, Gráfico 1.18).

En el 2005, el índice de masculinidad al nacimiento fue de 106,1, es decir, por cada 100 nacimientos femeninos se registraron 106 nacimientos masculinos; los departamentos que registran un mayor índice son Vichada (121,7), San Andrés (110,3) y Atlántico (110), los de menor fueron Vaupés (96,1), Putumayo (100,6) y Amazonas (101,6) (Anexo, Gráfico 1.19).

Al analizar la estructura por edad y sexo de las regiones de Colombia, se observa que las regiones Atlántica y Amazonía conservan una estructura piramidal con una base ancha, lo que indica un mayor peso porcentual de los menores de cinco años y la disminución de su participación a medida que se aumenta la edad. Las regiones Oriental, Central y Pacífica tienen su mayor población en el grupo de los adolescentes, principalmente de 10 a 14 años de edad, lo cual representará, en cinco años, un aumento considerable de la población económicamente activa. Bogotá muestra una población mayor en el grupo de 20 a 24 años, más evidente en el sexo femenino (Anexo, Gráfico 1.20).

Características de la fecundidad y la mortalidad de la población colombiana según sexo y edad por departamento

Indicadores de fecundidad

El censo de 2005 reportó una tasa de natalidad para Colombia de 17,4 nacimientos por mil habitantes; la menor tasa se presentó en Chocó y Valle del Cauca –región Pacífica–, y las mayores en Arauca, Guaviare y Vaupés (Anexo, Gráfico 1.21).

La tasa global de fecundidad fue de 2,1 hijos por mujer. La región Pacífica registró la menor tasa de fecundidad –siendo Chocó el departamento con menos hijos por mujer (1,7), aspecto que puede estar relacionado con problemas de subregistro– y Arauca el departamento que tiene la mayor (4,1 hijos por mujer) (Anexo, Gráfico 1.22).

Al comparar las tasas de fecundidad de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (ENDS 2005) con las Estadísticas Vitales reportadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas del año 2005 (DANE 2005), la tasa global de fecundidad (TGF) para Colombia presenta una diferencia del 25,6%: la ENDS registró 2,6 hijos por mujer, y el DANE 2,1 hijos por mujer, lo cual pone en evidencia un error de cobertura debido, bien a un subregistro en los datos de las estadísticas oficiales, o bien a un sobrerregistro en la encuesta demográfica (Anexo, Cuadro 1.4).

La información presentada por la ENDS, en relación con la tasa de fecundidad general (TFG), es 18% superior a la presentada por las Estadísticas Vitales. Las mayores diferencias por exceso en la encuesta entre las dos fuentes se registró en Chocó (73,2% en la TFG y 87,9% en la TGF) y Cauca (60,3% en la TFG y 60,7% en la TGF), y por defecto, la mayor diferencia se encontró en Arauca (-44% en la TFG y -35,9% en la TGF) y en los demás departamentos de los anteriores Territorios Nacionales (Anexo, Cuadro 1.4).

Los departamentos que registran igual TGF en ambas fuentes son: Risaralda, Caldas, Sucre y Meta; los que registran las diferencias mayores son: Chocó (87,9%), Cauca (60,7%), Guajira (52,1%) y Arauca (-35,9%) (Anexo, Gráfico 1.23).

Según la TFG, el número de nacimientos vivos en relación al número de mujeres en edad fértil en Colombia fue de 64,4 hijos por mil mujeres. El departamento del Quindío registró la menor tasa y Arauca la mayor, con 53,7 y 132 nacimientos por mil mujeres entre 15 y 49 años de edad respectivamente (Anexo, Gráfico 1.24).

El archivo de registros de nacimientos para el año 2006 contó con 714.450 registros y 42 variables (código de la localidad del nacimiento, nivel educativo del padre, hemoclasificación, fecha de nacimiento del anterior hijo nacido vivo, código correspondiente al sector de la cabecera municipal, código correspondiente a la selección de la cabecera municipal del área de la residencia de la madre, campo de validación de uso interno, entre otros). De estas variables, 31 (75,6%) tenían información incompleta: ocho variables tuvieron un porcentaje de no respuesta superior al 10%, y las 23 restantes obtuvieron entre 0 y 6,23% de no respuesta. El cuadro 1.2 describe esta situación:

Cuadro 1.2 Calidad de los datos de nacimientos. Colombia 2006

Nacimientos 2006		
Número de registros del archivo	714.450	
Número de variables del archivo	42	
Indicadores de contenido	No.	Porcentaje
No respuesta	31	75,6%
Sobre respuesta	1	2,4%
Consistencia	41	97,6%
Indicadores de los datos	No.	Porcentaje
Presencia	41	100%
Existencia	41	100%
Compleitud	10	24,4%

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de las Estadísticas Vitales. DANE; 2006

En el año 2006 Colombia presentó un total de 714.450 nacimientos, y contó con 11.575.843 mujeres en edad fértil. La mayoría de los nacimientos se presentó en las mujeres entre 20 y 24 años, con un 29,7% (212.344), seguido del grupo de 15 a 19 años de edad, con un 23% (164.114). El porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) se concentró en el grupo de edad de 15 a 19 años, con el 17,9% (2.066.445) (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Distribución de la frecuencia y porcentaje de los nacidos vivos (NV) y de las mujeres en edad fértil (MEF). Colombia 2006

Grupo edad	Total Nacidos Vivos	%	Total MEF	%
15-19	164114	23,0	2.066.445	17,9
20-24	212344	29,7	1.906.992	16,5
25-29	162617	22,8	1.743.306	15,1
30-34	101001	14,1	1.555.858	13,4
35-39	56706	7,9	1.551.559	13,4
40-44	16142	2,3	1.481.996	12,8
45-49	1525	0,2	1.269.687	11
Total	714450	100,0	11.575.843	100,0

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de las Estadísticas Vitales. DANE; 2006.

La tasa de fecundidad general promedio en el año 2006 fue de 61,7 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil. Por grupo de edad, la mayor tasa de fecundidad se registró en el grupo de 20 a 24 años, formando un patrón de cúspide temprana, con el 114,4 nacidos vivos por cada mujer en edad fértil.

La tasa global de fecundidad fue de 2 hijos por mujer –esta tasa supone que las mujeres no están expuestas a la muerte y que durante todo el período de edad fértil su patrón reproductivo se mantuvo constante–, de acuerdo con las tasas quinquenales de fecundidad de Colombia en el año 2006 (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4 Tasa de fecundidad general (TFG) y tasa global de fecundidad (TGF), según edad de la madre. Colombia 2006

Grupo edad	TFG	TGF
15-19	79,4	0,4
20-24	111,4	0,56
25-29	93,3	0,47
30-34	64,9	0,32
35-39	36,5	0,18
40-44	10,9	0,05
45-49	1,2	0,01
Total	61,7	2

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de las Estadísticas Vitales. DANE; 2006

La mayor tasa de fecundidad general registrada para el año 2006 la presentó el departamento de Arauca, con 94,9 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil, y el departamento que presentó la menor tasa fue San Andrés, con 46,3 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil. La mayor reproducción la presentó Arauca, con 22,9 niños por cada mil habitantes, y el departamento de Chocó presentó el menor número de nacimientos, con 11,5 niños por cada mil habitantes. La tasa bruta de reproducción no mostró mayores variaciones entre los departamentos: el promedio de hijas que las mujeres tuvieron durante su vida reproductiva en el año 2006 estuvo entre 0,95 y 0,98 (Anexo, Cuadro 1.5).

Los departamentos que presentaron una tasa de fecundidad general más alta que la registrada en el país fueron: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cesar, Córdoba, Huila, Guajira, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Arauca, Casanare, Putumayo (diferencias que van desde 0,3% en Santander hasta el 54% en Arauca); entre éstos Arauca es el departamento de Colombia que registró una mayor tasa de fecundidad general, con 94,9 hijos por mil mujeres en edad fértil. Los departamentos con tasas menores que las nacional fueron: Antioquia, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Chocó, Nariño, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, San Andrés, la región de la Amazonía y la ciudad de Bogotá (con diferencias desde -2,3% en Cundinamarca hasta -25% en San Andrés). Llama la atención las menores tasas de fecundidad de San Andrés y Chocó –con relación al promedio nacional–, que pudieran estar reflejando un error de cobertura por subregistro en los certificados de nacidos vivos de estos dos departamentos (Anexo, Cuadro 1.6).

Con respecto al número de hijos por mujer, los departamentos que presentaron una tasa global de fecundidad más alta con respecto al promedio fueron: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cesar, Huila, Guajira, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Arauca, Casanare y Putumayo (con diferencias del 0,5% de Putumayo al 45% en Arauca) –Arauca es el departamento del país que registra un mayor número de hijos por mujer (2,9 hijos por mujer)–. Los departamentos con una tasa global de fecundidad por debajo del promedio nacional fueron: Antioquia, Caldas, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Nariño, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, San Andrés, el grupo de departamentos de la Amazonía y la ciudad de Bogotá (diferencias del 1,5% de Cundinamarca hasta del 28% en Chocó) (Anexo, Cuadro 1.6).

Características del nacido vivo y de la madre

En el año 2006, el promedio del peso de los recién nacidos en Colombia fue 3.237,43 gramos. El departamento de Arauca presentó el mayor promedio del peso de los recién nacidos vivos, 4.435,76 gramos, y la ciudad de Bogotá el menor peso promedio, 2.982,05 gramos. Para este año, ninguno de los departamentos registró neonatos con peso inferior a 2.500 gramos ni nacimientos de neonatos macrosómicos, es decir con 4.500 gramos o más (Anexo, Cuadro 1.7).

El promedio de la talla de nacidos vivos en Colombia fue de 50,48 centímetros. El departamento que presentó mayor promedio de talla al nacer fue Arauca, 59,03 centímetros, y el de menor promedio de talla al nacer, 49,4 centímetros, fue el departamento de Risaralda (Anexo, Cuadro 1.8).

El promedio de asistencia a consultas prenatales es de 11,59. El número mínimo de consultas fue 6,64, registrado en el departamento de Quindío, y la mayor asistencia se presentó en el departamento de Arauca, con 26,33 consultas (Anexo, Cuadro 1.9).

El promedio de edad de las madres en Colombia, en el año 2006, fue 25,3 años, con una desviación de 8,08 años. La edad más frecuente al momento del nacimiento de un hijo fue 20 años. El 25% de las mujeres que tuvieron hijos tenía como edad máxima 20 años, el 50% tenía como máximo 24 años, y el 75% 29 años de edad.

La edad mínima de las madres la presentó el departamento de Quindío: 24,4 años, con una desviación de 6,7 años; la edad más frecuente al momento del nacimiento fue de 24 años; el 25% de las mujeres que tuvieron hijos tenía como edad máxima 19 años, el 50% 23 años, y el 75% 29 años. El departamento de Santander registró el mayor rango de edad para las madres: 26,3 años, con una desviación de 10,54 años (Anexo, Cuadro 1.10).

Las madres con nivel de educación básica, primaria completa o incompleta, y secundaria incompleta fueron las que presentaron mayor porcentaje de nacimientos, con un 75,2% –sobresale, en este sentido, la región de la Amazonía–; mientras las que tuvieron secundaria completa y universidad completa o incompleta presentaron el menor porcentaje, con un 19,2% nacimientos (Anexo, Gráfico 1.25).

En el año 2006, y con relación a la atención en salud, la mayor cobertura de afiliación para las madres se registró en el régimen subsidiado: 295.899 madres, es decir un 43,45%; le sigue el régimen contributivo, con 266.294 madres afiliadas, es decir un 37,30%. Se registraron 138.668 madres vinculadas, 19,42%, y 12.994 madres presentaron otro sistema de afiliación, con una representatividad del 1,82%. En el régimen subsidiado, el departamento que registra mayor cobertura es Arauca, con un 72,2%, departamento que es, a la vez, el que presenta la menor cobertura en el régimen contributivo, con un 11,14%. La ciudad de Bogotá presenta la mayor cobertura en el régimen contributivo, con un 59,11%, y tiene el menor porcentaje de cobertura en el régimen subsidiado, con un 23,71%. El departamento que presenta mayor cobertura en el régimen vinculado es Tolima, con un 34,42%, y el de menor cobertura es San Andrés, con un 3,03% (Anexo, Gráfico 1.26).

Para el año 2006, el número de hijos nacidos vivos en Colombia fue de 3,38 por mujer, con una desviación de 11,02 hijos. La cantidad de número de hijos más frecuente es 1; el 25% de las madres tuvo 1 hijo, el 50% 2, y el 75% 3. La mayor cantidad de hijos se presentó en el departamento de Chocó, con 6,40 y una desviación de 19,22 hijos, y la menor cantidad en el departamento del Quindío, con 1,95 hijos nacidos vivos y una desviación de 1,71 hijos (Anexo, Cuadro 1.11).

Durante este año se registró mayor número de hijos entre las madres con educación básica, con 3,39 hijos por mujer; para las madres con educación superior fue de 2,61 hijos por mujer, y las madres sin ningún nivel educativo registraron 5,00 hijos por mujer, con una desviación típica de 11,60 (Anexo, Gráfico 1.27).

Mortalidad

Según el DANE, la mortalidad calculada con base en las defunciones registradas en las Estadísticas Vitales de los años 2004 y 2005 está por debajo de la tendencia esperada. Este resultado se originó en los problemas financieros que afectaron el normal desarrollo de los procesos de información e hicieron que algunas direcciones departamentales de salud grabaran por su cuenta y de manera incompleta la información –en la actualidad aún tienen certificados de aquellos años sin ingresar. Para subsanar este problema, en este análisis se toma como referente la población del Censo 2005 y se corrige la omisión de las defunciones de 2004 y 2005 mediante el ajuste proporcionado por el Método de *Preston y Coale*.

Al hacerlo se evidencia una omisión de 45.039 defunciones, equivalente al 23,8% de lo registrado por las Estadísticas Vitales. En estas Estadísticas se destaca Arauca con un sobrerregistro de 21,4% (972) y Nariño con un subregistro de 78% (3926) en relación con las estimaciones por omisión calculadas en el censo de 2005 (Anexo, Gráfico 1.28).

La tasa de mortalidad infantil –indicador que refleja las desigualdades sociales y el estado de salud de una población– fue de 15,9 defunciones por mil nacidos vivos. Los departamentos con mayor tasa fueron: Guainía (40,5), Chocó (32,8) y Amazonas (29,2); y los departamentos que registraron un menor indicador fueron: Sucre (11,3), Nariño (11,7) y Santander (11,9) (Anexo, Gráfico 1.29).

La transición demográfica por la que atraviesa cada departamento está determinada por los nacimientos y las defunciones infantiles; en este sentido, los departamentos de Guainía, Amazonas, Guaviare, Arauca y Vichada presentan el mayor rezago, y Nariño, Valle del Cauca, Quindío, Santander y Caldas muestran avance en este proceso (Anexo, Gráfico 1.30).

Un análisis más detallado del perfil epidemiológico del país se presenta en el Tomo III.

Indicadores sociodemográficos

Según el Departamento Nacional de Planeación, en el año 2005 el país registró un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,78. El departamento de Chocó registró el menor índice (67%), seguido, en su orden, por Nariño, Caquetá, Cauca y Sucre; la ciudad de Bogotá y los departamentos de Santander, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Antioquia registraron el más alto índice en el país (Anexo, Gráfico 1.31).

En cuanto a los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 19,3% de los hogares, a nivel nacional, tienen al menos una; esta necesidad puede estar relacionada con vivienda, servicios públicos, dependencia económica y asistencia escolar, entre otras. Chocó fue el departamento con el mayor porcentaje (67,1%) de hogares con necesidades básicas insatisfechas, seguido de Sucre, Guajira, Córdoba, Cesar y Magdalena, todos departamentos de la zona Atlántica. La ciudad de Bogotá y los departamentos de Quindío, Valle del Cauca, Risaralda y Santander fueron los que registraron menos necesidades básicas insatisfechas (Anexo, Gráfico 1.32).

En el año 2005, el 5,2% del total de hogares colombianos fueron clasificados como hogares en miseria –es decir, hogares que tienen más de una necesidad básica insatisfecha–. El departamento de Chocó fue el que registró una mayor proporción de hogares en estas condiciones –dos de cada tres hogares tienen al menos una NBI, y uno de cada cinco hogares está en miseria–; Bogotá, la ciudad capital, es la que menos hogares en miseria tiene, seguida de Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, departamentos de la zona Andina (Anexo, Gráfico 1.33).

Del total de la población de Chocó, el 78,5% viven bajo la línea de pobreza, y en iguales condiciones viven el 69,5% de Sucre, 67,6% de Boyacá, el 66,3% de Córdoba, el 37,6% de los habitantes de Norte de Santander y Valle del Cauca, el 44,8% del Meta, el 45,6% del Quindío y uno de cada tres bogotanos (Anexo, Gráfico 1.34).

Años de vida potencial perdidos (AVPP)

Entre 1984 y 2006 el factor que más contribuyó a la pérdida de años de vida potencial fue las causas externas. En el trienio 1984-1986 se perdieron 37,2 años de vida potencial por cada mil habitantes. En el trienio 2004-2006 el aporte de estas causas disminuye significativamente en comparación con el período 1994-1996: en el primero se perdieron 32,1 años y en el segundo 48,9 años de vida potencial por cada mil habitantes.

Las enfermedades circulatorias son la segunda causa que contribuye a la pérdida de años de vida potencial. En el trienio 1984-1986 esta pérdida fue de 24,2 años por cada mil habitantes; desciende en el período 1994-1996 con una pérdida de 19,9 por mil y continúa descendiendo en los años 2004-2006, en los que por cada mil habitantes se pierden 10,5 años de vida potencial. (En el Anexo, Gráfico 1.35 se aprecia la pérdida de años de vida potencial por diferentes causas en los tres períodos analizados).

En la población masculina, el mayor número de años de vida potencial perdidos en el trienio 1984-2006 se debió a muertes por causas externas, con 35,4 años por cada mil habitantes, cifra que aumenta significativamente en los años 1994-1996 a 43,1, y desciende en el trienio 2004-2006 a 27,7. La pérdida de años de vida por enfermedades circulatorias en los hombres muestra una notable disminución al pasar de una tasa del 12,9 en los años 1994-1996 a 6,0 en el trienio 2004-2006. Por su parte, la contribución de los tumores a la pérdida de AVPP, que en el trienio 1984-1986 fue de 6,8 por cada mil hombres, disminuyó en el trienio 2004-2006 a 4,9 años por cada mil hombres (Anexo, Gráfico 1.36).

En la población femenina, los años de vida potencial perdidos durante los años 1984-1996 se debió en gran medida a las enfermedades circulatorias. En el trienio 1984-1986 con 11,3 años de vida perdidos por cada mil mujeres; en el período 1994-1996 dicha pérdida se reduce a 8,9 años de vida, y en el trienio 2004-2006 la reducción es aún mayor, alcanzando 4,4 años de vida perdidos por cada mil mujeres. En el último trienio, 2004-2006, la causa principal de la pérdida de AVPP se debió a los tumores: 5,8 años de vida, cifra que es menor a la de los períodos 1984-1986 y 1994-1996, con 8,1 y 7,6 años por mil mujeres respectivamente (Anexo, Gráfico 1.37).

En el trienio de 1994-1996 las causas externas fueron las que más contribuyeron a la pérdida de años de vida potencial. Antioquia fue el departamento que más pérdida tuvo en este perio-

do, con 104 años por cada mil habitantes; le siguen Valle con 70 y Arauca con 55 años de vida perdidos. En este trienio Sucre –el departamento que menos aporta a la pérdida de años de vida potencial por causas externas– presenta un aumento en comparación con periodos anteriores: se perdieron 11 años por cada mil habitantes. La principal pérdida de años en el trienio 2004-2006 se registra en el departamento de Arauca, con 70 años por cada mil habitantes (Arauca es uno de los departamentos con mayores pérdidas de años a lo largo de los tres períodos analizados); le sigue Caquetá, con una pérdida de 64 años por cada mil habitantes, y Putumayo, donde por cada mil habitantes se pierden 54 años de vida. El departamento que menos pérdida de años de vida registró fue Córdoba: por cada mil habitantes se pierden 15 años (Anexo, Gráfico 1.38).

En el trienio 1984-1986, el departamento que más aporta a la pérdida de años por enfermedades del sistema circulatorio es Risaralda: por cada mil habitantes se pierden 30 años de vida; le siguen los departamentos del Valle del Cauca, con una pérdida de 29 años por cada mil habitantes, y Santander, con 28 años de vida perdidos por cada mil habitantes. El menor registro lo tuvo el departamento de Putumayo, con 6 años de vida perdidos por cada mil habitantes. En el trienio 1994-1996 las pérdidas de años de vida potencial más significativas se registran en el departamento del Valle del Cauca, con 26 por cada mil; en segundo lugar figura el departamento de Norte de Santander, con 24 años. Los departamentos que conforman el grupo de la Amazonía fueron los que menos aportes hicieron a la pérdida de años de vida en este trienio, con una cifra de 6 años perdidos por mil. Las enfermedades del sistema circulatorio en el trienio 2004-2006 presentan la principal pérdida de años de vida en el departamento de Sucre, con un aporte de 14 años por cada mil habitantes; le siguen el departamento de Norte de Santander con 13 años y el Valle del Cauca con 12 años de vida potencial perdidos. En la última década se evidencia un notorio descenso en la pérdida de años de vida potencial por enfermedades del sistema circulatorio en todos los departamentos, siendo Putumayo el departamento con el menor aporte, con 5 años de vida perdidos por cada mil habitantes (Anexo, Gráfico 1.39).

En el trienio 1984-1986, la mayor pérdida de años de vida potencial por tumores se dio en el departamento de Risaralda, con 21 años por cada mil habitantes. Siguen, en su orden, la ciudad de Bogotá, en la que se pierden 20 años de vida por mil y Caldas con 18. El departamento que menos aportó a la pérdida de años de vida en este trienio fue La Guajira, con 3 años por cada mil habitantes. Entre los años 1994 y 1996 se perdieron 19 años de vida potencial en el departamento de Caldas, lo que constituye un aumento con relación al período anterior; lo contrario pasa con el departamento de Risaralda, donde disminuyó: de cada mil habitantes se perdieron 17 años de vida potencial. Antioquia también presenta una pérdida de años de vida potencial por tumores de 17 años por cada mil habitantes. En el departamento de Putumayo es el que registra la menor pérdida de vida potencial: se pierden 5 años por cada mil habitantes. En el trienio 2004-2006, Quindío es el departamento con la mayor pérdida de años de vida potencial debida a tumores: 13 años. Aunque la pérdida de años presenta una disminución en este trienio, Risaralda y Caldas permanecen entre los primeros departamentos que más contribuyen. Chocó, con 5 años, es el departamento con menos pérdida de años (Anexo, Gráfico 1.40).

Cambio en la esperanza de vida

La esperanza de vida de la población colombiana ha ido en aumento. En el trienio 1984-1986 el promedio de años vividos fue de 68, entre los años 1994-1996 el promedio fue de 69, y en el trienio 2004-2006 de 72. Al comparar los trienios 1984-1986 y 2004-2006 puede verificarse que en los 20 años transcurridos la esperanza de vida de la población colombiana aumentó 3 años.

En cada uno de los períodos analizados, el grupo poblacional entre los 10 y 44 años fue el que más contribuyó a la pérdida de años de esperanza de vida por causas externas. En la última década, estas causas aportaron al total de años de esperanza de vida perdidos 6 años (Anexo, Gráficos 1.41 a 1.43).

La población mayor de 40 años es la que más contribuye a la pérdida en la esperanza de vida por las enfermedades del sistema circulatorio en cada uno de los trienios comparados (Anexo, Gráficos 1.44 a 1.46); y los tumores hacen el mayor aporte a la pérdida de años de esperanza de vida entre el grupo de 40 a 74 años: en promedio, para los trienios estudiados se pierden 5 años de esperanza de vida por dicha causa (Anexo, Gráficos 1.47 a 1.49).

Desigualdades en salud

En el campo de la salud, la medición de las desigualdades e inequidades es una condición indispensable para la formulación y planeación de políticas que permitan mejorar la situación de la salud en Colombia.

Ahora bien, para realizar esta medición es necesario, en primer lugar, identificar el tipo de categoría a la que pertenecen los indicadores seleccionados para, luego, relacionarlos con los diferentes métodos de medición. A continuación se dan los indicadores y la categoría a la que pertenecen (Cuadro 1.5).

Cuadro 1.5 Indicadores seleccionados para el cálculo de las desigualdades e inequidades en salud. Colombia 2007

Indicador	Categoría (asignadas por el grupo investigador)
Población total por departamento	Poblacional
Tasa Mortalidad Infantil (TMI)	Salud
Necesidades básicas insatisfechas (NBI)	Socioeconómico
Tasa global de fecundidad (TGF)	Socioeconómico
Esperanza de vida (EV)	Socioeconómico
Índice de condiciones de vida (ICV)	Socioeconómico

En segundo lugar es necesario definir las variables. En este análisis, las variables que se tuvieron en cuenta fueron: departamento, población por departamento, tasa de mortalidad infantil (TMI), necesidades básicas insatisfechas (NBI), tasa global de fecundidad (TGF), esperanza de vida (EV), índice de condiciones de vida (Anexo, Cuadro 1.12).

De acuerdo con los resultados previos (Anexo, Gráfico 1.29), Guainía presentó la mayor tasa de mortalidad infantil, 40,5, seguido de Chocó, con 32,8; la menor tasa se registró en Sucre, 11,3. Al calcular la razón y diferencia de tasas –se excluyeron los departamentos que conforman el grupo de la Amazonía debido a que no se contó con la información del producto interno bruto–, Chocó se presenta como el departamento con la peor situación económica, en el que mueren 2,91 veces más niños menores de un año que en Sucre, el departamento que presentó la mejor situación (Cuadro 1.6). La diferencia de la tasa de mortalidad infantil entre estos dos departamentos es de 22 por mil nacidos vivos, lo que indica que si todos los departamentos tuvieran la tasa de Sucre, se reduciría la mortalidad infantil en Colombia en un 29%.

Cuadro 1.6 Medidas de desigualdad en salud, razón y diferencia de tasas. Colombia 2005

Razón y diferencia entre las tasas	Cálculo
Razón de tasas	2.91
Diferencia de tasas	22
% RAP*	0.29
RAP* Absoluto	4.61

*RAP: Riesgo atribuible poblacional

Para el cálculo de los indicadores seleccionados se realizaron las respectivas pruebas de normalidad. En ellas se encontró que las variables o indicadores presentaron normalidad, a excepción de los datos de población total que tuvo un valor p de 0,000. Luego se realizó, a los indicadores con normalidad, la prueba de correlación, dando como resultado una correlación significativa en los siguientes indicadores:

- **Tasa de mortalidad infantil con:** esperanza de vida, índice de envejecimiento, índice de transición demográfica, población régimen contributivo, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida y población en miseria.
- **Esperanza de vida con:** índice de envejecimiento, índice demográfico de dependencia, tasa general de fecundidad, índice de transición demográfica, población de régimen contributivo, producto interno bruto, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida y población bajo línea de indigencia.
- **Acueducto:** no presentó correlación con ninguna variable.
- **Índice de envejecimiento con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, índice demográfico de dependencia, tasa general de fecundidad, índice de transición demográfica, población del régimen subsidiado, población del régimen contributivo, índice de condiciones de vida y tasa de desempleo.
- **Índice demográfico de dependencia con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, índice de envejecimiento, índice de transición demográfica, población del régimen

subsidiado, población del régimen contributivo, producto interno bruto, índice de desarrollo humano e índice de condiciones de vida.

- **Tasa general de fecundidad con:** esperanza de vida, índice de envejecimiento, índice de transición demográfica y población del régimen contributivo.
- **Índice de transición demográfica con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, acueducto, índice de envejecimiento, índice de transición demográfica, tasa general de fecundidad, índice de desarrollo humano, población del régimen subsidiado, población del régimen contributivo, índice de condiciones de vida, población bajo línea de pobreza.
- **Población del régimen subsidiado:** índice de envejecimiento, índice demográfico de dependencia, índice de transición demográfica, población del régimen contributivo, índice de condiciones de vida y tasa de desempleo.
- **Población del régimen contributivo con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, índice de envejecimiento, índice demográfico de dependencia, tasa general de fecundidad, índice de transición demográfica, población del régimen subsidiado, producto interno bruto, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida, población bajo línea de pobreza y población bajo línea de indigencia.
- **Producto interno bruto con:** esperanza de vida, índice demográfico de dependencia, población del régimen contributivo, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida, población bajo línea de pobreza y población bajo línea de indigencia.
- **Índice de desarrollo humano con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, índice de transición demográfica, población del régimen contributivo, producto interno bruto, índice de condiciones de vida, población con necesidades básicas insatisfechas, población bajo línea de pobreza y población bajo línea de indigencia.
- **Índice de condiciones de vida con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, de envejecimiento, índice de envejecimiento, índice de transición demográfica, población del régimen subsidiado, población del régimen contributivo, producto interno bruto, índice de desarrollo humano, población con necesidades básicas insatisfechas, población bajo línea de pobreza y población bajo línea de indigencia.
- **Población con necesidades básicas insatisfechas con:** índice de condiciones de vida, población con miseria y tasa de desempleo.
- **Población en miseria con:** índice de condiciones de vida, población con necesidades básicas insatisfechas y tasa de desempleo.
- **Población bajo línea de pobreza con:** índice demográfico de dependencia, índice de transición demográfica, población del régimen contributivo, producto interno bruto, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida y población bajo línea de indigencia.
- **Población bajo línea de indigencia con:** tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, índice demográfico de dependencia, población del régimen contributivo, producto interno

bruto, índice de desarrollo humano, índice de condiciones de vida y población bajo línea de pobreza.

- **Tasa de desempleo con:** índice de envejecimiento, índice demográfico de dependencia, índice de transición demográfica, población del régimen subsidiado, población del régimen contributivo, índice de condiciones de vida, población con necesidades básicas insatisfechas y población en miseria.

Coefficiente de Gini

Existen múltiples formas para medir la magnitud de las desigualdades en salud. Un indicador específico es el coeficiente de Gini que, al igual que el Índice de Concentración, ha sido tomado del área de la economía y aplicado al estudio de desigualdades en salud.

A continuación se describen los cálculos realizados a los indicadores de salud –tasa de mortalidad infantil (TMI), esperanza de vida, población de régimen subsidiado y población de régimen contributivo– con respecto a los indicadores socioeconómicos –índice de desarrollo humano (IDH), índice demográfico de dependencia (ID) y población bajo la línea de pobreza– (Anexo, Gráficos 1.50 a 1.57).

Al comparar la tasa de mortalidad infantil con los indicadores índice demográfico de dependencia e índice de desarrollo humano se encontró un coeficiente de Gini de 0,082 y 0,329 respectivamente, lo que significa muy poca desigualdad (el valor no es muy distante de cero).

Al realizar el cálculo del coeficiente de Gini con la esperanza de vida y los indicadores socioeconómicos, índice demográfico de dependencia e índice de desarrollo humano se encontraron resultados similares a los presentados con la TMI, indicando poca desigualdad.

El valor 0.077 (Anexo, Gráfico 1.54) indica que la desigualdad en la población del régimen subsidiado en Colombia no es causada por la diferencia de valores del ID, y que por lo tanto la desigualdad no es muy importante, ya que no es muy distante de cero.

Los valores de Gini 0.076, 0.148 y 0.274, cercanos a cero y correspondientes a la población del régimen contributivo, indican que existe muy poca desigualdad.

Índice de concentración

Para obtener el índice y la curva de concentración para la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) se utilizó, como indicador socioeconómico, el índice de condiciones de vida, y como indicadores de salud la TMI, la EV, la TGF y la población de régimen subsidiado y contributivo (Anexo, Gráficos 1.58 a 1.62).

En todos los casos, los valores del índice de concentración son próximos a cero, lo que implica muy poca desigualdad; pero valores como el de la TMI, la EV y la población del régimen contributivo son valores negativos y corresponden a curvas de concentración por encima de la diagonal, lo cual significa que las unidades con más necesidades básicas insatisfechas acumulan una cantidad de eventos de salud adversos superior a la que era de esperarse.

Lo anterior indica que las necesidades básicas insatisfechas tienen un limitado efecto en las desigualdades en Colombia y que otras serían las variables que las explicarían.

Desigualdad e inequidad según la tasa de mortalidad infantil y necesidades básicas insatisfechas

Al comenzar el cálculo de las desigualdades entre la TMI, como variable de salud, y la variable socioeconómica NBI, se observa dispersión para conocer el comportamiento de los datos (Anexo, Gráfico 1.63). Los más extremos son 79,2 para Cundinamarca, 32,6 Chocó y 9,2 para Atlántico.

En el departamento con mayores necesidades insatisfechas, Chocó, los niños menores de 1 año tienen un riesgo de morir 1,31 veces más que en la ciudad de Bogotá, con el mayor cubrimiento de necesidades. Si todos los departamentos de Colombia tuvieran la TMI del que tiene el mayor cubrimiento de necesidades, las muertes de los menores de 1 año se reducirían en un 9,9%.

Al comparar la tasa de mortalidad infantil con respecto a la población total por departamento, se encontró un coeficiente de Gini de 0,067, es decir, muy poca desigualdad. Por otro lado, a partir de la curva de Lorenz puede indicarse que el 60% de la población acumula un 64% de las defunciones infantiles (Anexo, Gráfico 1.64).

El valor del índice de concentración, -0,06, sugiere que la desigualdad en la mortalidad infantil, en relación con las desigualdades de las NBI, no es tan importante entre departamentos. A partir de la curva de concentración puede indicarse que el 50% de la población con mayores necesidades básicas insatisfechas acumula casi el 55% de las muertes infantiles (Anexo, Gráfico 1.65).

En la correlación de 0,23, el índice de efecto indica que a medida que las NBI aumentan la TMI aumenta en 110 muertes por cada mil nacidos vivos. Se comprueba que la NBI explica el 10% de TMI (Anexo, Gráfico 1.66).

Desigualdad e inequidad según la tasa de mortalidad infantil y el índice de condiciones de vida

Existe una correlación entre las NBI y la TMI de 0,23. El índice de efecto indica que a medida que las NBI aumentan la TMI aumenta. Lo que indica que las NBI explican el 10% de la TMI.

Para analizar la inequidad existente entre la TMI y la variable socioeconómica índice de condiciones de vida, es necesario observar la dispersión para, luego, comparar sus valores (Anexo, Gráfico 1.67). En el departamento con menores índices de condiciones de vida, Chocó, los niños menores de 1 año tienen un riesgo de morir 1,11 veces más que en la ciudad de Bogotá, que cuenta con el mayor cubrimiento. Si todos los departamentos de Colombia tuvieran la TMI de Bogotá, la ciudad que cuenta con el mayor cubrimiento en condiciones de vida, las muertes de los niños menores de 1 año se reducirían en un 9,2%.

Al comparar la tasa de mortalidad infantil con respecto a la población total por departamento, se encontró un coeficiente de Gini de 0,084, es decir, muy distante de la desigualdad (Anexo, Gráfico 1.68). La curva de Lorenz indica que el 50% de la población acumula un 58,2% de las defunciones infantiles.

El valor del índice de concentración de -0,047 sugiere que la desigualdad en la mortalidad infantil –considerada en relación con las desigualdades en las condiciones de vida– no es muy

significativa entre departamentos. Pero la curva de concentración muestra que el 50% de la población con menos condiciones de vida acumula un 53,5% de los fallecimientos infantiles (Anexo, Gráfico 1.69).

Existe una correlación de 0,36 entre TMI y el índice de condiciones de vida. El índice de efecto indica que a medida que el índice de condiciones de vida disminuye en la misma medida la TMI aumenta. Lo cual comprueba que el índice de condiciones de vida explica el 1% de la TMI (Anexo, Gráfico 1.70).

Desigualdad e inequidad según la esperanza de vida y las necesidades básicas insatisfechas

Para comparar la desigualdad entre EV y la variable socioeconómica NBI, es necesario observar la dispersión para, luego, comparar sus valores (Anexo, Gráfico 1.71). Al comparar la EV con respecto a la población total por departamento, se encontró un coeficiente de Gini de 0,008, es decir, muy distante de la desigualdad (Anexo, Gráfico 1.72). La curva de Lorenz indica que el 50% de la población acumula un 46% de las defunciones infantiles.

El valor del índice de concentración de 0,05 sugiere que la desigualdad en la esperanza de vida –si se consideran las desigualdades con relación a las NBI– no es relevante entre departamentos. La curva de concentración muestra que el 50% de la población con NBI acumula un 46% de los fallecimientos infantiles (Anexo, Gráfico 1.73). Existe una correlación de -0,45 entre EV y las necesidades insatisfechas. El índice de efecto indica que a medida que las NBI disminuyen en la misma medida disminuye la EV. Esto significa que el índice de condiciones de vida explica el 2,9% de la TMI (Anexo, Gráfico 1.74).

Desigualdad e inequidad según la esperanza de vida e índice de condiciones de vida

En Chocó, el departamento con menores índices de esperanza de vida, los niños menores de 1 año tienen un riesgo de morir 0,97 veces más que en Bogotá, la ciudad con el mayor índice de esperanza de vida. Si todos los departamentos de Colombia tuvieran la EV Bogotá, la ciudad con el mayor cubrimiento en NBI, las muertes de los niños menores de 1 año se reducirían en un 9,7% (Anexo, Gráfico 1.75).

El valor del índice de concentración de 0,054 sugiere que la desigualdad en la esperanza de vida –si se considera en relación con las desigualdades en las condiciones de vida– no es muy significativa entre departamentos. La curva de concentración muestra que el 60% de la población con bajas condiciones de vida acumula un 56,1% de las muertes infantiles (Anexo, Gráfico 1.76).

Existe una correlación de 0,22 entre EV y el índice de condiciones de vida. El índice de efecto indica que a medida que el índice de condiciones aumenta, aumenta la EV, lo que indica que el índice de condiciones de vida explica el 1,5% de EV (Anexo, Gráfico 1.77).

Índice de necesidades en salud por departamentos

Una visión global de las necesidades en salud puede mostrar los niveles de equidad o inequidad que predominan al día de hoy en Colombia. Para realizar este cálculo se utilizarán los siguientes indicadores y las siguientes categorías (Cuadro 1.7):

Cuadro 1.7 Indicadores y categorías seleccionadas para el cálculo de las desigualdades e inequidades en salud, Colombia 2005

Indicador	Categoría (asignada por el grupo investigador)
Tasa de mortalidad infantil (TMI)	Salud
Esperanza de vida (EV)	Salud
Porcentaje de viviendas con acueducto	Económico
Producto interno bruto (PIB)	Social
Índice de condiciones de vida (ICV)	Social
Población en miseria	Social
Población bajo línea de pobreza (PBLP)	Económico

Los resultados indican que, con respecto al resto del país, Chocó, Norte de Santander, Tolima y Cesar son los departamentos que presentan mayores necesidades insatisfechas en el campo de la salud (Anexo, Cuadro 1.13).

Índice de inequidades en salud por departamentos

Para calcular este índice se tuvo en cuenta los siguientes indicadores: TMI, acueducto, PIB, EV, ICV, población en miseria, población bajo la línea de pobreza (Anexo, Cuadro 1.14). Los resultados indican que 15 de los 25 departamentos evaluados presentan una situación de salud peor que la media del país (valores superiores a 0,50). Los valores más altos fueron se registraron en Sucre, Tolima, Nariño, Chocó, Cesar, Boyacá, Norte de Santander, Valle del Cauca y Santander. La Guajira tiene una situación menos inequitativa (Anexo, Cuadro 1.15 y Gráfico 1.79).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio caracterizó los hogares y sus miembros por departamento según las condiciones de vida registradas en la Encuesta Nacional de Salud (ENS-2007), y tuvo en cuenta aspectos demográficos, físicos y sociales, con el fin de contribuir al análisis de la situación de salud en Colombia y aportar información para la construcción de políticas públicas.

Es importante, antes de contrastar los resultados con otros estudios, especificar las limitaciones que se tuvieron: la utilización de fuentes secundarias impidió en cierta medida ampliar el tema para el análisis; por otra parte, no existen factores de expansión bien definidos y correctamente elaborados que permitan hacer el análisis de los hogares y miembros de la población colombiana.

En cien años Colombia ha multiplicado por 10 el número de sus habitantes. Proporcionalmente, hay una disminución notable de la población infantil y un aumento de la población adulta, lo que indica un proceso de envejecimiento de la población colombiana.

Se ha observado también un proceso de transformación del lugar de residencia: a principios del siglo XX Colombia tenía la mayoría de su gente en el área rural, y para finales de este mismo siglo disminuyó y creció la población de las áreas urbanas.

Las políticas encaminadas a la reducción de iniquidades y desigualdades pueden mejorar la calidad de vida de las personas, no solo la de los grupos más vulnerables, sino la de toda la población. Esto se logra a través de acciones destinadas al mejoramiento de la educación, el empleo, una vivienda digna y saludable, servicios públicos básicos, reconocimiento social, entre otros.

La edad, el sexo, las condiciones socioeconómicas y demás factores relacionados, son características y hacen parte fundamental del desarrollo y la calidad de vida de los miembros de una sociedad. Si bien en cierto que en Colombia existen normas de protección y oportunidades que resguardan a sus ciudadanos, aún hoy su implementación es insuficiente, por lo cual una gran parte de su población sufre una serie de necesidades que conllevan a malas condiciones de vida: son muchos los problemas sociales y familiares que no se han resuelto y que requieren políticas sociales y normas jurídicas que contribuyan a lograr la meta de la equidad.

Desde 1982, el desempeño de América Latina se ha caracterizado por combinar un crecimiento económico apenas superior al ritmo de expansión demográfica, una tendencia general al incremento de las desigualdades sociales y el mantenimiento de la pobreza a niveles masivos en los hogares. A pesar del “Consenso de Washington”, las políticas sociales en América Latina se han debilitado, perdiendo en gran parte su carácter universalista y concentrándose en la provisión de servicios de educación, salud y vivienda a los grupos más pobres, con un enfoque conceptual calificado como “residual”, que minimiza la intervención del estado en la economía. Infortunadamente, en muchos casos la calidad de los servicios públicos de educación para los hogares pobres es mala y tiende a deteriorarse.

Ahora bien, la no garantía de los derechos humanos y el incumplimiento de los acuerdos se refleja en las condiciones de vida de los hogares que, desprotegidos e indefensos, no logran superar los obstáculos que les oponen las condiciones sociales, económicas y ambientales en

las que viven. Esto se contrapone con lo estipulado en la Constitución Política de 1991, que en su Art. 1 define a Colombia como un país “democrático, pluralista y participativo”, que funda sus instituciones en el respeto a la dignidad humana y la prevalencia del interés general, y consagra el interés del Estado y de la sociedad en general por la familia y los temas conexos.

La Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, que amplió el Sistema de Protección Social, entendido “como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos”, fijó los objetivos de la política de vivienda: mejorar la calidad de vida de los sectores más pobres, reactivar la economía y generar empleo. Para el logro de tales objetivos, el Decreto 378 del 12 de febrero de 2007 aclaró los mecanismos que permiten a los más necesitados acceder a los Subsidios Familiares de Vivienda, los cuales son un aporte en dinero o especie para facilitar la adquisición, construcción o mejoramiento de una solución de vivienda.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, en Colombia el Índice de Masculinidad fue de 91,89, es decir que por cada 100 nacimientos femeninos se registraron aproximadamente 92 nacimientos masculinos. Este indicador pone en evidencia una reducción importante en la correlación hombres – mujeres en el grupo de edad que va de 20 a 29 años, donde la relación es de 81 y 80 hombres por cada 100 mujeres. Es un dato, sin embargo, que mantiene un comportamiento desigual atribuido, en una primera aproximación, a la migración y la mayor tasa de mortalidad masculina, entre otros.

En los trienios analizados –1984-1986, 1994-1996, 2004-2006– el cambio en la esperanza de vida, en los años potenciales de vida perdidos y en los años de esperanza de vida perdidos están determinados en primer lugar por las causas externas, y afectan primordialmente a los grupos de edades jóvenes. Como segundo determinante están las enfermedades del sistema circulatorio, que afectan en gran medida a los adultos a partir de los 40 años de edad. La tercera causa que influye en la pérdida de años de vida potencial y en la esperanza de vida son los tumores, que afectan por lo general a la población mayor.

El resultado del análisis de inequidades en salud arroja que la población más vulnerable y con mayores deficiencias es la que habita en el departamento de Chocó, le siguen los habitantes de los departamentos de Norte de Santander, Tolima y Cesar, poblaciones que, por lo tanto, demandan una mayor atención para el cubrimiento de sus necesidades básicas. La población con las mejores condiciones de vida y las mínimas inequidades es la ciudad de Bogotá.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bueno, E (2003): *Población y desarrollo. Enfoques alternativos de los estudios de población*. Centro de estudios demográficos de la Universidad de la Habana, Zacatecas.
- Cardona, D y HB Agudelo (2007). "Tendencias de mortalidad en población adulta. Medellín, 1991-2003". En: *Biomédica*, Vol.27, No.003. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Bogotá. pp.352-367.
- CELADE (1996). Centro Latinoamericano de Demografía). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*. CEPAL / CELADE Santiago de Chile.
- Chackiel, J y S Schkolnik (2004). "América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad". En: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Serie Seminarios y Conferencias, No.36. Comisión económica para América Latina (CEPAL) / Centro latinoamericano de demografía (CELADE) / Universidad París X–Nanterre. Santiago de Chile. pp.51-73.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. [Sitio disponible en]: <http://dane.gov.co>
- _____ (2007). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020*. Bogotá: DANE, revisado en marzo de 2010; [updated 2007; cited]. [Sitio disponible en]: <http://dane.gov.co>
- Gran Enciclopedia Rialp* (1991). Ediciones Rialp, Madrid. Sexta edición, 24 volúmenes.
- Guzmán, JM (1998). *Fecundidad: métodos y técnicas*. Centro latinoamericano de demografía (CELADE) / Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile.
- Haupt, A y TT Kane (2004). *Guía Rápida de Población del Population Reference Bureau*. Population Reference Bureau, Washington, D.C. Cuarta edición.
- Hauser, P y D Duncan (1975). *El estudio de la población*. Centro latinoamericano de demografía (CELADE). Santiago de Chile. Tres volúmenes.
- Henning, S (2004). "La transición de la fecundidad en el mundo". En: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Serie Seminarios y Conferencias, No.36. Comisión económica para América Latina (CEPAL) / Centro latinoamericano de demografía (CELADE) / Universidad París X–Nanterre. Santiago de Chile. pp.11–31.
- Kent, MM y C Haub (2005). "Global Demographic Divide". En: *Population Bulletin*. Vol.60, No.4. Ed. Population Reference Bureau.
- McFalls Jr., JA. (2007). "Population: A lively introduction". En: *Population Bulletin*. Vol.62, No.1. Ed. Population Reference Bureau, quinta edición.
- Naciones Unidas (1959) *Diccionario Demográfico Plurilingüe*. Estudios de población, No.29. Nueva York (versión española).
- _____ (2005). Centro de Información Colombia EyV. *Situación actual de la salud sexual y reproductiva en Colombia*. Journal [serial on the Internet]. Disponible en: <http://www.onucolombia.org/mujer%20unfpa.htm>

OMS (2003): Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. OMS, Ginebra.

OIM: Organización Internacional para las Migraciones. Misión en Colombia. [Sitio disponible en]: <http://www.oim.org.co/Sobremigraci%C3%B3n/Migraci%C3%B3ncolombiana/Datosycifras/tabid/160/language/es-CO/Default.aspx>

Profamilia (2005). *Salud sexual y reproductiva en salud. Encuesta nacional de demografía y salud. Resultados ENDS-2005*. Bogotá.

Rosero-Bixby, L (2004). "La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá". En: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Serie Seminarios y Conferencias, No.36. Comisión económica para América Latina (CEPAL) / Centro latinoamericano de demografía (CELADE) / Universidad París X–Nanterre. Santiago de Chile. pp.75–92.

Schkolnik, S (1996). "Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud". En: *Notas de Población*, No.70. Centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE) / División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile. pp.123-147.

_____ (2004) "La fecundidad en América Latina". En: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Serie Seminarios y Conferencias, No.36. Comisión económica para América Latina (CEPAL) / Centro latinoamericano de demografía (CELADE) / Universidad París X–Nanterre. Santiago de Chile. pp.33-47

Vallin, J (1994). *La Demografía*. Comisión económica para América Latina (CEPAL) / Centro latinoamericano de demografía (CELADE), Serie E, No.41. Santiago de Chile.

Vieira, A (1973). *El pensamiento crítico en demografía*. Centro latinoamericano de demografía (CELADE), Serie E, No.8. Santiago de Chile (texto resumido).

Welti, C (coord.) (1996). "Dinámica demográfica y cambio social: los estudios de morbi-mortalidad. Una visión socio-demográfica". En: *XX congreso de la asociación latinoamericana de sociología*. Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP) / Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de México (IIS-UNAM), México, D.F.

CAPÍTULO 2:

**DETERMINANTES
SOCIALES DE
LA SALUD EN
LOS HOGARES
COLOMBIANOS**

INTRODUCCIÓN

Se entiende por “determinantes sociales de la salud” aquellas circunstancias en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. A su vez, estas circunstancias son determinadas por la manera como se distribuye el dinero, el poder, los recursos, los bienes y los servicios a nivel mundial y nacional. Desde este punto de vista, el “Análisis de Situación de Salud” exige poner en relación variables tales como las condiciones de vida, la educación, el trabajo, el desarrollo institucional o el capital social, y el estado de salud bien sea de los individuos, de una comunidad en particular o de la sociedad en su conjunto.

En la realización de dicho análisis es fundamental identificar grupos de población con diferentes grados de postergación –como efecto de las condiciones de vida heterogéneas en la sociedad–, y tener en cuenta particularidades como sexo, edad, ocupación, raza, lugar geográfico, nivel de educación y acceso a los servicios de salud. Tal identificación permitirá conocer las condiciones de vida y el estado de la salud del grupo poblacional seleccionado, al tiempo que contribuirá a la toma de decisiones encaminadas a la satisfacción de las necesidades de salud de la población con equidad, eficiencia y participación social.

Este capítulo pone en relación la percepción del estado de salud de la población colombiana y algunos determinantes sociales de la salud tales como educación, trabajo y capital social.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Determinantes sociales de la salud

Entre 1994 y 1997 la OMS lideró el estudio “Salud en el Desarrollo” para “revisar las políticas mundiales de desarrollo y sus implicaciones para la salud” en un sistema económico cada día más globalizado. Una de sus conclusiones fue que: “*Los asuntos de salud podrán abordarse más eficazmente mediante la colaboración intersectorial para hacer frente a la pobreza, el desempleo, la discriminación sexual y la exclusión social*” (OMS, 2005: 29-30).

En lo que va del siglo XXI crecen los debates sobre la función de los determinantes sociales de la salud, que han dado como resultado la configuración de la agenda del desarrollo mundial con los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM. Según Guerrero (2007: 16), las características estructurales de la sociedad, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, la pobreza, los cambios ambientales, los cambios de estilo de vida, entre otros, son factores determinantes de la salud. Por su parte Castellanos (1998: 5-7) argumenta que cada grupo humano lleva consigo una determinada forma de manifestar los problemas de salud-enfermedad, forma que caracteriza “el momento de desarrollo de la sociedad” a la que ese grupo pertenece y que puede ser representada en el plano general, particular y singular: el primero corresponde al *modo de vida* y expresa las características del medio natural donde se asienta una población, el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, su organización económica y política (medio ambiente, cultura, historia); el segundo corresponde a las *condiciones de vida* de los diferentes sectores de la población y el modo como se articulan entre sí y “con los procesos que las reproducen o transforman”; el tercero, los *estilos de vida*, hace referencia a las características biológicas, al medio residencial y laboral, al nivel educativo, a los hábitos, normas y valores de los individuos o de grupos.

Para la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS -CDSS- “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. [...] Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector

empresarial, así como de foros y organismos internacionales” (OMS-OPS, 2009: 1). A continuación, la Comisión establece tres principios básicos de acción para subsanar “las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación”: “a) Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, [...] factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida [...]; y c) Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de DSS y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto” (Ibíd.: 2).

Wilkinson y Marmot (2003) describen 10 factores determinantes del proceso salud-enfermedad de la población: a) La necesidad de establecer políticas para evitar que la gente caiga en situaciones prolongadas de desventaja; b) La manera como los entornos social y psicológico afectan la salud; c) La importancia de garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida; d) El impacto del trabajo en la salud; e) Los problemas del desempleo y la inseguridad laboral; f) El papel de la amistad y la cohesión social; g) Los peligros de la exclusión social; h) Los efectos del alcohol y otras drogas; i) La necesidad de garantizar el acceso a suministros de alimentos saludables para todos; j) La necesidad de sistemas de transporte más saludables.

El trabajo como determinante social de la salud

El trabajo tiene una repercusión directa en las condiciones de vida. Para la profesora venezolana Escalona (2006: 1) en los últimos años las condiciones de trabajo han sido transformadas por el modelo de desarrollo económico imperante en el mundo, el cual ha generado “concentración del capital, mayor pobreza, desempleo, flexibilización y precarización del trabajo”, con evidentes repercusiones en la salud de los trabajadores.

Algunas investigaciones han demostrado la relación que existe entre trabajo y estado de salud. Con respecto a la mortalidad, han encontrado que la probabilidad de morir en personas con un rango de edad entre los 34 y 65 años, en relación con el promedio de la población, es mayor para los trabajadores que realizan actividades manuales (Kunst, *et al*, 1998:1468); igualmente, Ahs y Westerling (2006: 162) encontraron que las personas desempleadas presentan un riesgo de muerte mayor que los empleados.

En relación con la morbilidad, un estudio comparativo entre 7 países europeos encontró que en los cuatro indicadores de salud escogidos (percepción de la salud menor que “buena”, discapacidad, condición crónica y problemas de salud permanentes), según diferentes clases ocupacionales, los trabajadores manuales calificados y no calificados presentaron mayores prevalencias (respecto al promedio de la población) y que existen desigualdades en los diferentes indicadores de salud, puesto que las prevalencias son mayores en los trabajadores manuales en relación con las clases ocupacionales más altas, tales como gerentes, administradores y profesionales (Cavelaars *et al*, 1998:222).

En la década del noventa, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) pidió a los países enfatizar en el sentido humano del desarrollo. Se empieza entonces a hablar de Desarrollo Humano –comprendido como la “formación de capacidades de las personas”– y se crea el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que mide, relacionándolos, tres factores: la esperanza de vida, la educación y el ingreso (Escalona, 2006: cuarto apartado, s.p.). En este sentido, se han puesto en marcha procesos protectores de trabajo (tales como buenas condiciones, comodidad y remuneración justa) que favorecen el desarrollo de las capacidades intelectuales, fisiológicas y morfológicas de las personas (Yanes, 2008:104).

La educación y su relación con la salud

La educación es un proceso que influye en la calidad de vida de las personas y, por lo tanto, en su salud. Considerado como un pilar del desarrollo humano, diferentes estudios han demostrado como el bienestar aumenta con el nivel educativo de las personas, debido a su influencia en el cambio del comportamiento de los individuos, la mejora en el cuidado de la salud, el uso oportuno de los servicios de salud, entre otros aspectos (Ramos y Choque, 2007: 7).

Según Navarro (1997: 246) el analfabetismo es un concepto relativo –esto es, dependiente de una situación determinada– y dinámico –cambia en la medida en que cambia la situación que lo produce–; desde esta perspectiva, se dirá que analfabeta es “la persona que es incapaz de utilizar adecuadamente los instrumentos habituales que una sociedad tiene para comunicarse”. (En esta investigación nos acogemos a la definición aceptada por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia: Analfabeta es aquella persona mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir.)

Un estudio sobre mortalidad infantil en el continente americano, encontró que el analfabetismo femenino es una de las variables más influyentes en el riesgo de morir de los menores de un año. La “intensidad de la asociación entre estas dos variables” se evidenció para ocho países. Los autores exponen que “los efectos indirectos de la alfabetización sobre la mortalidad se dan en un doble aspecto: preventivo, en la medida que ayuda a fomentar la higiene social, y curativo, ya que la población utiliza mejor los servicios de salud” (Silva y Duran, 1990: 477).

La educación tiene, pues, un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Ahora bien, como dicen Ramos y Choque (2007: 7), “Al reconocer que la educación es uno de los determinantes sociales de la salud, nos vemos en la necesidad de analizar tanto la dimensión global de esta relación como cada una de las interacciones que se producen con otras variables del desarrollo humano. Esto implica una intervención política y social que articule los esfuerzos del Estado y de la sociedad civil, cuyos actores compartan los objetivos de equidad, solidaridad y derechos humanos”.

Capital social y salud

El concepto de capital social se ha planteado implícitamente desde hace mucho tiempo en la literatura socioeconómica. “Por ejemplo, Émile Durkheim reconocía el rol protector de la integración

social y la importancia de la solidaridad orgánica para su desarrollo en las sociedades modernas; Karl Marx identificaba la relevancia de la solidaridad circunscrita a los límites de la comunidad; Marcel Mauss reconocía la reciprocidad de los intercambios en los sistemas premercantiles (dar, recibir y restituir); Max Weber identificaba la acción social y el carácter subjetivo de la acción, racional con arreglo a fines, racional con arreglo a valores, afectiva y tradicional” (Sapag y Kawachi, 2007: 141).

En los inicios del siglo XX el educador norteamericano Lyda Judson Hanifan, después de trabajar con distintas comunidades concluyó que “los graves problemas sociales, económicos y políticos de las comunidades [...] solo podían resolverse reforzando las redes de solidaridad entre sus ciudadanos”. En 1916, Hanifan resalta la “importancia del compromiso comunitario en apoyo de la democracia y el desarrollo” introduciendo, al efecto, la expresión “capital social” comprendido como: “...esos elementos tangibles [que] cuentan sumamente en la vida diaria de las personas, a saber, la buena voluntad, la camaradería, la comprensión y el trato social entre individuos y familias, características constitutivas de la unidad social [...] Abandonado a sí mismo, el individuo es socialmente un ser indefenso [...] Pero si entra en contacto con sus vecinos, y éstos con nuevos vecinos, se producirá una acumulación de capital social que podrá satisfacer de inmediato sus necesidades sociales y producir unas posibilidades sociales suficientes para mejorar de forma sustancial las condiciones de vida de toda la comunidad” (Consortio de Investigaciones Económicas-CIES, 2006: 8).

En épocas más recientes, se ha definido el capital social como “las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico” (Sapag y Kawachi, 2007:141). Desde esta perspectiva, el capital social puede clasificarse en:

- a) **Capital social cognitivo:** “Se refiere a aquel subyacente a la estructura visible, que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo” (Ibíd.).
- b) **Capital social estructural:** “Incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. En el contexto del capital social estructural existen dos dimensiones relacionales: 1) *vertical*, en que los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, alcaldía y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo ‘linking’ (de vinculación) y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas; y 2) *horizontal*, donde no existen tales diferencias [aquí] las relaciones entre los grupos pueden ser tipo ‘bonding’ (de unión), que se dan entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas [...]; o bien pueden ser tipo ‘bridging’ (de aproximación), que se dan entre grupos demográficos distintos (serían muy relevantes en los procesos de participación cívica, construcción de coaliciones, y otros)” (Ibíd.: 141-142).

Una propuesta del grupo de Capital Social del Banco Mundial identifica las dimensiones para la medición del capital social (The World Bank, 2010. Traducido por las autoras):

- **“Grupos y redes:** La eficacia de grupos y redes para cumplir sus funciones depende de muchos factores, cuya interacción refleja su estructura, la forma en que están compuestos y cómo funcionan. Las características fundamentales a medir en los grupos formales son: la cantidad y diversidad de los miembros, el grado de funcionamiento a través de procesos democráticos, el alcance de las interacciones con otros grupos.”
- **“Confianza:** Existen varios tipos de confianza: la que se genera en las relaciones y redes sociales; la que se manifiesta con personas extrañas (a menudo a partir de las bases o expectativas de comportamiento o a partir de la presencia de normas compartidas); la confianza en las instituciones de gobierno (incluyendo la equidad de las normas, los procedimientos oficiales, solución de controversias y la asignación de recursos).”
- **“La acción colectiva:** El alcance de la acción colectiva puede medirse y utilizarse como un indicador fundamental de capital social. Los tipos de pregunta que se utilizan para este tipo de medición pueden ser: ¿Ayuda a un grupo local como voluntario?; ¿Ha asistido a un evento de la comunidad en los últimos 6 meses (por ejemplo, a una fiesta de la iglesia, a un concierto en la escuela, a una exposición de artesanías, etc.?)”
- **“La inclusión social:** Las preguntas sobre esta dimensión del capital social están destinadas a descubrir quiénes de la comunidad están incluidos en la acción colectiva, en la toma de decisiones y en el acceso a los servicios. En el análisis se contemplan cuestiones generales que abarcan desde las percepciones sociales de la unión y la convivencia en comunidad hasta las experiencias de exclusión en los procesos de toma de decisiones y/o acceso a los servicios y los beneficios del proyecto.”
- **“Información y comunicación:** Mantener y mejorar el capital social depende fundamentalmente de la capacidad de los miembros de una comunidad para comunicarse entre sí, con otras comunidades y con los miembros de otras redes que viven fuera de la comunidad. Por ejemplo, para estos análisis se consulta por la disponibilidad de una serie de importantes medios de comunicación y fuentes de información: la oficina de correos, teléfono, prensa, radio y televisión.”

Un estudio realizado en el año 2009, por los investigadores Kripper y Sapag, con el propósito de identificar la información validada disponible sobre la relación entre el capital social y la salud –tomando como parámetros mortalidad y esperanza de vida, salud mental, traumas, estado nutricional y vacunación– en América Latina y el Caribe, a partir de una búsqueda sistemática de los trabajos publicados entre enero de 1990 y junio de 2007, concluye que “a pesar de las limitaciones propias del concepto de capital social y de los estudios identificados, se puede afirmar que [...] el capital social podría desempeñar un papel protector en ciertas áreas sanitarias, como la prevención de traumas y la salud mental; no obstante, la relación entre el capital social y la salud

podría variar según los subtipos de capital social y los contextos socioeconómicos y culturales específicos” (Kripper y Sapag, 2009: 1).

Kripper y Sapag (2009: 165) dan cuenta, también, de dos estudios realizados en Colombia sobre capital social. El primero, en el año 2002, con 1168 jóvenes de 15 a 25 años, cuyos resultados mostraron “una población socialmente fragmentada, con altos niveles de pobreza y bajos niveles de religiosidad. El nivel de confianza hacia la población en general fue el único componente del capital social que se correlacionó con la salud mental [...] a mayores niveles de confianza menor fue la probabilidad de padecer ansiedad y depresión”. El segundo estudio, publicado en 2005, complementó los resultados anteriores a través de un componente cuantitativo y otro cualitativo e incluyendo variables como el consumo de bebidas alcohólicas mediante el instrumento conocido como CAGE. “El componente cualitativo [...] confirmó la fragmentación social descrita en el estudio cuantitativo, los bajos niveles de confianza en los residentes de la comunidad en general y la mayor confianza en los vecinos cercanos”.

Percepción de la salud

Desde finales de los años 70 se han realizado diferentes investigaciones para identificar la asociación existente entre los autorreportes de salud –en los que las personas hacen una valoración de la percepción de su salud a través de una escala– e indicadores de salud como morbilidad y mortalidad (Filha, *et al*, 2008; Bourne, 2009; Palloni, *et al*, 2005; Vuorisalmi *et al*, 2005). Después de realizar una revisión sistemática de 27 de esas investigaciones, Idler y Benyamini (1997:26) concluyeron que “en 23 de ellas la valoración de la percepción de la salud tiene una asociación significativa con la supervivencia en las poblaciones: de hecho, la probabilidad de muerte es mayor entre quienes puntúan su salud como pobre”. Estos autores explican la importancia de la percepción de salud desde diferentes perspectivas: En primer lugar, la valoración de la percepción del estado de salud puede ser una medida de la salud de las personas, dado que permite capturar un conjunto amplio de enfermedades o de síntomas de enfermedades sentidas por las personas aunque no necesariamente le hayan sido diagnosticadas. Segundo: este indicador se relaciona con comportamientos que pueden afectar el estado de salud: una percepción de la salud como pobre o mala puede llevar a que las personas no se comprometan con prácticas preventivas o de autocuidado propuestas, o no se adhieran a los tratamientos médicos. Tercero: este indicador no es solamente una referencia para el nivel de salud actual de las personas sino que la valoración incluye, también, el estado la persona y cómo se siente en el momento de responder. A todo lo anterior, se puede agregar que según Bruin *et al* (1996:51) este indicador, además de ser confiable en la medición de la salud y el bienestar, puede ser utilizado para realizar comparaciones a nivel internacional.

METODOLOGÍA

El análisis presentado en este capítulo se aborda desde la perspectiva de los estudios ecológicos, buscando relacionar la educación, el trabajo y el capital social con la percepción del estado de salud de los habitantes en los departamentos de Colombia. Las fuentes de información utilizadas son: la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007 y el Censo Nacional de 2005 del DANE.

Para el nivel nacional y departamental se describieron, ajustando por sexo y edad, los aspectos socioeconómicos a partir de los siguientes indicadores: educación, empleo, desempleo y capital social. Para aquellos niveles geográficos se establecieron las correspondientes percepciones del estado de salud. Para el componente de educación se realizó una caracterización general del máximo nivel educativo alcanzado por la población no escolarizada, el nivel educativo actual de la población escolarizada y el analfabetismo. Para el componente de trabajo se describió *a nivel departamental* el porcentaje de personas trabajando y el porcentaje de personas buscando trabajo. Para el componente de capital social se realizó una descripción –para el total nacional y para cada uno de los departamentos– de la proporción de personas que pertenecen a algún grupo social, la proporción de la población que declara apoyo económico de terceros, la proporción de la población que reconoce ayuda mutua entre vecinos, la proporción de la población que manifiesta confianza en sus vecinos, la proporción de la población que revela sentido de solidaridad y la proporción de la población que ejerce prácticas de cooperación.

El análisis bivariado permite mostrar las diferencias a nivel nacional y por departamento de los indicadores de educación, trabajo, capital social y percepción del estado de salud. Para el total nacional y para cada uno de los departamentos se analizó la percepción del estado de salud en relación con los indicadores anotados. En lo pertinente a las diferencias de proporciones y para establecer la asociación de las características socioeconómicas de educación, trabajo y capital social con los indicadores de salud, se aplicaron pruebas de independencia Chi cuadrado, y se calcularon los IC95% para los estadísticos correspondientes.

Se ajustó un modelo de regresión logística multinomial, cuya variable dependiente es la percepción del estado de salud. El vector de covariables lo constituyen los indicadores de educación, trabajo y capital social. Las medidas de OR arrojadas por este modelo permitieron identificar aquellos factores que generan un mayor efecto sobre el estado de salud de la población colombiana.

RESULTADOS

Educación

Del total de la población colombiana, el 65,8% de los hombres y el 69% de las mujeres no se encontraban escolarizados al momento de la encuesta. Los mayores porcentajes de hombres y mujeres reportaron haber alcanzado como máximo nivel educativo “hasta básica secundaria y media”, seguido de “hasta básica primaria” (Anexo, Gráfico 2.1). El 0,2% de hombres y de mujeres se encontraban cursando un posgrado y el 0,7% de hombres y mujeres reportaron como máximo nivel educativo alcanzado estudios de posgrado.

De acuerdo con los grupos quinquenales de edad se encontró que:

- De la población colombiana comprendida entre 5 y 9 años, el 88,5% cursaba básica primaria y un 7,4% cursaba preescolar.
- En el grupo entre los 10 y 14 años, el 56,2% cursaba básica secundaria y media y el 13,7% básica primaria.
- De la población colombiana comprendida entre los 15 y 19 años, el 50,9% cursaba básica secundaria y media, el 22,5% hasta básica secundaria y el 9,5% reportó como nivel máximo alcanzado la básica primaria.
- De la población colombiana comprendida entre 20 y 24 años, el 46,4% reportó como nivel máximo alcanzado hasta básica secundaria y media, el 14,4% hasta básica primaria y el 13,1% reportó estar cursando estudios universitarios.
- Entre la población colombiana comprendida entre 25 y 29 años, 45,1% reportó haber alcanzado hasta básica secundaria y media, el 19,4% hasta básica primaria y el 10,9% hasta técnico o tecnológico.
- De la población que se encuentra entre los 30 y 34 años, el 42% reportó haber alcanzado hasta básica secundaria y media, el 25,7% hasta básica primaria y el 11,8% estar cursando estudios universitarios.
- De la población en edades entre 35 y 39 años, 42,2% reportó haber alcanzado hasta básica secundaria y media, el 31,3% hasta básica primaria y el 8,9% hasta estudios universitarios.
- En la población entre 40 y 44 años, el comportamiento respecto a su nivel educativo es similar al reportado en el quinquenio anterior (41,2%, 32,5% y 9,6% respectivamente).
- De la población con edades entre 45 y 49 años, el 37,1% reportó tener básica secundaria y media, el 37,3% hasta básica primaria y el 9,1% hasta estudios universitarios.
- Los mayores porcentajes de la población colombiana entre los 50 y 69 años reportan haber alcanzado hasta básica primaria (50 a 54 años: 43,9%; 55 a 59 años: 49,6%; 60 a 64 años: 53%; y 65 a 69 años: 54,7%) y, en menor medida, hasta básica secundaria y media (el 30,3% de las personas entre 50 y 54 años; el 24,8% entre 55 a 59 años; el 18,8% entre 60

y 64%; y el 18,4% entre 65 y 69 años). Finalmente, se observa que el 11,3% de la población entre 55 y 59, el 16,1% de las personas entre 60 y 64 años y el 19,7% de los colombianos entre 65 y 69 años reportaron no haber alcanzado ningún nivel de escolaridad.

Cuando se obtiene el nivel educativo discriminado por departamentos, se encuentra que La Guajira (17,8%), Meta (13,1%), Córdoba (9,4%), Sucre (9,4%), Cauca (8%) y César (8%) tienen los mayores porcentajes de población que reporta no haber alcanzado ningún nivel educativo.

En todos los departamentos, el porcentaje de la población que reportó haber alcanzado un máximo nivel educativo entre básica primaria y básica secundaria y media se encuentra entre el 43% y 59%, exceptuando La Guajira con un 33%. Casanare (11,3%), Bogotá (10%), Atlántico (8,6%), Quindío (8,1%) y Chocó (7,4%) son los departamentos donde se observan los mayores porcentajes de personas que reportaron haber alcanzado un nivel educativo entre universitario y posgrado, y César el departamento que reporta el menor porcentaje en este nivel (3,5%). Bogotá (5,3%), Casanare (4,2%), Chocó (4,2%), Atlántico (4,1%) y Meta (4%), son los departamentos que tienen los mayores porcentajes de población escolarizada en cursos universitarios o de posgrado.

Analfabetismo

Las personas analfabetas son aquellas mayores de 15 años que contestaron no saber leer ni escribir. Según este análisis, el 6,2% de la población colombiana es analfabeta; de este porcentaje, el 51,6% son mujeres y el 48,4% son hombres. Según grupos de edad, el 58,2% de la población analfabeta es mayor de 45 años (Anexo, Cuadro 2.1).

Al comparar los departamentos, La Guajira con el 19,4%, seguido de Sucre 14,3%, Córdoba 14,1% y Cauca con 12,9%, son los que reportan mayores porcentajes de analfabetismo. Cabe resaltar a San Andrés, que presenta un porcentaje de población analfabeta menor del 2%.

Trabajo

De acuerdo a los datos arrojados por la ENS-2007, en Colombia la Población en Edad de Trabajar (PET) se distribuye en: Población Económicamente Inactiva (PEI), 50,5%; Población Económicamente Activa (PEA), 49,5%. De la PEA, el 35,4% son mujeres y el 64,6% hombres; el 94,2% reporta estar trabajando y un 5,8% desempleado (buscando trabajo). El 64,1% de las personas que se encuentran trabajando en Colombia son hombres.

Por departamentos, se observa que Amazonas, Chocó, Putumayo, Vichada y Vaupés reportan los mayores porcentajes de empleo: por encima del 95% de su respectiva población económicamente activa. De las personas que reportaron encontrarse trabajando el 14,4% tiene entre 25 y 29 años de edad, el 12,9% entre 30 y 34 años y el 12,6% entre 20 y 24 años de edad. Quindío presenta el mayor porcentaje de personas buscando trabajo (10,7%), seguido de Atlántico (8,5%), Bogotá (7,4%) y Casanare (7,1%). Los departamentos donde hay menor porcentaje de su población buscando trabajo son Amazonas (2,1%), Chocó (2,5%), Putumayo (2,8%) y Vichada (2,9%). En todos los departamentos se observa desempleo.

Respecto a la distribución por sexo de las personas que buscan trabajo, el 72,2% son hombres. El 61% de la población colombiana que busca trabajo se encuentra entre los 15 y los 34 años de edad.

Capital Social

Civismo: Menos de la mitad del total de la población colombiana participa en organizaciones cívicas (47,6%). El departamento donde se reporta mayor presencia de los miembros del hogar en grupos o redes es Tolima (82,5%), seguido por Guainía (70,1%) y San Andrés (69,4%). El departamento que menor participación en organizaciones cívicas registra es Norte de Santander (27,5%), seguido por Boyacá (34,5%), Quindío (35,6%) y Caldas (36,6%) (Anexo, Gráfico 2.2).

Apoyo económico de terceros: El 41,2% de los colombianos considera que en caso de necesitar algún apoyo económico, miembros diferentes al hogar estarían dispuestos a prestarles el dinero requerido. Por encima del promedio nacional se ubican el 63% de la totalidad de los departamentos y la mayor percepción sobre el apoyo económico por parte de terceros se registró en Guainía (58,9%), Amazonas (58,6%) y San Andrés (58,1%). Los departamentos de Norte de Santander (24,7%), Quindío (29,6%) y Cauca (32,4%) representan la mayor proporción de población que opina que no recibiría apoyo de terceros en caso de requerirlo (Anexo, Gráfico 2.3).

Ayuda mutua: En todos los departamentos, el porcentaje de personas que manifiesta que existe disposición de sus vecinos para ayudarlo ante una emergencia supera el 50%. Vaupés, Tolima y Córdoba son los departamentos donde el mayor número de personas manifiesta este tipo de disposición con el 82,6%, 81,6% y 80,6% respectivamente. Para el nivel nacional se obtuvo un porcentaje de 58,4% (Anexo, Gráfico 2.4).

Confianza en los vecinos: En la mayoría de los departamentos de Colombia más del 50% de la población manifiesta confianza en los vecinos. El departamento que registra menor confianza es Guaviare con el 43,5% y los departamentos con mayor confianza son Casanare (76,3%), Magdalena (71,7%) y Bolívar (70,6%) (Anexo, Gráfico 2.5).

Solidaridad con proyectos comunitarios: La población colombiana reporta altos niveles de solidaridad respecto a la cooperación con tiempo en proyectos comunitarios, aún cuando no obtenga beneficios propios directos (84,4%). Los departamentos que registran más solidaridad son Quindío y Sucre, con cifras cercanas al 95%. Los menores niveles de solidaridad se ubican en Vaupés, Bogotá y Nariño con 72,7%, 76,2% y 76,3% respectivamente (Anexo, Gráfico 2.6).

Cooperación económica: En Colombia el 74,4% de la población manifestó solidaridad económica frente a proyectos comunitarios, sin obtener beneficio directo propio. San Andrés, Caquetá y Magdalena representan los menores porcentajes con aproximadamente el 50% de la población. Valle del Cauca, Atlántico y Amazonas son los departamentos que manifiestan mayor solidaridad con aproximadamente el 85% (Anexo, Gráfico 2.7).

Cooperación en especie: El 69,3% de los colombianos manifestó que estaba dispuesto a contribuir en especie en un proyecto comunitario aun cuando no lo beneficiara directamente. Al analizar los departamentos se observa que todos superan la cifra nacional con excepción de César, que registró 60,4%. En los departamentos de Boyacá, La Guajira, Sucre, Arauca y Nariño más del 90% de la población está dispuesta a contribuir con especie (Anexo, Gráfico 2.8).

Participación comunitaria: Al indagar por la participación comunitaria, los colombianos mostraron muy bajos niveles (18,3%). Boyacá y Sucre alcanzan los mayores niveles y, por separado, no superan el 50% de su población. En Antioquia sólo el 9,8% reporta presencia en actividades comunitarias, siendo este el departamento con el menor nivel de participación (Anexo, Gráfico 2.9).

Percepción de la salud

Se observa que de la población colombiana con 6 años y más, el 72,3% considera que su salud es buena, mientras que el porcentaje restante la considera mala. Al interior de todos los departamentos, Caldas (80,6%), Guainía (79,4%), Vaupés (79,3%) y Quindío (79,2%) reportaron los mayores porcentajes de personas que consideran su salud buena. Los departamentos donde se reporta mayor frecuencia en la percepción de la salud como mala son Cauca (44%), Chocó (41,4%), Nariño (41,2%) y Caquetá (38,6%). En todo el país existe una proporción mayor de hombres (77,4%) que de mujeres (67,6%) que perciben su salud como buena. Esta diferencia es estadísticamente significativa (valor $p < 0,00001$).

Cuando se obtiene la percepción de la salud de acuerdo a grupos de edad, se observa que una mayor proporción de colombianos (80,6%) entre 10 y 14 años percibe su salud como buena. A partir de los 40 años disminuye la proporción de personas (según grupo quinquenal) con esta misma percepción, siendo el grupo de 65 a 69 años el que tiene la menor proporción de personas que la perciben como buena (49,6%). Estas diferencias son significativas estadísticamente (Valor $p < 0,0001$) (Anexo, Cuadro 2.2).

La percepción de la salud muestra diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) según el nivel educativo: la proporción de personas analfabetas que perciben su salud como buena (58,7%) es menor que la proporción de personas alfabetas (73,3%). En el momento de la aplicación de la encuesta, la proporción de personas no escolarizadas que percibe su salud como buena aumenta en la medida en que el nivel educativo máximo alcanzado es mayor; la menor proporción de personas que perciben su salud como buena son aquéllas cuyo máximo nivel educativo alcanzado es hasta Preescolar (31,6%). Respecto a la población colombiana escolarizada en el momento de la aplicación de la encuesta, se observa que la proporción de personas que perciben su salud como buena está por encima del 72% en todos los niveles educativos, siendo las que están en la Universidad quienes perciben su salud como buena en mayor proporción (85%). Es importante precisar que estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) (Anexo, Cuadro 2.3).

Con relación a la percepción de la salud según la ocupación, se encontró que el grupo que en menor proporción percibe su salud como buena es el compuesto por quienes tienen alguna

discapacidad (31,7%), seguido por las personas que se dedican a los oficios domésticos (59,6%). Los que están estudiando y trabajando son quienes en mayor proporción perciben su salud como buena (80,8% y 75,8% respectivamente). Esta diferencia es estadísticamente significativa (valor $p < 0,0001$).

En la percepción de la salud con relación al capital social, la proporción de personas que perciben su salud como buena es mayor (72,8%) entre quienes consideran que hay disposición de sus vecinos para ayudarlos ante una emergencia, que entre quienes están en desacuerdo (69,8%); es mayor (72,9%) entre quienes manifiestan confiar en los vecinos que entre quienes expresan no hacerlo (70,4%). Por otra parte, es mayor (73,9%) en aquellas personas que no contribuirían con tiempo en proyectos comunitarios sin obtener beneficios propios directos, que entre quienes sí participarían (72,1%); y también es mayor (73,1%) en aquellas personas que no participaron en alguna actividad en beneficio de las personas de su comunidad, y menor entre aquellas que sí lo hicieron (69,4%). Estas diferencias son significativas (valor $p < 0,0001$).

Según los datos obtenidos, la distribución de personas que perciben su salud como buena en las diferentes regiones del país es: 77,1% Bogotá; 75,1% región Central; 73,4% Orinoquía y Amazonía; 71,8% región Oriental; 68,8% región Pacífica; el menor porcentaje se encuentra en la región Atlántica (68,2%). Estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$).

Según sexo, se observa que en todas las regiones por encima del 73% de los hombres perciben su salud como buena, mientras que el mayor porcentaje de mujeres que lo hace se encuentra en Bogotá, donde alcanza un 71,9%. En la región Atlántica se encuentra el menor porcentaje de mujeres que perciben su salud como buena (62,8%). Las diferencias observadas en cada una de las regiones son estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) (Anexo, Cuadro 2.4).

En relación con la percepción de la salud como buena de acuerdo al nivel educativo de las personas no escolarizadas, se encuentra que los porcentajes de aquellas que reportaron no tener ningún nivel educativo es muy similar en las diferentes regiones del país (50%-57%), siendo Orinoquía la región donde menos de la mitad de las personas perciben su salud como buena (47,3%), y Bogotá la ciudad donde el porcentaje es mayor (61,1%).

Para todas las regiones es válido que, a mayores niveles educativos (independientemente de si se está escolarizado o no) mayor es el porcentaje de las personas que perciben su salud como buena. Así, son las personas que alcanzaron como máximo nivel educativo posgrado o universidad y las personas que estaban cursando estudios universitarios o de posgrado, quienes reportaron sentir su salud como buena en porcentajes superiores al 80%.

De la misma manera, en todas las regiones, las personas que reportaron no tener ningún nivel educativo, o haber alcanzado como máximo hasta preescolar o hasta básica primaria, son las que expresan en menores porcentajes (inferiores al 60%) que perciben su salud como buena, siendo Bogotá la región donde el 100% de las personas que reportaron haber alcanzado como máximo nivel educativo hasta preescolar perciben su salud como mala. Para todas las regiones estas diferencias fueron estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$). En relación con el analfabetismo, en todas las regiones las personas analfabetas perciben su salud como buena en menor porcentaje

que las personas alfabetas, diferencias que son estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) (Anexo, Gráfico 2.10).

En todas las regiones del país, la percepción de la salud según condición de trabajo muestra diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$): el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes están trabajando que entre quienes reportan estar buscando trabajo; Bogotá, Amazonía y Orinoquía son las regiones donde esta diferencia se observa con mayor amplitud (Anexo, Gráfico 2.11).

En la percepción de la salud según civismo, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) para Bogotá y la región Oriental: el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes no pertenecen a ningún grupo (78,4% Bogotá y 72,4% región Oriental) que entre quienes pertenecen a algún grupo (73,9% y 70,7% respectivamente).

En cuanto a la ayuda mutua, en todas las regiones el porcentaje de las personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes consideran que existe disposición de los vecinos para ayudar que entre quienes no lo creen así (Anexo, Gráfico 2.12); y se encontraron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,0001$) para las regiones Atlántica y Oriental, mostrando que el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes expresan confiar en sus vecinos (68,6% región Atlántica y 72,4% región Oriental) que entre quienes no lo hacen (65,8% y 68,8% respectivamente).

Al relacionar la percepción de la salud según solidaridad con proyectos comunitarios, en las regiones Atlántica, Oriental y Pacífica las personas que teniendo tiempo no contribuirían en proyectos que benefician a la comunidad, perciben su salud como buena en mayor porcentaje (71,1% región Atlántica; 72% región Oriental y 71,7% región Pacífica), que aquellas que sí contribuirían en dichos proyectos (68%, 68,2% y 68,4% respectivamente). Del mismo modo, al establecer la relación entre la percepción de la salud según prácticas de cooperación en las regiones Atlántica, Central y Pacífica, el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes reportan no haber participado en actividades en beneficio de su comunidad (68,6% región Atlántica, 76,1% región Central y 70,8% región Pacífica), que entre quienes reportaron sí haberlo hecho (66,8%, 71,3%, 63,8% respectivamente). Por el contrario, en Bogotá el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes expresaron haber participado en estas actividades (78,6%) que entre quienes no lo hicieron (76,9%).

Se realizó un análisis de regresión logística con el propósito de identificar la fuerza de asociación de algunas variables con la percepción de la salud como buena. En este análisis se encuentra que ser hombre, trabajar, apoyar a terceros, ayudar a los vecinos, tener confianza en los vecinos y disposición para cooperar favorecen la percepción de la salud como buena, mientras que la edad, el analfabetismo, prácticas de cooperación y estrato socioeconómico bajo hacen que las personas no perciban la salud como buena (Anexo, Cuadro 2.5).

DISCUSIÓN

Aunque en Colombia, como en otros países, es mayor el porcentaje de hombres (en relación con las mujeres) que perciben la salud como buena, es importante resaltar que la prevalencia de la percepción de la salud como mala entre los y las colombianas es mayor en ambos sexos en relación con la de otros países; es así como, según el estudio adelantado por Kunst *et al* (1995: 120), en Holanda, Dinamarca y Suiza del 15 al 20% de hombres perciben su salud como mala, en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá este porcentaje es del 10%, mientras que, de acuerdo a los resultados de este análisis, en Colombia el porcentaje es del 22,6% para los hombres. Con relación a las mujeres la tendencia es similar, es decir: en Colombia el porcentaje de mujeres que percibe su salud como mala es del 32,4%, mientras que en los países antes mencionados está entre 9,6% y el 20%.

En términos de la relación entre la percepción de la salud y la edad de la población, los resultados de este análisis son acordes a los de otros estudios en los cuales se concluye que a medida que aumenta la edad de las personas, el porcentaje de ellas que perciben su salud como mala es más alto; de hecho, en este análisis el 50,4% de las personas mayores de 65 años reportaron percibir como mala su salud.

Esta tendencia se corrobora también con el estudio de Tovar y Arias (2005: 12) en el cual, utilizando la encuesta de calidad de vida para Colombia 2003, se encontró que en edades mayores a 65 años el porcentaje que percibe como mala su salud es de 69,9%; al igual que en el estudio de Balabanova y McKee (2002) en Bulgaria, donde establecen que, según lo esperado, el porcentaje de personas que perciben su salud como mala aumenta con el incremento de la edad.

En el presente estudio, el nivel educativo aparece como un factor influyente en la percepción del estado de salud de los colombianos, mostrando cómo a medida que aumenta el nivel educativo alcanzado por las personas es mayor el porcentaje de ellas que perciben su salud como buena; este resultado es coherente con los resultados de otros estudios como el realizado por Kunst *et al* (1995: 119-120), en el que el porcentaje de las personas que perciben mejor su salud es mayor entre quienes tienen un nivel educativo de pos-secundaria.

De igual manera, en el estudio realizado por Tovar y Arias (2005: 12), se encontró que el 39,2% de los colombianos que no tenían ningún nivel educativo percibían su estado de salud como bueno, mientras que este porcentaje aumentaba notoriamente en las personas que habían obtenido un nivel educativo hasta universitario (89%) o postgrado (88,3%).

A la misma conclusión llegan Balabanova y McKee (2002): aquellas personas con educación primaria únicamente reportaban en mayor medida percibir su salud como mala que aquellas con bachillerato o educación superior.

Respecto a las condición de empleo o desempleo, según el análisis, en Colombia el porcentaje de personas que perciben su salud como buena es mayor entre quienes están trabajando que entre quienes buscan trabajo. Resultado que concuerda con lo encontrado en otros estudios como el de Kaleta *et al* (2006), en el que se concluye que tanto para hombres como para mujeres el

riesgo de percibir como mala su salud fue significativamente mayor entre los desempleados que entre los empleados; o el de Tolliver (2007: 3-4), quien encontró que en Colorado, Estados Unidos, existe una asociación entre la condición de empleo (estar trabajando o estar buscando trabajo) y la percepción de mala salud: por cada cinco personas que perciben su salud como mala, cuatro de ellas son desempleadas.

En relación con el capital social, este estudio muestra una doble cara: por un lado, personas que reportan confianza en sus vecinos o que sienten que hay disposición de los mismos para ayudarlos ante una emergencia, manifiestan una mejor percepción de la salud; por el otro, sin embargo, las personas que reportan que no contribuirían con tiempo en proyectos comunitarios cuando no obtienen beneficios propios directos, o que no participan en alguna actividad en beneficio de las personas de su comunidad perciben mejor su salud que las que sí contribuirían o participarían en estas actividades.

Otras investigaciones han encontrado también una relación positiva entre la percepción de la salud y el capital social: Hyypä y Maki (2001) referencian que en la comunidad sueca-parlante el capital social se asocia con una buena percepción de la salud; Veenstra (2000: 628) concluye en su estudio que una buena percepción de la salud está fuertemente relacionada con la socialización con compañeros en el trabajo y la asistencia a servicios religiosos (dos aspectos del capital social); Snelgrove *et al* (2009) encontraron evidencia de que el aspecto del capital social “confianza social” en Inglaterra es un factor protector para la buena percepción de la salud en las personas, mientras que no encontraron evidencias sobre la asociación entre la participación cívica y la percepción de la salud como buena; por su parte, Delaney *et al* (2007) encontraron un modesto efecto del capital social en la percepción de la salud en Irlanda, siendo la variable “confianza social” la que presentó la mayor asociación.

Para concluir es importante resaltar que los resultados de este análisis muestran que la educación, el trabajo y algunas otras variables del capital social se asocian con la percepción de la salud de la población colombiana; siendo quienes saben leer y escribir, o quienes alcanzaron un nivel educativo alto o que para el momento de la encuesta se encontraban escolarizadas o estaban trabajando, y quienes manifiestan confianza en sus vecinos las personas que perciben su salud como buena en mayor porcentaje que aquellas que no cumplen estas características.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahs, A y R Westerling (2006). "Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment". En: *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(2):159-167.
- Balabanova, DC y M McKee (2002). "Self Reported health in Bulgaria: levels and determinants". En: *Scandinavia Journal Public Health*, 30(4):306-312.
- Bourne, PA (2009). "The validity of using self-reported illness to measure objective health". *North American Journal Medicine & Science*, 1:232-238.
- Bruin, A, H Pichavet y A Nossikov (editors). (1996). *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. WHO Regional Publications, European series, No.58
- Castellanos, PL. (1998). "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales". En: *Salud Pública*. Ed. Mc Graw Hill, Madrid.
- Cavelaars, AEJM, Kunst, AE, Geurts, JJM, Helmer U, Lundberg O, Mielck A, et al. (1998). "Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme". En: *International Journal of Epidemiology*. 27:222-30
- Consortio de Investigaciones Económicas CIES (2006). "Aspectos teóricos del capital social y elementos para su uso en el análisis de la realidad". [Sitio disponible en]: http://www.pucp.edu.pe/departamento/ciencias_sociales/images/documentos/capitalsocial.pdf.pdf
- Delaney L, P Wall y F O'hAodha (2007). "Social Capital and Self-Rated Health in the Republic of Ireland: Evidence from the European Social Survey". En: *Irish Medical Journal*, 100(8).
- Escalona, E. (2006). "Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación". En: *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1). [updated 2005; cited 2009]; [Sitio disponible en]: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu12106.htm
- Filha, T, CL Szwarcwald y J Souza (2008). "Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions". En: *Saúde Pública*, 42(1):73-81. Sao Paulo.
- Guerrero, E. (2007). *Los determinantes sociales de la salud. Una visión cercana a la salud urbana, Cali*. Colombia. [updated 2007; cited]; [Sitio disponible en]: http://www.cedetes.org/files/memorias_foro/ppt-EDUARDO_GUERRERO.pdf%20
- Hyypä, M y J Maki (2001). "Individual level relationships between social capital and self – rated health in a bilingual community". En: *Preventive Medicine*, 32(2):148-155.
- Idler, E y Y Benyamini (1997). "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies". En: *Journal of health and Social Behavior*, 38(1):21-37.
- Kaleta, D, T Makowiec-Dąbrowska y A Jegier (2006). "Employment status and self rated health". En: *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 19(1):61-69.
- Kripper, CE. y JC. Sapag (2009). "Capital social y salud en América Latina y el Caribe: Una revisión sistemática". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), pp.162-170.

Kunst AE, JJ Geurts y J Van Den Berg (1995). "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health". En: *Journal of Epidemiology Community Health*, 49(2):117-123.

Kunst, AE, F Groenhof y JP Mackenbach (1998). "The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Mortality by occupational class among men 30-64 years in 11 european countries". En: *Social Science & Medicine*, 46(11):1459-1476.

Navarro, P. (1997). "Reflexiones sobre el problema del analfabetismo y propuesta de algunas medidas pedagógicas para combatirlo". En: *Enseñanza*, No.15. Ediciones Universidad de Salamanca, pp.241-259.

OMS (2005). Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores". [updated 2005; cited 2009]; [Sitio disponible en]: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

OMS-OPS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final. Ediciones de la OMS. [updated 2008; cited Enero 2009]; [Sitio disponible en]: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

Palloni, A, RWong y M Peláez (2005). "Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6):323-332.

Ramos, M. Choque, R. (2007). "La educación como determinante social de la salud en el Perú". En: *Cuadernos de Promoción de la Salud*, No.17. Organización Panamericana de la Salud. [Sitio disponible en]: http://bvs.per.paho.org/fulltxt/Serie_Cuadernos_Promocion/fulltex-psal/cuaderno%2022.pdf [Consulta: Junio 20 de 2009].

Sapag, JC. y I. Kawachi (2007). "Capital social y promoción de la salud en América Latina". En: *Saúde Pública*: 41(1): 139-49

Silva, LC y E. Duran (1990). "Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas: un estudio de correlación". En: *Saúde Pública*: 24(6): 473-480. Sao Paulo.

Snelgrove J, H Pikhart y M Stafford (2009). "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey". En: *Social Science & Medicine*, 68(11):1993-2001.

The World Bank. Social Capital Group (2010). "Measuring the Dimensions of Social Capital". [Sitio disponible en]: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20642703~menuPK:401023~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html> [Consulta: Julio 15 de 2009].

Tolliver, R (2007). "Factors Associated with Self-Reported Health Status Among Colorado Adults, 2005". En: *Health Watch*, 62:1-6. [Sitio disponible en]: <http://www.cdphs.state.co.us/hs/pubs/healthStatus2b.pdf> [Consulta: Junio 30 de 2009]

Tovar, LM y FA Arias (2005). "Determinantes del estado de salud de la población colombiana". En: *Documento de Trabajo*, No.82. CIDSE, Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Universidad del Valle. Cali: Colombia.

Veenstra, G (2000). "Social Capital, SES and Health: An Individual-level analysis". En: *Social Science & Medicine*, 50(5): 619-629.

Vuorisalmi, M, T Lintonen y M Jylhä (2005). "Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age". En: *J Clin Epidemiol*, 58(7):680-687.

Wilkinson, R. y M. Marmot, editors (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. World Health Organization. Second edition.

Yanes, L. (2008). "La salud de los trabajadores en el marco del proceso político venezolano: impacto de la reforma de la ley orgánica de prevención, condiciones y medio ambiente de trabajo". En: *Revista Salud de los trabajadores*. Jul-Dic., 16(2), pp.103-104.

CAPÍTULO 3:

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de vida son un conjunto de bienes y servicios de los que disponen los individuos y la sociedad, las cuales dan cuenta, entre otros, de la situación de salud de las poblaciones y de la calidad de vida de los diferentes grupos humanos. Así, pues, la calidad de vida se relaciona con aspectos económicos, materiales, sociales, demográficos, culturales, psicológicos y ambientales.

Las condiciones de vida varían entre los diferentes grupos de población según países, regiones, comunas de un municipio, género, edad, entre otros. Ligadas estrechamente a las necesidades humanas, se expresan a través de dimensiones tales como la vivienda, la alimentación, la indumentaria, la educación, la salud o el empleo. El nivel adecuado o inadecuado de las condiciones de vida de un hogar o de una familia está en función de las actividades que realizan sus miembros en el ámbito familiar, laboral y comunitario; depende, también, del grado de desarrollo del entorno físico del lugar de residencia del hogar o familia y de aspectos demográficos. Entre éstos, la edad y el sexo constituyen características básicas: el número y la proporción de hombres y mujeres que se encuentran en cada grupo poblacional, según edades, pueden tener un efecto considerable en su comportamiento demográfico y socioeconómico. A la composición por sexo y edad se le conoce como pirámide de la población.

Según la OPS, “Colombia experimenta cambios demográficos tales como el envejecimiento de la población, el descenso de las tasas de fecundidad y la rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó de 70,9 años en el 2000 a 74 años en el 2008 (70,7 para los hombres y 77,5 para las mujeres), la fecundidad pasó de 2,86 hijos por mujer en 2000 a 2,45 en el 2008, con una población urbana del 75,1%. El crecimiento de la población ha estado entre el 1,44% y el 1,2% anual en los últimos ocho años” (OPS, 2010: 3).

Persona, familia y hogar

“Una persona desarrolla su vida en tres círculos íntimamente ligados entre sí y cuya integración a partir de la misma se vincula con sus capacidades funcionales, físicas, mentales y sociales. El primer círculo, interior, corresponde a la propia persona, su capacidad de atender a su higiene, vestirse, alimentarse, medicarse, etc., responde al nivel mínimo de atención. El segundo círculo, relacionado con su microambiente, es la familia donde se generan las relaciones entre sus miembros. Allí cada miembro de la familia se desarrolla con sus propias características y motivaciones en el marco de un conjunto de reglas, normas y valores que establece la familia. El tercer círculo establece la relación entre la persona y la comunidad, valorándose su integración a ésta, sus funciones sociales, la ayuda recibida de la sociedad y los aportes brindados” (Secretaría de Bienestar Social, 1999:170).

Como grupo sistémico la familia es generadora del proceso salud-enfermedad, ya que en ella se forman las normas y valores relacionados con el comportamiento y los estilos de vida de los individuos que la componen. Ahora bien, la salud familiar está vinculada con factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, ingresos totales y per cápita), socio-psicológicos (modo de vida, integración, participación y convivencia social), socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia) y psico-afectivos; se relaciona también con el funcionamiento y la estructura familiar, el estado de salud de sus miembros, la forma de afrontar los acontecimientos y los conflictos internos y externos y el acceso a las redes de apoyo (Secretaría de Bienestar Social, 1999: 171).

Para el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el hogar es “una persona o grupo de personas que ocupan la totalidad o parte de una vivienda y que se han asociado para compartir la comida y la dormida o la dormida. Pueden ser familiares o no entre sí. Los empleados del servicio doméstico y sus familiares forman parte del hogar siempre y cuando duerman en la misma vivienda”. Una vivienda “es un lugar estructuralmente separado e independiente, ocupado o destinado a ser ocupado por una familia o grupo de personas que viven juntos, o por una persona que vive sola. La unidad de vivienda puede ser una casa, apartamento, cuarto, grupo de cuartos, choza, cueva, o cualquier refugio ocupado o disponible para ser utilizado como lugar de

alojamiento y se caracteriza por: –Estar separado de otras viviendas, por paredes del piso al techo y cubiertas por un techo; –Tener acceso a la calle, por un pasaje o escalera sin pasar por áreas de uso exclusivo de otras viviendas; –Tener uso exclusivo sobre: sala comedor, lavadero, patio de ropas, cocina y baño”.

En el hogar, los hombres y las mujeres desempeñan diversas actividades y toman numerosas decisiones relacionadas con quién debe hacer qué para producir alimentos, generar ingresos en efectivo, comercializar la producción, preparar la comida, procurarse los medios de subsistencia y educar a los hijos entre otros.

Encuestas de hogares realizadas en Colombia

En el país el DANE realiza desde 1970, y periódicamente, la Encuesta Nacional de Hogares (ENH), con el propósito de hacer estimaciones intercensales sobre demografía y determinar las características socioeconómicas de los hogares. En los primeros años (1970-1975) se realizaron nueve etapas con diferente periodicidad, cobertura y diseño muestral, y a partir de 1976, año en que se unificaron los anteriores criterios, la cobertura se redujo a las ciudades más representativas de las condiciones urbanas del país. Se definieron, también, los elementos básicos de acuerdo con las recomendaciones que produce la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) de la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En un principio, se investigaban trimestralmente las cuatro principales ciudades (Santafé de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla), y semestralmente Bucaramanga, Manizales y Pasto. A partir de 1984, se estudian las siete ciudades mencionadas como Áreas Metropolitanas con una mayor uniformidad en cobertura, periodicidad y diseño muestral; no obstante, un poco antes de este año se empezaron a incluir otras ciudades con diferente frecuencia: Cartagena se investigó anualmente desde septiembre de 1982; Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios, El Zulia, Pereira y Dosquebradas se investigaron en junio de 1982, y a partir de junio de 1983, por semestres (junio y diciembre); Villavicencio se investigó anualmente en junio, desde 1982; Ibagué y Montería se investigaron anualmente en diciembre desde 1983 (DANE: “Metodología...”).

Cada trimestre de la ENH corresponde a una etapa: hasta diciembre de 2000 se realizaron 110 etapas. El método de muestreo de la encuesta fue probabilístico, estratificado, multietápico, por conglomerados, auto ponderado, y tuvo un diseño de muestra de corte transversal. Además, la ENH está conformada por módulos que pueden ser de carácter permanente o transitorio. Los módulos permanentes son aquellos que aparecen en todas las etapas tales como: identificación, características generales del individuo, fuerza de trabajo, ocupados, desocupados e inactivos. Los módulos transitorios son aquellos que aparecen esporádicamente y buscan capturar las características estructurales de la población; entre ellos se encuentran los módulos de salud, vivienda, informalidad, transporte y lugares de compra.

La Encuesta Nacional de Salud 2007 es un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó, entre otros temas, las características de la vivienda de los colombianos y algunos componentes de su entorno, cuyo análisis incluye las variables físicas que caracterizan la viviendas, los servicios públicos domiciliarios, la ubicación geográfica y las características del barrio, como equipamiento urbano, y algunos componentes del entorno, lo cual es parte del análisis de la situación de salud del país (ENS-2007, Módulo de Hogares).

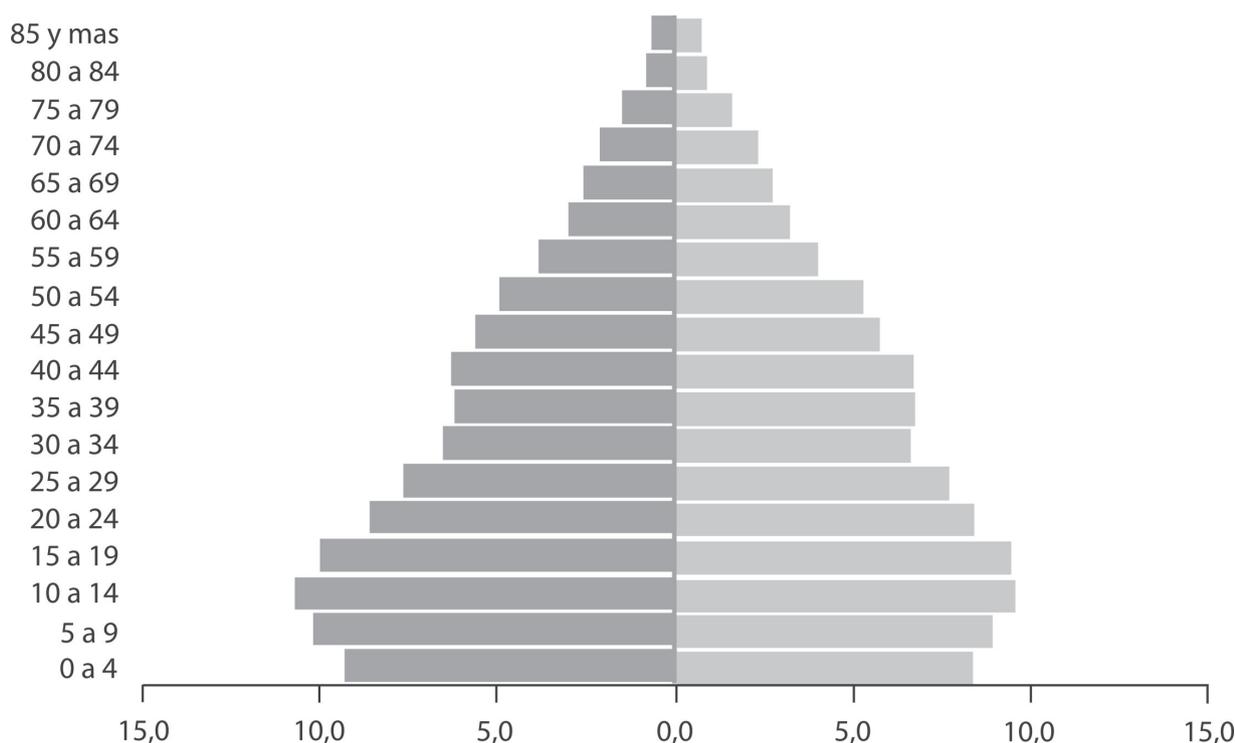
Para efectos de los resultados que se presentan, el universo estuvo constituido por 11 millones de hogares y los 43,6 millones de miembros de tales hogares. La muestra, seleccionada de forma probabilística, estuvo conformada por 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país. La descripción ampliada se encuentra en el Anexo 1, del informe final de la ENS-2007 (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Este capítulo provee información de una muestra de hogares colombianos por departamento que hace parte de la Encuesta Nacional de Salud 2007. Este análisis permite tener un conocimiento de las condiciones en que viven los miembros de los hogares colombianos, el cual servirá como insumo para los procesos de planeación en salud y para la concepción de políticas públicas.

RESULTADOS

Características de los hogares colombianos por departamento

La muestra de la población colombiana seleccionada en el año 2007 fue de 164.474 personas, de las cuales el 52,4% fueron mujeres. La edad media fue de 30,4 años con una desviación estándar de 21,18 años; la edad más frecuente (moda) tanto para hombres como para mujeres fue de 16 años. La mediana de la edad de los hombres fue de 25 años y en las mujeres fue de 28 años. El grupo de edad con una mayor población (10,1%) fue el de 10 a 14 años; de éste el 50,4% fue de sexo masculino. El grupo menos numeroso fue el de los mayores de 85 años, 41,3% de ellos hombres. La estructura de la población colombiana por edad y sexo se aprecia en el gráfico siguiente.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2007.

Estructura de la población por edad y sexo. Colombia, ENS-2007

La edad media fue mayor en los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda, lo cual evidencia una estructura poblacional más vieja; por su parte, los departamentos con estructura más joven fueron Guaviare, La Guajira y Vaupés (Anexo, Gráfico 3.1).

El índice de masculinidad fue de 90,5, cifra que indica que por cada 1000 mujeres en el país hay aproximadamente 905 hombres. Los departamentos que registraron un índice menor de masculinidad son Quindío (82,8) y Putumayo (84,7), y los departamentos con el mayor índice fueron Magdalena (98,7), San Andrés (98,4), Córdoba (97,5) y Bolívar (97,4) (Anexo, Gráfico 3.2).

De acuerdo con la distribución del estado civil observada en la muestra, el 54,8% de las personas eran solteras, el 19,7% vivían en unión libre, el 16,4% eran casados y el 9,1% restante estaban separados o viudos. Tanto en hombres como en mujeres predominó el estado civil soltero, seguido por la unión libre; las mujeres separadas o viudas fueron más que los hombres que presentaron el mismo estado civil. De 79.071 hombres, el 57,2% eran solteros, el 18,6% vivían en unión libre, el 19,2% estaban casados, el 1,5% eran viudos; de 87.397 mujeres, el 51,4% eran solteras, el 17,3% vivían en unión libre, el 17,7% eran casadas y el 6,5% viudas (Anexo, Cuadro 3.1).

En la muestra de hogares se observa que en el país predomina la jefatura masculina sobre la femenina: el 66,7% de los hombres son jefes de hogar, frente al 33,3% de las mujeres. Departamentos como Córdoba y Vichada presentan el 72% de los hombres como jefes de hogar; el departamento que menor porcentaje de jefes de hogar del sexo masculino presenta es Arauca con el 58,2%; el departamento con mayor porcentaje de mujeres jefes de hogar es Arauca con el 43,0%, y los departamentos con menor proporción, Vichada (24,7%) y Córdoba (28,0%) (Anexo, Gráfico 3.3.).

El promedio de personas por hogar en Colombia fue de 3,9; el departamento que presentó la cifra más baja (3,4) fue San Andrés, y la más alta el departamento de Magdalena (4,8) (Anexo, Gráfico 3.4).

Los datos relacionados con la afiliación al sistema de salud muestran que el 36,6% de las personas se encontraban afiliadas a una EPS que maneja el régimen subsidiado (EPS's., antes llamadas ARS), proporción seguida de un 30,7% cubierto por los planes de salud de las EPS, mientras que el 6,9% dijo pertenecer al Seguro Social y el 19,0% que no tenía ninguna seguridad social. El 35,7% de los hombres y el 37,5% de las mujeres se encontraban afiliados a una ARS; la afiliación a las EPS también fue mayor en las mujeres (Anexo, Cuadro 3.2).

El 36,6% de la población pertenecía a una ARS. Los departamentos de Boyacá –con 60,1%–, Huila –con un 59,7%– y Vichada –con un 58,2%– presentaron un porcentaje de afiliación mucho mayor al del nivel nacional; el departamento del Tolima presentó el menor porcentaje de afiliación, con el 25,6%. En el país se encontró una afiliación a las EPS del 30,6%; los departamentos de Cauca (11,6%), Nariño (12,7%), Arauca (12,7%) y Chocó (13,9%) presentaron la menor afiliación, en tanto que el departamento de Antioquia presentó la mayor (39,9%) (Anexo, Cuadro 3.2).

En una muestra de personas entre 6 y 65 años de edad, se indagó sobre el nivel educativo. Los resultados muestran que el 40,56% de ellas había cursado los niveles de básica secundaria y media, y que el 36,31% había cursado el de básica primaria; el 0,09% había cursado un postgrado y el 4,84% tenía un título de nivel universitario. La Guajira es el departamento que muestra el

porcentaje más alto de personas sin ningún nivel educativo (23,6%), y San Andrés el porcentaje más bajo (2,32%). También este departamento presenta el mayor porcentaje en el nivel técnico-tecnológico (12,74%), seguido por el departamento del Atlántico (10,78%). Las cifras correspondientes a los niveles universitario y de postgrado, que son muy bajas, son mayores en Casanare y Bogotá, con el 8,27% y 7,13% respectivamente (Anexo, Cuadro 3.3).

Con relación a la distribución étnica, los datos indican que cerca del 9,5% de la población colombiana pertenece al grupo afrodescendiente, y que un 84,6% no se considera a sí mismo como Indígena, Afrodescendiente, Gitano, Raizal o Palenquero. Los departamentos más poblados por indígenas son Vaupés (61,7%), La Guajira (41,2%) y Guainía (34,2%); Boyacá es el departamento con menos indígenas (0,4%) y afrodescendientes (0,1%). Los afrodescendientes se ubican principalmente en los departamentos del Chocó (85,3%), Cauca (39,4%) y Valle del Cauca (27,1%) (Anexo, Cuadro 3.4).

Según la muestra de 41.543 personas, la población que habita el área urbana es del 77,9%; sin embargo los departamentos de Antioquia, Caldas y Cauca presentan un porcentaje inferior a dicha cifra. En algunos departamentos se observa que el 100% de la población pertenece al área urbana debido a que en la muestra de algunos de ellos solo se incluyeron zonas urbanas (Anexo, Cuadro 3.5).

La distribución de la vivienda por departamento mostró que el tipo de vivienda más predominante a nivel nacional fue el de tipo casa (74,6%), seguido por la vivienda de tipo apartamento (22,6%). En la distribución por departamento se observa que la vivienda tipo casa predominaba en Vaupés, Vichada, Caquetá y Norte de Santander (94% o más), y tipo apartamento en Antioquia, Caldas y la ciudad de Bogotá (30% o más); la vivienda tipo cuarto correspondió al 3% en Putumayo, Bogotá y Guaviare (Anexo, Cuadro 3.6).

El 97,4% de las viviendas tenía conexión a la energía eléctrica. Menos de la mitad de los hogares colombianos contaba con conexión a gas natural (46,2%), el 91,1% tenía conexión a algún acueducto, el 79% a la red de alcantarillado y el 81,4% contaba con sistema de recolección de basuras. En relación con la conexión a la energía eléctrica, se observó que La Guajira, Caquetá y Chocó fueron los departamentos con menor cobertura; los departamentos que presentaban más de un 80% de cobertura en la conexión a la red de gas natural fueron Atlántico, Casanare y la ciudad de Bogotá. Los departamentos con menor cobertura en el servicio de acueducto fueron Guaviare, Chocó, Guainía y Cauca, y las menores coberturas con respecto al alcantarillado las presentaron San Andrés, Córdoba y Chocó (Anexo, Cuadro 3.7).

En el año de 2007 el 20,9% de las viviendas mostraba una situación de hacinamiento, es decir, no tenían suficientes cuartos o habitaciones para el total de personas que en ellas residían. Los departamentos con mayor porcentaje de hacinamiento fueron La Guajira, Cesar, Magdalena y Córdoba, y con el menor, Risaralda, Caldas y Quindío (Anexo, Cuadro 3.8).

Según la información obtenida en la encuesta, el 53,1% de los hogares colombianos contaban con casa propia pagada, y el 34,4%, en arriendo. Los departamentos que mostraron un mayor porcentaje de hogares con vivienda propia pagada fueron Vaupés, Córdoba y Magdalena, y en los que más hogares se encontraban viviendo en propiedades arrendadas fueron Guaviare, Bogotá y Casanare; en Antioquia, Chocó y Bogotá se encontró el número más alto de viviendas en proceso de pago (Anexo, Cuadro 3.9).

El 62,4% de los hogares colombianos se encuestó con el propósito de clasificación para el SISBEN. Los departamentos con mayor porcentaje de hogares encuestados fueron Arauca, Casanare y Quindío, y con el menor Vaupés, Putumayo y La Guajira (Anexo, Cuadro 3.10).

A las personas que fueron encuestadas se les indagó sobre el nivel en el que habían sido clasificadas. Los niveles uno y dos mostraron el mayor número de personas. Los estratos del SISBEN con mayor porcentaje de población son el 1 y el 2. En los departamentos de Caquetá y Chocó se presenta el mayor número de personas clasificadas en el nivel uno, y en San Andrés el menor. Los departamentos que presentaron mayor número de hogares en el nivel seis fueron San Andrés, Atlántico, Casanare, Risaralda, junto con la ciudad de Bogotá (Anexo, Cuadro 3.11).

La distribución de los hogares por estrato socioeconómico mostró que el mayor número pertenecía a los estratos dos y tres, en su orden. Los departamentos con mayor número de hogares en el estrato uno fueron Córdoba y Vaupés, y en el estrato dos Boyacá y Guainía. Los departamentos con mayor número de hogares clasificados en el estrato alto fueron Caldas (estrato 6), Antioquia (estrato 5) y Risaralda (estrato 4) (Anexo, Cuadro 3.12).

Al comparar la tenencia de vivienda con el estrato socioeconómico, se observó en todos los estratos el predominio de la vivienda propia pagada, seguida de la arrendada. El mayor porcentaje de viviendas en proceso de pago se encontró en el estrato cuatro, y en arriendo en el estrato tres; en el estrato cero se observó la cifra más alta de viviendas en usufructo (Anexo, Cuadro 3.13).

Perfil de hogares

Para explorar algunos perfiles de los hogares se realizó un análisis de conglomerados (*clúster*) que permitió conformar cuatros grupos distintos o conglomerados de hogares. A continuación se describe cada uno de ellos.

Conglomerado 1

En este *clúster* quedaron incluidos 6.886 hogares, esto es, el 18,38% del total de los 37.467 hogares encuestados. En el 69,9% de sus miembros el parentesco que se tenía con el jefe del hogar fue el de ser hija, con una edad promedio de 2,9 años y una desviación típica de 1,8. Predominó el sexo femenino con el 51,1%, el 34,7% de los miembros de los hogares se encontraba entre los 0 y los 5 años de edad, el 97,0% era soltero, y el 67,3% no contaba con un ingreso económico.

Estructura de la vivienda. El 98,8% habitaba en la cabecera municipal y el tipo de vivienda que más predominó fue de tipo casa (76,6%), seguido del apartamento (22,6%). Los materiales más utilizados en las paredes de la vivienda fueron bloque, ladrillo, piedra y madera pulida (98,1%), y en el piso, baldosa, vinilo, madera pulida (71,8%) y cemento o gravilla (24,3%).

Servicios públicos. El 44,7% de los hogares del conglomerado 1 pertenecía al estrato dos. El 100% contaba con servicios de energía eléctrica y el 99,4% con gas natural conectado a red pública; el 95,5% con acueducto, alcantarillado y servicio de recolección de basuras.

Zona de riesgo. El 86,8% de las viviendas no contaba con zonas verdes o zonas de propiedad común; el 90,5% no se encontraba en zona de inundaciones; el 2,6% se encontraba en zona de avalancha, derrumbe o deslizamiento; el 95,0% no presentaba problemas de hundimiento de terreno ni fallas geológicas.

Tenencia de la vivienda. El 57,1% de los hogares tenía vivienda propia pagada, la que cuenta con 4 o más cuartos. El 94,9% de los hogares tenía servicio de inodoro conectado al alcantarillado. El 99,2% de los hogares utilizaba el gas natural de red para cocinar y el 99,8% utilizaba el alumbrado eléctrico por medio de bombillas. El 97,4% de las viviendas contaba con servicio de recolección de basuras.

Servicio de hogar. En el 63,9% de los hogares de este conglomerado tenían radio en sus viviendas, el 98,0% televisor a color, el 8,0% no poseía nevera, el 42,8% no tenía lavadora, el 48,0% no tenía DVD, y la mayoría no tenía computador (76,7%) ni Internet (92,6%); por el contrario, el 59,9% tenía televisor con cable. El 86,2% de los hogares del conglomerado no tenía carro, y el 78,4% no tenía moto.

El 48,9% de los hogares de este conglomerado no fue encuestado por el SISBEN y el 44,6% sí lo fue; el 6,5% no sabían si se les había realizado la encuesta. El 15,2% de aquéllos a los que les realizaron la encuesta fue clasificado en el nivel 2.

Conglomerado 2

En él quedaron incluidos 8.404 hogares, esto es, el 22,43% del total de los 37.467 hogares encuestados. El 51,1% (4.291) de los encuestados era jefe de hogar. La edad media de los miembros del conglomerado fue de 6,9 años, con una desviación típica de 1,5. En este conglomerado predominó el sexo femenino con 53,7%. El 34,7% de las personas se encontraban entre los 35 y los 44 años, el 49,2% estaban casadas, el 29,8% vivían en unión libre y el 62,3% contaban con algún ingreso económico.

Estructura de la vivienda. El 98,4%, de los hogares del conglomerado 2 residía en la cabecera del municipio. El tipo de vivienda predominante fue la casa con un 78,5% (6.596), seguido del apartamento con 20,8%; el material más utilizado para la paredes fue bloque, ladrillo, piedra

y madera pulida, en el 72,2% el piso tenía un material de baldosa, vinilo, madera pulida y en el 23,5%, cemento o gravilla.

Servicios públicos. El 45,2% de los hogares de este conglomerado pertenecía al estrato dos, y el 37,4% al tres. El 100% de los hogares contaba con servicio público de energía eléctrica y el 99,4% con el de gas natural por red, el 94,8% con acueducto y alcantarillado, y el 98,0% con servicio de recolección de basuras.

Zona de riesgo. El 87,2% de las viviendas no contaba con zonas verdes o zonas de propiedad común; el 90,2% no se encontraba en zona de inundaciones; el 95,4% no se encontraba situado en zona de avalancha, derrumbe o deslizamiento; el 94,6% no mostraba hundimiento de terreno, ni fallas geológicas el 94,1%.

Tenencia de la vivienda. El 63,7% de los hogares tenía vivienda propia pagada y el 67,0% de las viviendas tiene 4 o más cuartos; el 94,3% contaba con servicio de inodoro conectado al alcantarillado. En el 99,2% de los hogares se utilizaba el gas natural de red para cocinar; el 99,9% de ellos contaba con alumbrado eléctrico y el 97,1%, con servicio de recolección de basura.

Servicios del hogar. En el 65,7% de los hogares de este conglomerado existía al menos un equipo de radio; en el 97,8% había televisor a color; en el 93,0% nevera; el 42,8% de los hogares de este conglomerado no tenían lavadora, el 51,3% no tenían DVD y la mayoría no tenían computador ni Internet, con un 77,2% y 92,6%, respectivamente; el 58,7% tenía televisión con cable. En el 85,5% de los hogares no había carro y en el 80,2% no había moto.

El 56,8% de los hogares de este conglomerado fue encuestado por el SISBEN, y el 4,5% no sabían si se les había realizado la encuesta. El 20,3% de los hogares a los que se les hizo la encuesta fue clasificado en el nivel 2, y el 14,6% en el 1.

Conglomerado 3

En el conglomerado 3 quedaron incluidos 11.673 hogares, esto es, el 31,16% del total de los 37.467 hogares incluidos. El 34,6% de los encuestados manifestó ser hija del jefe del hogar, y el 33,0% jefe del hogar. La edad media de los miembros de los hogares fue de 5,3 años, con una desviación de 2,0. En este conglomerado, como en los dos anteriores, predominó el sexo femenino (56,0%). El 17,7% de las personas se encontraban entre los 25 y los 34 años de edad, el 44,4% eran solteros, y el 51,5% tenían ingreso económico.

Estructura de la vivienda. El 97,8% de las viviendas estaba situado en la cabecera municipal; el 67,7% fue de tipo casa y el 31,5% apartamento. En el 97,0% de las viviendas se utilizó como material para las paredes bloque, ladrillo, piedra y madera pulida; el 79,7% tenía en el piso un material de baldosa, vinilo y madera pulida, y el 12,2% cemento o gravilla.

Servicios públicos. El 45,3% de los hogares del conglomerado 3 pertenecía al estrato tres. Los servicios públicos con que contaban los hogares eran energía eléctrica (100%), gas natural conectado a red pública (51,5%), acueducto y alcantarillado (96,6%), y servicio de recolección de basuras (99,9%).

Zona de riesgo. El 82,8% de las viviendas no contaba con zonas verdes o zonas de propiedad común; el 93,6% no se encontraba en zona de inundaciones; el 96,3% no tenía problemas de avalanchas, derrumbe o deslizamiento; el 96,4% no presentaba problemas de hundimiento de terreno y en el 93,8% no se presentaban fallas geológicas.

Tenencia de la vivienda. El 53,7% de las viviendas en este conglomerado eran propias y pagadas, y el 36,5% alquiladas. El 72,5% contaba con 4 o más cuartos. El 96,0% tenía servicio de inodoro conectado al alcantarillado; el 50,2% utilizaba el gas natural de red para cocinar y el 43,3% gas en cilindro. El 99,8% contaba con alumbrado eléctrico público y con servicio de recolección de basura.

Servicios del hogar. Este conglomerado sobresale por el alto porcentaje de viviendas que contaban con equipo de radio (70,0%). El 98,9% tenía televisor a color y el 95,3% nevera. El 26,7% de los hogares no tenía lavadora; el 32,3% no tenía DVD; el 55,5% tenía computador y el 68,1% no tenía el servicio de Internet; no obstante, el 76,3% tenía televisor con cable. En el 65,5% no había carro y en el 72,6% no había moto.

El 48,9% de los hogares no fue encuestado por el SISBEN; el 44,6% sí lo fue, y el 6,5% de ellos no sabía si se les había realizado la encuesta. El 15,2% de los hogares en que se realizó la encuesta fue clasificado en el nivel 2.

Conglomerado 4

En el conglomerado 4 quedaron incluidos 10.155 hogares, 27,10% del total de los 37.467 hogares encuestados. La tercera parte de los encuestados era jefe de hogar, el 31,0% hijas, y la edad media fue de 5,1 años, con una desviación de 2,6. En este conglomerado también predominó el sexo femenino (51,0%) y el 18,1% de las personas se encontraba entre los 0 y 5 años de edad, igual que en los hogares del conglomerado 1. El estado civil del 40,6% de las personas incluidas fue el de soltero; el 56,4% tenía ingreso económico.

Estructura de la vivienda. El 79,8% de las viviendas de este conglomerado estaba situado en la cabecera municipal; el tipo de vivienda más común fue el de casa (82,8%), el material más utilizado en las paredes fue bloque, ladrillo, piedra y madera pulida (86,6%).

Servicios públicos. El 46,8% de los hogares del conglomerado 4 pertenecía al estrato dos. La totalidad de los hogares contaba con energía eléctrica. Solo el 0,4% contaba con suministro

de gas natural por medio de red pública. El 86,3% de los hogares contaba con acueducto, el 75,4% con alcantarillado y el 86,9% con servicio de recolección de las basuras.

Zona de riego. Al igual que los tres conglomerados anteriores, una buena parte de las viviendas (89,6%) no contaba con zonas verdes o zonas de propiedad común; el 84,1% no se encontraba en zona de inundaciones ni el 93,0% en zona de avalancha, derrumbe o deslizamiento; el 93,8% no presentaba problemas de hundimiento de terreno y el 91,8% no mostraba fallas geológicas.

Tenencia de la vivienda. Al igual que en los conglomerados 1, 2 y 3, en éste el 56,0% hogares habitaban en una vivienda propia pagada, y un apreciable número de viviendas contaba con 4 o más cuartos (53,5%). El 73,4% de ellas tenía servicio de inodoro conectado al alcantarillado y, a diferencia de los tres conglomerados anteriores, el 84,0% utilizaba gas en cilindro para cocinar; el tipo de alumbrado en casi todas (99,9%) era eléctrico y el 85,9% tenía el servicio de recolección de las basuras.

Servicios del hogar. En el 62,8% de las viviendas existía el radio y el 95,5% tenía televisión a color, el 86,1% poseía nevera y el 52,1% equipo de sonido.

CONCLUSIONES

De los hallazgos se destacan los siguientes aspectos:

- Según los resultados de la ENS-2007, el 77,6% de la población encuestada residía en área urbana, la demás en centros poblados y rural disperso. En Bogotá se encontró el 100% de su población asentada en la zona urbana y en el Valle del Cauca el 87,6%.
- La muestra de hogares colombianos seleccionados en la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2007, registró una población de 164.474 personas, con predominio del sexo femenino (52,1%) sobre el masculino (47,9%). Los departamentos con mayor peso porcentual de mujeres fueron Quindío y Putumayo; mientras Córdoba registró predominio de hombres. La población de estos hogares se concentró en edades menores, y la edad media para el país fue de 29,2 años (de 20,9 años).
- La jefatura del hogar es predominantemente masculina. Se observó que departamentos como Córdoba y Vichada presentan el 72% de los hombres como jefes de hogar; el Departamento que menor porcentaje de jefe de hogar del sexo masculino presentó es Arauca con el 58,2%.
- El nivel educativo en las personas encuestadas es bajo: el nivel más alto alcanzado por la mayoría de los encuestados es la primaria. En cuanto al estado civil el mayor porcentaje corresponde a soltero(a) y el menor porcentaje a separados (as) o viudos (as).
- La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud tuvo un comportamiento porcentual, que indica que el 42,1% de la personas se encontraban afiliadas al régimen subsidiado y un 30,3% al régimen contributivo. Se evidenció que un 19,1% de la población encuestada registra no tener ninguna afiliación. A nivel departamental se observó una menor afiliación en los departamentos de Chocó, Nariño y Arauca. La ciudad de Bogotá fue la que presentó una mayor cobertura, con 45,8%.
- El promedio de personas miembros del hogar en Colombia, para el año 2007, fue de 4,01%; el departamento de San Andrés registró el menor promedio, con 3,4% personas por hogar, y el mayor promedio se presentó en Magdalena con 4,81% personas por hogar.
- En el total de viviendas encuestadas se observó que el 80,3% de las casas y el 94,9% de los apartamentos tienen, como material predominante en las paredes, bloque, ladrillo, piedra y madera pulida. El 87,3% reporta tener servicio de acueducto; Guaviare es el departamento que se encuentra con la menor cobertura de este servicio.
- El estrato socioeconómico que más se presentó en los hogares colombianos encuestados en la ENS-2007 es el dos (2), seguido por el estrato uno (1). Los departamentos que pre-

sentan mayor cifra de pertenecer al estrato bajo-bajo son Córdoba y Vaupés, con 69,8% y 65,5% respectivamente. En el estrato socioeconómico dos (2) los departamentos de Boyacá, con 70,5%, y Guainía, con un 65,0%, son los que presentan mayores cifras. Con estratos altos se encuentran Bogotá y Risaralda.

- De los tipos de viviendas encuestadas, el 81,5% fueron casas y el 15,8% apartamentos. El departamento de San Andrés fue el que menos viviendas tipo casa reportó, seguido de Guaviare y la ciudad de Bogotá. Ésta fue la que mayor número de viviendas tipo apartamento presentó, seguida del departamento de Antioquia.
- Los hogares colombianos disponen de 3,3 cuartos o piezas para su residencia. El 74,0% de ellos prepara los alimentos –con el servicio de agua del acueducto público– por separado de las habitaciones para dormir.
- Del total de viviendas encuestadas se observó que el 80,3% de las casas y el 94,9% de los apartamentos tiene como material predominante de las paredes bloque, ladrillo, piedra y madera pulida. En cuanto al material predominante de los pisos de las viviendas, se observó que eran el cemento y/o gravilla, baldosa, vinilo, tableta, ladrillo y madera pulida.
- Respecto a la distribución de los servicios públicos en cada departamento, el 96,6% de las viviendas tiene servicio de energía eléctrica. Los departamentos con menor cobertura son Chocó (89,3%), Caquetá (88,7%) y La Guajira (85,9%).
- La tenencia de la vivienda en el país mostró que la propia pagada es un 55,4%. Sin embargo, departamentos como Bolívar y Cauca están por encima de este valor, y Córdoba registró solo un 16,1%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DANE. Metodología de la Encuesta Nacional de Hogares". [Sitio disponible en]: <http://suamox03.dane.gov.co:7778/imgcurso/mettran/indice.html> Consultado diciembre 11 de 2010.

_____. "Vivienda, hogares y personas". [Sitio disponible en]: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=23&id=88&Itemid=276 Consultado diciembre 11 de 2010.

Ministerio de la protección social (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales*. Primera edición. Bogotá, 2009. ISBN 978-958-716-187-8. Capítulo I: Métodos y procedimientos, Capítulo II: Condiciones básicas. pp.47-76.

OPS (2010): Organización Panamericana de la salud. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Perfil del sistema de servicios de salud en Colombia*. Washington D.C. [Sitio disponible en]: http://www.google.com.co/search?hl=es&q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+salud.+Perfil+del+sistema+de+servicios+de+salud+en+Colombia.+&btnG=Buscar&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai. Consultado septiembre 05 de 2010.

CAPÍTULO 4:

**CARACTERÍSTICAS
DE LAS VIVIENDAS
Y DE LOS SERVICIOS
PÚBLICOS
DOMICILIARIOS**

INTRODUCCIÓN

Para el análisis de la situación de salud del país es necesario tener en cuenta tanto las características demográficas de la población como sus condiciones socioeconómicas. Ambos componentes, en efecto, permiten entender, de manera integral, lo que sucede con el proceso de salud-enfermedad. El capítulo primero de este tomo exploró los cambios demográficos acaecidos durante el último siglo en Colombia y su impacto sobre el modo de vida de la población; este capítulo está dedicado, entonces, a la descripción de las condiciones socioeconómicas en un aspecto particular: la caracterización de la vivienda, los hogares y su entorno en relación con su conformación, las situaciones de riesgo en que se encuentran y el acceso a los Servicios Públicos Domiciliarios (SPD).

Analizar las condiciones de la vivienda y de su entorno, la cobertura, acceso y calidad de SPD reviste especial importancia en Colombia, pues en los últimos años el país ha venido implementando políticas y estrategias tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida, especialmente de las comunidades más pobres y vulnerables, en las que la vivienda es uno de los componentes esenciales.

Con este análisis se busca aportar elementos que permitan a los diferentes órganos de gobierno –en el ámbito nacional, departamental y municipal– avanzar en el desarrollo de políticas públicas de vivienda y entornos saludables, con SPD; políticas que deben ir encaminadas a disminuir la inequidad entre regiones y entre lo urbano y lo rural; a impactar sobre la morbimortalidad de origen hídrico que afecta la población –especialmente infantil– y a alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio, entre otros compromisos.

El presente capítulo se basa, para el análisis y sus conclusiones, en los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Salud 2007.

MARCO DE REFERENCIA

Cuando se pretende incidir en las condiciones de salud de la población es necesario abordar los Determinantes Sociales de la Salud, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) son “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos, la posición social, la educación, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios, la vivienda y sus entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud” (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2006:23).

La OMS considera que los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento” (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2006:26).

Ahora bien, acorde con la OMS-OPS (2006:12), “espacios saludables alude a la sucesión de los ambientes habituales o escenarios que el hombre enfrenta o con los cuales convive en el curso cíclico de su vida: la vivienda, la escuela, el trabajo, la ciudad, el municipio. Si estos ambientes carecen o presentan factores de riesgo controlados y prevenibles de una parte y de otra incluyen agentes promotores de la salud y el bienestar, entonces las interacciones medioambientales del hombre resultarán favorables al desarrollo de su salud y bienestar, concebidas como entes dinámicos, facilitando de otra parte el despliegue de las capacidades y potencialidades creativas de la especie. De este modo se operacionaliza el concepto de promoción de salud y en este sentido vivienda saludable es una expresión y una contextualización del término de espacio saludable”.

Así pues, la vivienda es uno de los aspectos más estrechamente ligados a la situación de salud de las personas y las comunidades. Para el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) una vivienda “es un lugar estructuralmente separado e independiente, ocupado o destinado a ser ocupado por una familia o grupo de personas que viven juntos, o por una persona que vive sola. La unidad de vivienda puede ser una casa, apartamento, cuarto, grupo de cuartos, choza, cueva, o cualquier refugio ocupado o disponible para ser utilizado como lugar de alojamiento y se caracteriza por: –Estar separado de otras viviendas, por paredes del piso al techo y cubiertas por un techo; –Tener acceso a la calle, por un pasaje o escalera sin pasar por áreas de uso exclusivo de otras viviendas; –Tener uso exclusivo sobre: sala comedor, lavadero, patio de ropas, cocina y baño”.

Desde hace algunos años, en Colombia se viene implementando “la Estrategia de Vivienda Saludable [que] tiene antecedentes importantes en desarrollo de la Atención Primaria en Salud, con lo cual se llevaron a cabo acciones básicas para el mejoramiento de las viviendas y el entorno, tales como la instalación de tasas sanitarias, traslado de cocinas de las áreas de dormitorio a áreas exteriores, eliminación de excretas, residuos sólidos y líquidos, fumigación de viviendas y entornos, manejo de basuras y manejo del agua. Luego estas acciones fueron incorporadas a las actividades de saneamiento básico desarrolladas a través del Plan de Atención Básica - PAB, las cuales se han venido fortaleciendo cada año. En este contexto también se inscribe el Programa de Erradicación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV que se desarrolla como Programa Nacional” (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2006:66).

Para la OMS-OPS (2006:12), el concepto de vivienda saludable “está relacionado con el territorio geográfico y social donde la vivienda se asienta, los materiales usados para su edificación, la seguridad y calidad de los elementos conformados, el proceso constructivo, la composición de su espacio. La calidad de sus acabados, el contexto periférico global (comunicaciones, energía, vecindario) y la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables. La importancia de este concepto de ambientes y entornos saludables radica en que incorpora saneamiento básico, espacios físicos limpios y estructuralmente adecuados”. A todo lo anterior puede agregarse que la vivienda da protección y seguridad frente al frío, el calor, el viento, el polvo, la lluvia, la excesiva luminosidad, el ruido y los malos olores.

Sin embargo, en numerosas ocasiones las viviendas no cumplen con estas condiciones. Como afirma Solezzi (2001:21), “las viviendas populares urbanas son, casi por norma, estrechas al ofrecer espacios a los usos que demanda una familia. Las condiciones de vida resultantes son consecuentemente insatisfactorias en su calidad para las personas que las habitan, máxime cuando al interior de muchas de las viviendas latinoamericanas se desarrollan actividades económicas de supervivencia, lo que implica mayores retos a la hora de pensar en la vivienda para las comunidades más pobres y vulnerables del continente. Los espacios al interior de la vivienda en general son tres: el de reunión, el de preparación de los alimentos y el de dormir”.

Relación vivienda, salud y ambiente

La forma de enfermar y morir de las personas está relacionada con las condiciones de vida en las que se desenvuelven las comunidades a las que pertenecen. Es indudable, entonces, que unas buenas condiciones psicológicas, físicas, ambientales y socioeconómicas fortalecen la salud y ayudan al desarrollo humano integral. Si se da al concepto de salud y a la vivencia de salud un campo más amplio que el de la mera ausencia de enfermedad corporal o dolor físico, la vivienda y el entorno en que viven las personas se transforman en factores de riesgo o factores protectores a tener en cuenta en el desarrollo de la vida cotidiana de las comunidades.

Quienes cuentan con una vivienda digna tienen un punto a favor para preservar su salud y sentirse motivados a adelantar procesos de aprendizaje y de desarrollo humano integral que aporten al beneficio individual y colectivo. Una vivienda digna es aquella en la que sus espacios son funcionales y cumplen con los requerimientos mínimos de área y distribución para el cual fueron diseñados, permitiendo así albergar un número determinado de personas de acuerdo al espacio disponible. Y no solo los espacios interiores deben ser adecuados, es necesario también tener en cuenta el entorno en el que la vivienda se encuentra ubicada, dado que las condiciones externas influyen directa e indirectamente en la salud de las personas. Vivir, por ejemplo, en una zona de destinación industrial es un factor de riesgo, que choca directamente con las pretensiones de una vivienda saludable; también transformar en vivienda un espacio que ha sido diseñado para un taller, un almacén o un restaurante: en este caso, las características físicas de distribución espacial y servicios están en contravía con las que debe tener una vivienda, y factores tan significativos como la privacidad e intimidad se ven directamente amenazados.

Otra consideración importante se refiere a las condiciones socioeconómicas de las familias, las cuales en muchos casos no cuentan con los recursos necesarios ni suficientes para acceder a una vivienda digna y se ven abocadas a instalar sus hogares en zonas de alto riesgo, con materiales de construcción que poco o nada tienen que ver con los de una vivienda saludable, y sin acceso –por razones económicas, políticas o geográficas– a los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico.

Las anteriores son algunas de las razones por las cuales en los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables se advierte que “la vivienda influye favorablemente en la preservación de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje, cuando sus espacios funcionales reúnen las condiciones apropiadas de facilitación para los que fueron diseñados y cuando la conducta humana los utiliza adecuadamente. Por tanto, la vivienda se constituye en objeto de interés particular en el campo de la promoción de la salud” (Ministerio de la Protección Social *et al* 2006:68).

METODOLOGÍA

La Encuesta Nacional de Salud 2007 es un estudio de corte transversal que incluye, entre otros temas, las características de la vivienda de los colombianos y algunos componentes de su entorno, esto es, variables físicas como espacios y materiales de construcción de las viviendas, servicios públicos domiciliarios, situación geográfica, características del barrio, equipamiento urbano, entre otras; todos componentes esenciales del análisis de la situación de salud del país.

El universo de la Encuesta estuvo constituido por 11 millones de hogares, y la muestra seleccionada de forma probabilística estuvo conformada por 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país. (La descripción ampliada se encuentra en el (Anexo, Cuadro 4.1), del informe final de la ENS-2007, Ministerio de la Protección Social, 2009).

Las distintas muestras seleccionadas en la ENS-2007 son probabilísticas, de conglomerados, estratificadas y polietápicas y son representativas a nivel departamental, regional y nacional. (Para mayor ampliación de la metodología, ver el Anexo de este capítulo.)

RESULTADOS

Características de la vivienda y su entorno

Las condiciones de la vivienda y el entorno juegan un papel importante en la manera como las poblaciones presentan y desarrollan el proceso salud-enfermedad, razón por la cual resulta valioso realizar su descripción detallada de acuerdo a los datos obtenidos por la ENS-2007 en cada uno de los departamentos.

Características de la vivienda

El 74,6% de los hogares colombianos tiene como lugar de habitación primordial la casa. En las regiones de la Amazonía, la Orinoquía y la Costa Atlántica el 90% de hogares vive en casa. Los departamentos con mayor porcentaje de hogares que viven en casa son Vaupés, Vichada, Caquetá y Norte de Santander, con el 98%, 96%, 94,7% y 94,5% respectivamente. Los departamentos de Caldas, Antioquia y la ciudad de Bogotá tienen porcentajes por debajo del 70%, siendo Bogotá el que menor porcentaje de hogares tiene como tipo de vivienda la casa.

Tipos de vivienda

En las últimas décadas, el país ha visto como la industria de la construcción ha impulsado la vivienda en altura –vivienda tipo apartamento–, debido, entre otras razones, al aumento del valor de la tierra que obliga a optimizar el costo beneficio; proceso notable de urbanización manifiesto, particularmente, en las llamadas ciudades capitales e intermedias.

Los resultados de la ENS-2007 sobre las viviendas tipo casa y apartamento muestran que, en aquellos departamentos en los que es menor el porcentaje de hogares que habitan en casa, es mayor el porcentaje de aquellos que habitan en apartamentos. La ciudad de Bogotá y el departamento de Antioquia tienen el mayor número de hogares que habitan en apartamentos, con un 42% y 36% respectivamente, y muy por encima del promedio nacional, que es de 22,6%. Les sigue Caldas, con un 32,3% de hogares que habitan en apartamentos.

Otro tipo de vivienda utilizada por los hogares colombianos –aunque en menor proporción– es el inquilinato. Putumayo presenta el mayor porcentaje de hogares que viven en este tipo de vivienda (7,6%), seguido de la ciudad de Bogotá (3,5%), Guaviare (3,4%) y Arauca (2,8%). En estos departamentos, pertenecientes a las regiones de la Amazonía y la Orinoquía, la población ha sido víctima del desplazamiento forzado por fenómenos de violencia y de cultivos ilícitos. Los departamentos con menor número de hogares que viven en inquilinato son Chocó con el 0,0% –es inquietante que a pesar de sus condiciones económicas, políticas y geográficas, este departa-

mento no reporte este tipo de vivienda—, seguido de Vaupés, Norte de Santander y Caldas, cada uno con 0,1%, todos muy por debajo del promedio nacional, que es 1,3% (Anexo, Cuadro 4.2).

El número promedio nacional de habitaciones por hogar, incluyendo la sala y el comedor, es cuatro (Anexo, Gráfico 4.1), de las cuales se utilizan para dormir, en promedio, entre 1,8 y 2,3 cuartos por hogar (Anexo, Gráfico 4.2).

Material predominante en las paredes exteriores y pisos

Los materiales con que se construyen las viviendas influyen también en las condiciones de vida de sus habitantes.

El material predominante en las paredes exteriores es bloque, ladrillo, piedra y madera pulida. La ciudad de Bogotá y Casanare presentan el mayor porcentaje, con un 99,4%. Este departamento, considerado con un menor crecimiento y desarrollo urbano está, sin embargo, por encima de Antioquia y Valle del Cauca, con 83,2 y 89,6% respectivamente. El departamento con menor porcentaje es Vaupés, con un 29,7%. Los departamentos de Cauca, con 57%, Chocó, con 62,4%, y Amazonas, con 63,9%, muestran porcentajes muy por debajo del promedio nacional, que es de 85,6%.

Además de los anteriores, en las viviendas colombianas se usan, para las paredes exteriores, la tapia pisada y el adobe. Los departamentos que más usan este tipo de material son Boyacá y Santander, con un 18,8 y 10,5% respectivamente. El bahareque revocado se utiliza en los departamentos de Huila, Caldas y Tolima, con porcentajes de 18,9%, 17,3% y 12,3% respectivamente, y el bahareque sin revocar en La Guajira, 23,5%, y Córdoba, 12,5%. Los departamentos que más utilizan la madera burda, tabla y tablón en las paredes exteriores son el Vaupés (69,3%), Amazonas (35,3%), Chocó (35,3%), Cauca (29,4), Caquetá (27,8%) y Guaviare (26,8%). Cabe resaltar que estos datos permiten configurar las condiciones de la vivienda colombiana y su precariedad en los departamentos más pobres del país (Anexo, Cuadro 4.3).

En cuanto al material predominante en los pisos, en la ciudad de Bogotá, Norte de Santander y Caldas, en su orden, utilizan más materiales como mármol, parqué o madera pulida y lacada; los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía y Vichada presentaron valores de 0% en este tipo de material. Bogotá, Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia superan el porcentaje de utilización de baldosa a nivel nacional, mientras que departamentos como Córdoba, Guaviare, Vaupés y Guainía se encuentran muy por debajo del promedio nacional. La utilización en los pisos de madera burda, tabla, tablón u otro material vegetal se da principalmente en los departamentos de Cauca, Chocó, Vaupés, Caldas y Amazonas, con 28,9%, 28,4%, 28,3%, 24,6% y 18,7% respectivamente. Los departamentos que menos utilizan este tipo de materiales son La Guajira, Cesar, Vichada y Córdoba, con porcentajes de 0,01% los dos primeros, y 0,02% los dos restantes. En cuanto a la utilización del cemento y la gravilla, se observa que estos materiales predominan en

todo el territorio nacional, con una proporción de 34,7%. Los departamentos por encima de este promedio son Guainía con 86,3%, Guaviare con 75%, Cesar con 71,1%, y Arauca con 68,8%; y por debajo, la ciudad de Bogotá con 14,1%, y el departamento del Quindío con 17,9%. En cuatro departamentos de la costa Atlántica –La Guajira, Córdoba, Sucre y Magdalena– se encontraron pisos en tierra y arena, en proporciones que oscilan entre el 22% y 32%; por el contrario, la ciudad de Bogotá, Quindío, Risaralda y Casanare son los lugares del país donde menos se utiliza este tipo de material (Anexo, Cuadro 4.4). Finalmente, se encontró que la existencia de alfombras o tapete de pared a pared tiene un bajo predominio en Bogotá, Caldas y Risaralda, con 3,7%, 1,6% y 1,0% respectivamente.

Ubicación geográfica de las viviendas

De las viviendas encuestadas en Bogotá y en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, el 100% de ellas se encuentran situadas en las cabeceras municipales. El porcentaje de viviendas con esta ubicación en los departamentos de Atlántico, Quindío, Valle del Cauca, Norte de Santander, Risaralda y Caldas es de 92,2%, 79,0%, 78,6%, 76,3%, 69,7% y 65,0% respectivamente, valores que están por encima del promedio nacional, que es 64,5%. Los 17 departamentos restantes tuvieron valores por debajo del promedio nacional. Entre éstos últimos sobresale San Andrés, con el 61,5% de las viviendas situadas en la cabecera municipal, el 38,5% restante en centros poblados, y ninguna en zonas rurales.

Los departamentos que registraron los más altos porcentajes de viviendas ubicadas en centros poblados fueron: Córdoba (49,7%), Magdalena (43,7%), Chocó (39,6%), San Andrés (38,5%), Meta (38,5%) y Sucre (36,5%). En los departamentos de Boyacá, La Guajira, Atlántico y Cundinamarca se reportó el más bajo porcentaje de viviendas ubicadas en centros poblados, con valores de 3,8%, 4,7%, 5,8% y 14,3% respectivamente, muy por debajo del promedio nacional que es de 20,2%. El resto de los departamentos reportaron porcentajes que van desde 15,8% hasta 34,1%.

Con respecto a las viviendas situadas en zona rural dispersa, se encontró que los departamentos que reportaron 0% son aquéllos donde se encuestaron el 100% de las viviendas ubicadas en las cabeceras municipales, además de San Andrés que, como ya se dijo, no reportó viviendas en este segmento. Entre los departamentos que registraron porcentajes por encima del promedio nacional (15,3%) se encuentran: Cesar y Córdoba con 17,3% cada uno; Santander con 19,6%; Huila con 25,8%; Antioquia con 26,5%; Tolima con 27,5%; Chocó con 27,1%; Nariño con 28,6%; La Guajira con 34,9%; Cauca con 36,4%; Cundinamarca con 41,1% y Boyacá con 61,1%.

Servicios públicos domiciliarios con que cuenta la vivienda

Los servicios públicos domiciliarios, según la Ley 142 de 1994, son: acueducto, alcantarillado, aseo, energía, gas y telefonía rural y básica conmutada.

En materia de acueducto, la ENS-2007 arroja como resultado que la ciudad de Bogotá y 15 de los 32 departamentos están por encima del promedio nacional, que es 91,1%. Los mayores valores los reportaron Casanare con el 99,9% y Bogotá y Arauca con 99,8% y 99,5% respectivamente; con porcentajes entre el 95% y el 99% se encuentran los departamentos de Huila, Tolima, Caldas, Atlántico, Valle del Cauca, Norte de Santander, Quindío y Risaralda. Aunque Antioquia es uno de los departamentos con mayores recursos hídricos, solamente alcanza el 91,7%. Los 17 departamentos restantes tienen rangos que oscilan entre el 52% y el 89%, entre éstos Cundinamarca, Boyacá, Putumayo, Caquetá, Magdalena y Guainía con 89,5%, 87,9%, 87,5%, 87,2%, 86,7% y 59,1% respectivamente. San Andrés, con 52,6%, ocupa el último puesto, por debajo de departamentos como Guaviare y Chocó que tienen 54% y 56,8% respectivamente (Anexo, Cuadro 4.5).

El servicio público de alcantarillado tiene una cobertura, en la ciudad de Bogotá y en 14 departamentos, por encima del promedio nacional, que es de 79%. Bogotá y Casanare reportan los mayores porcentajes, con 99,9% y 99,4% respectivamente. El departamento del Vichada, con solo 0,8%, San Andrés con 18,7%, Córdoba con 27,6% y Chocó 30,3% son los que presentan menor cobertura de este servicio. Magdalena, Bolívar, La Guajira y Boyacá muestran porcentajes de 48,2%, 51,1%, 52,8% y 54% respectivamente. Estos datos indican que solo las grandes capitales se sitúan por encima de los promedios nacionales, y que falta mucho trabajo por hacer para lograr la cobertura en saneamiento básico en todo el país (Anexo, Cuadro 4.5).

Aunque en el país predomina la conexión domiciliaria a los sistemas de acueducto y alcantarillado convencionales, en las regiones más apartadas existen todavía sistemas poco seguros y que representan riesgos sanitarios importantes (Anexo, Cuadros 4.5, 4.7, 4.8 y Anexo, Gráfico 4.3).

La energía eléctrica es el servicio público domiciliario con mayor cobertura en el país, con una oscilación entre el 75,7% y el 100%. El departamento de Norte de Santander es el de mayor cobertura, 100%, por encima inclusive de Antioquia –que, con el mayor número de represas, es uno de los departamentos que más energía eléctrica produce para el país– con 95,9%. Bolívar reportó un porcentaje igual al promedio nacional: 97,4%; y 11 departamentos están por debajo de dicho promedio, entre los cuales Cauca y La Guajira tienen las más bajas coberturas, con el 75,7% y el 75,8% respectivamente. Caquetá, Chocó y Vaupés muestran porcentajes de 88,8%, 91,2% y 95,8%, seguidos de Antioquia, Boyacá, Amazonas, Magdalena, Guainía y Cesar con porcentajes entre 96,2% y 97,2%. El resto de departamentos tienen cobertura de más de 97,4% (Anexo, Cuadro 4.5).

Para el servicio de gas natural conectado a la red pública se encontró que 11 departamentos presentan coberturas por debajo del 2%, entre los que se encuentran Amazonas y Putumayo con 1,4%; Nariño, Caquetá Cauca, Arauca, Guainía, Chocó, San Andrés Guaviare y Vaupés tienen porcentajes de 1% o menos. La cobertura para otros departamentos es: Atlántico con 93,3%, Casanare con 86,1%, Bolívar con 68,1%, Santander con 64,5%, y la ciudad de Bogotá con 82,1%. Porcentajes de cobertura de 52,5% o menos se encuentran en el Valle del Cauca, La Guajira, Meta, Sucre, Huila, Córdoba y Tolima (Anexo, Cuadro 4.5).

No se encontró reporte del servicio público de telefonía rural y básica conmutada.

Los hallazgos en recolección de basura muestran semejanzas con lo hallado en el sistema de acueducto: 15 de los 32 departamentos y la ciudad de Bogotá se encuentran con porcentajes de cobertura por encima del promedio nacional, que es de 81,4%. Casanare muestra un 100% de cobertura, seguido de Arauca y Bogotá con 99,9%; Putumayo, Guaviare, Amazonas y San Andrés tienen coberturas de 98%. Quindío tiene 95,7%, Norte de Santander Risaralda y Valle del Cauca 93% cada uno. Guainía, Atlántico, Antioquia Caldas y Meta tienen promedios que oscilan, en orden descendente, entre 89,5 y 83,9%. Los departamentos con menor cobertura son Córdoba con 47,5%, Chocó con 49,4%, Cauca con 48%, Boyacá con 53,9% y La Guajira con 55,1% (Anexo, Gráfico 4.4) En muchos hogares colombianos aún persisten prácticas contaminantes e indebidas para la eliminación de las basuras, lo que conlleva el fomento de enfermedades respiratorias y la propagación de plagas y roedores (Anexo, Cuadro 4.9).

Aunque el alumbrado público no se considera un servicio público domiciliario, la ENS 2007 evaluó su cobertura. La media nacional fue de solo 60%, y presentó grandes diferencias por departamentos (Anexo, Cuadro 4.6).

Espacios externos de los cuales dispone la vivienda

Los espacios exteriores que tuvo en cuenta la ENS-2007 –importantes para determinar las características higiénico-sanitarias de las viviendas– fueron: jardín o patio, lote o solar, garaje o sitio de parqueo, azotea o terraza y zonas verdes o zonas de propiedad común.

Se encontró que los departamentos de la costa Atlántica ostentan el porcentaje más alto de viviendas con patio o jardín: Córdoba tiene el 90,8%, seguido de La Guajira con 90,6%, Sucre con 90,2%, Cesar con 89,3%, Atlántico con 87,3% y Bolívar con 85,3%. Los departamentos del sur centro y oriente del país muestran porcentajes que van desde el 71% hasta el 81%, entre los que se encuentran, en orden descendente, Cauca, Vaupés, Casanare, Meta y Vichada con porcentajes que oscilan entre 81% y 78,7% –para este último–, seguidos de Huila, Magdalena, Boyacá, Risaralda, y Santander, con promedios entre 76,5% para el primero y 74,1% para el último. Los departamentos de Arauca, Quindío, Nariño, Tolima y Cundinamarca tienen coberturas entre los 73,8% –para el primero– y 72,4% –para el último–. El promedio nacional es de 68,8%. En Bogotá se observa el más bajo porcentaje, con 47,8%, le siguen San Andrés, Chocó y Amazonas, con porcentajes de 56,4%, 59,2% y 60,9% respectivamente. Los demás departamentos poseen porcentajes entre el 61,8% y el 68,3%, entre los que se encuentran, en orden ascendente, Norte de Santander, Antioquia, Guaviare, Caquetá, Putumayo, Valle del Cauca, Guainía y Caldas.

Con relación a los espacios de lote o solar de que disponen las viviendas, el panorama es desalentador: el promedio nacional se sitúa apenas en un 20%. 8 departamentos se encuentran por debajo de este promedio y Bogotá ocupa el último lugar, con solo el 5,1% de las viviendas que gozan de estos espacios. A esta ciudad le siguen Atlántico y Quindío, con el 6,7% y 9,3%

respectivamente; Risaralda con 4,9% y Caldas con 17%. Antioquia, Valle del Cauca y Putumayo se acercan al promedio nacional, al oscilar entre el 18% y el 19%. Entre los departamentos que superan el 20% se encuentran Vichada y Vaupés que, en su orden, poseen el mayor número de viviendas con lote o solar, con 65,7% y 64,6% respectivamente, seguidos de Norte de Santander y Guainía, con 53,3% y 43,1%. En los otros departamentos, entre el 20% y el 40% de las viviendas poseen este tipo de espacios.

Bogotá posee el mayor porcentaje del país en espacios para garaje o sitios de parqueo, con el 27,5%, seguido de Casanare, Boyacá y Tolima con 27,1%, 25,7% y 20% respectivamente. Los departamentos que menos poseen este tipo de espacios en sus viviendas son Chocó, Guainía, Vaupés, Sucre y Bolívar con porcentajes de 3,3%, 4,8%, 5%, 5,6% y 7,4% respectivamente. El resto de departamentos poseen porcentajes que oscilan entre el 8% y el 18%.

El departamento de Atlántico reporta el mayor porcentaje, 54%, de viviendas con azotea o terraza. Bogotá alcanza el 36%, seguido de Nariño y Bolívar con el 34%. Baja el porcentaje de viviendas que poseen este tipo de espacio hasta llegar a los departamentos de Magdalena, con 24,1%, y Boyacá, con 21,05%. Los otros departamentos están por debajo del promedio nacional, que es de 20,8%. Amazonas, Guaviare, Caquetá, Arauca, Vaupés y Vichada ocupan los últimos lugares, con porcentajes que descienden de 2,4% y 2,2% para los dos primeros, a 1,9%, 1,8% y 1,3% para los tres siguientes, y el 0,3% para Vichada que cierra la lista.

En zonas verdes o zonas de propiedad común, el promedio nacional arrojado es 12,8%. Quindío reporta este valor, y 12 departamentos están por encima de él: Tolima con 19,9%, Bolívar y Cundinamarca con 17,8%, Valle del Cauca con 16,5%; Santander, San Andrés y Atlántico muestran porcentajes entre 14,3% y 14,0%, mientras que Antioquia, Risaralda, Córdoba, Huila, Cesar y la ciudad de Bogotá reportan porcentajes entre 13,1% y 13,9%. Los 19 departamentos restantes alcanzaron porcentajes por debajo del promedio nacional. Dentro de este rango, Magdalena con 10,6%, Meta con 10,5%, Cauca con 9,5% y La Guajira con 9,5% tuvieron los más altos porcentajes; y los más bajos Guainía con 2,3%, Norte de Santander con 2,2%, Putumayo con 1,3% y Arauca con 1,2%.

Ubicación de la vivienda en zona de riesgo

En la ENS-2007 se indagó específicamente por las viviendas situadas en dos tipos de zonas de riesgo: aquéllas susceptibles de sufrir inundaciones y aquéllas susceptibles de sufrir avalanchas o derrumbes y deslizamientos. Se encontró un promedio nacional de 11,2% viviendas construidas en zonas de riesgo por inundaciones. 17 de los 32 departamentos se encuentran por encima de este valor, y la situación más crítica la presenta Chocó, con el 51,1%; le siguen los departamentos del Cauca, con 34,5%, y Bolívar, con 27,8%. El porcentaje desciende en los departamentos de Magdalena, Vaupés, La Guajira, Córdoba y Sucre hasta el 20,6%; Putumayo reporta el 18,9% y Caquetá el 18%. En los departamentos de Guaviare, Cesar, Vichada, Nariño, San Andrés Arauca y Valle del

Cauca se reduce el porcentaje hasta alcanzar el 12,1%. Por debajo del promedio nacional se encuentran Amazonas con 10,3%, Tolima, Meta y Santander con porcentajes entre 9,8% y 9,3%, Norte de Santander con 8,4%, Atlántico con 7,6%, Antioquia con 6,7%, Boyacá con 6,1%, Risaralda con 5%, Casanare con 4,4%, la ciudad de Bogotá y Cundinamarca con 3,9%, Guainía y Quindío con 2,8%. Caldas es el departamento más favorecido, con solo el 2,5% de las viviendas ubicadas en zonas de riesgo por inundaciones.

Con respecto a la construcción de viviendas en zona de riesgo por avalancha, derrumbe o deslizamiento, Chocó es el departamento más afectado, con el 20,2%, superando en casi el 75% el promedio nacional reportado, que es de 5,3%. Siguen, en orden descendente, los departamentos Huila, Cauca y Nariño, con promedios de 12,4%, 11,9% y 10% respectivamente. Porcentajes menores, entre 6,1% y 9,1%, se observan en los departamentos de Tolima, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Putumayo, Caquetá y Bolívar. Magdalena muestra un 5,5%, Risaralda un 5,4% y Valle del Cauca iguala el promedio nacional. Los departamentos de Quindío, Córdoba, Cundinamarca, y Caldas reportaron porcentajes entre 4,7% y 4,1%. Antioquia, Atlántico, la ciudad de Bogotá y Meta entre 3,6% y 2,7%; y los departamentos de Santander, Arauca, Guaviare, Amazonas, Sucre, Casanare y La Guajira muestran porcentajes entre 1,1% y 1,9%. Cierran la lista, con los menores porcentajes, 4 departamentos: Cesar, Vichada, Vaupés y Guainía, con 0,9%, 0,6%, 0,5% y 0,1% respectivamente.

La mayor parte de los municipios del país se encuentran en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia (Anexo, Gráficos 4.5 y 4.6) y a orillas de vertientes hídricas, lo que los hace vulnerables a los efectos generados por eventuales movimientos telúricos, inundaciones, avalanchas y derrumbes (Anexo, Gráfico 4.7). Los resultados también muestran los departamentos que tienen mayores riesgos por inundaciones, avalanchas y derrumbes, sin que a la fecha medien soluciones definitivas para disminuir la vulnerabilidad para estas poblaciones (Anexo, Gráficos 4.8 y 4.9).

Condiciones del entorno físico externo de la vivienda

Viviendas con basureros o zonas de depósito

En cuanto a las condiciones del ambiente físico exterior, los departamentos de San Andrés y Cauca, 47,4% y 46% respectivamente, presentan el más alto porcentaje de viviendas con basureros o zonas de depósito; les siguen los departamentos de Bolívar con 29,3%, Amazonas con 23,3%, y Guaviare con 20%. En contraste con los anteriores, los departamentos de Vichada, Meta y Nariño no reportaron condiciones de ambiente físico con existencia de basureros o zonas de depósito (0%), seguidos de los departamentos de Córdoba y Chocó con un 1,1%. Es importante resaltar que estos departamentos presentan porcentajes muy por debajo del porcentaje nacional, que es de 9%, y que 10 departamentos superan el promedio nacional.

Puestos ambulantes de venta de comidas cerca de la vivienda

Los departamentos de Quindío con 69,2%, Valle del Cauca con 57,8%, y Bolívar con 54,1% reportaron los más altos porcentajes de existencia de puestos ambulantes de venta de comidas alrededor de la vivienda; porcentajes muy superiores al promedio nacional, que es 27,9%. En contraste, Vaupés, Boyacá, Chocó y Arauca presentaron los más bajos porcentajes, con 6,4%, 6,5%, 8,3% y 9,4% respectivamente. Se encontró, también, que 12 departamentos están por encima del promedio nacional, de los cuales cinco pertenecen a la zona sur, siete a la zona norte incluida San Andrés, y el restante, Quindío, hace parte de la zona central del país.

Humedales, pantanos, lagunas o caños de aguas negras cerca a la vivienda

Bolívar, Vaupés y Chocó son los departamentos que presentan los más altos porcentajes de viviendas con humedales, pantanos, lagunas o caños de aguas negras en sus cercanías: 79,7%, 75,6% y 62,0% respectivamente. Estos porcentajes son muy superiores al promedio nacional, que es 29,7%. Casanare, La Guajira, Boyacá, y Quindío son los departamentos que presentan los más bajos porcentajes, con 4,1%, 7,0%, 10,4% y 10,5% respectivamente. En 15 departamentos se reportaron condiciones de ambiente físico relacionadas con la existencia de humedales, pantanos, lagunas o caños de aguas negras por encima del promedio nacional.

Presencia de fábricas o negocios que botan humo, polvos o partículas al aire y/o se detectan malos olores

Bogotá presenta el más alto porcentaje: 11,4% viviendas con fábricas o negocios a sus alrededores, las cuales botan humo, polvos o partículas al aire; Atlántico tiene un 11,2%; los departamentos de Amazonas, Valle del Cauca y Huila tienen porcentajes del 10%, para el primero, y de 8,0% para los otros dos. Todos porcentajes superiores al promedio nacional, equivalente al 4,4%. Chocó, La Guajira, Nariño y Vaupés no reportaron hogares con estas condiciones ambientales (0%), seguidos por los departamentos de Cauca, Meta, San Andrés, Casanare y Vichada, con un porcentajes de 0,6%, para los dos primeros, 1,3% para San Andrés, y 1,4% para los dos últimos; porcentajes muy por debajo del promedio nacional. De los 32 departamentos se encontró que 8 departamentos y la ciudad de Bogotá reportaron porcentajes por encima del promedio nacional y 24 por debajo de este promedio.

En cuanto a los malos olores, los departamentos de Cauca, Bolívar, Arauca y Vichada presentan los más altos porcentajes de hogares en cuyas viviendas se han detectado malos olores, con 64,8%, 56,8%, 53,1% y 50,0% respectivamente. Porcentaje muy superior al promedio nacional, que es de 19,5%. Los departamentos que reportaron menor porcentaje son, en orden de menor a mayor, Casanare con 0%, Meta con 1,1%, y Nariño con 4,9%. Bogotá reportó un valor igual al promedio nacional y 13 departamentos presentan porcentajes por encima de este promedio.

Características de las calles alrededor de la manzana en la que se encuentra ubicado el segmento

Quindío es el departamento que presenta el mayor porcentaje, 78,1%, de calles pavimentadas alrededor de la manzana en la que está situada la vivienda; le siguen Bogotá con el 74,9%, Caldas con 67,5%, Valle del Cauca con 63,8%, Casanare con 62,2%, y Norte de Santander con 60,7%. Los porcentajes más bajos se encuentran en los departamentos de Chocó, Vichada, Córdoba Huila y Cauca, con 7,2%, 10,8%, 11,1%, 14,9% y 16,1% respectivamente, muy por debajo del promedio nacional, que es de 44,5%.

Córdoba es el departamento que tiene el más alto porcentaje de calles sin pavimentar, 71,2%, seguido de Chocó con 56,5%, Magdalena con 47,6%, Vaupés con 47,4%, Guaviare con 46,7%, Bolívar con 40,6%, y Nariño con 40,1%. Dichos departamentos presentan un porcentaje muy superior al promedio nacional, que es 21,4%. Los porcentajes más bajos se reportaron, en su orden, en Casanare con 0%, Bogotá con 1,6%, Norte de Santander con 2,9%, Amazonas con 5%, y Quindío con 6,6 (Anexo, Cuadro 4.10).

Los senderos peatonales no pavimentados predominan en el departamento de Chocó, con 15,9%, seguido de Amazonas con 8,3%, Risaralda con 7,8%, Boyacá con 5,6%, Santander con 5,3%, Valle del Cauca con 4,3%, Cundinamarca con 2,9%, Bogotá con 2,3%, y Bolívar con 2,2%, porcentajes por encima del promedio nacional, que es de 1,9%. Nariño, Norte de Santander, Atlántico y Tolima están por debajo de este promedio, con 1,5%, 1,4%, 1% y 0,8% respectivamente.

Presencia de huecos profundos o alcantarillas sin tapa en las calles

Guaviare, Arauca, La Guajira, Atlántico, Amazonas y Casanare son los departamentos que presentan los más altos porcentajes de viviendas situadas en calles con huecos profundos o alcantarillas sin tapa, representando el 63,3%, 34,4%, 20,5%, 20,0%, 16,8%, 15% y 14,9% respectivamente. Los departamentos de Caldas, Magdalena, Huila, Bolívar, Norte de Santander, Cundinamarca, San Andrés y la ciudad de Bogotá tienen porcentajes que oscilan entre 12,6% y 9%. Risaralda, La Guajira, Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Cundinamarca tienen porcentajes que van de 5,2%, para el primero, hasta 1,9%, para el último, porcentajes por encima del promedio nacional, que es de 1,8%. Los demás departamentos obtuvieron entre 0% y 1,7% de calles con huecos profundos o alcantarillas sin tapas.

Meta, Vichada, Putumayo, Chocó, Vaupés, Córdoba, Valle del Cauca, Cesar, Tolima y Quindío presentan porcentajes mayores al 91% de calles –alrededor de la manzana en la que está ubicada la vivienda– sin huecos profundos o alcantarillas sin tapa; porcentajes superiores al promedio nacional, que es de 83,3%, similar al que muestra también San Andrés. 10 departamentos tienen porcentajes entre el 63% y el 81,7%; Arauca presenta 45,3% y Nariño 60%. Los restantes departamentos reportaron porcentajes por debajo del promedio nacional, siendo Guaviare el de más bajo porcentaje, con 6,7%.

Risaralda, Casanare y Antioquia son los departamentos que tienen los más altos porcentajes de cebras demarcadas para cruzar la calle en las esquinas de la manzana en la que está ubicada la vivienda, con 12,9%, 12,3% y 10,8% respectivamente; muy por encima del promedio nacional, que es de 2,9%. Los departamentos de Amazonas, Caquetá, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Meta, Nariño, Putumayo, Sucre, Tolima y Vaupés reportaron 0%; Quindío, Santander, Huila, Boyacá, Norte de Santander, Bolívar, Atlántico, Arauca y Bogotá oscilan entre 0,8% y 2,3%, por debajo del promedio nacional. En resumen, 23 departamentos y la ciudad de Bogotá reportaron no tener ninguna de las esquinas de la manzana en la que están ubicadas las viviendas demarcadas con cebras para cruzar la calle, destacándose Chocó, Córdoba, La Guajira y Vaupés, que alcanzaron el 100%.

Vías de circulación de carros a altas velocidades

San Andrés es el departamento que presenta el mayor porcentaje, 62,8%, en el que alguna de las calles alrededor de la manzana en la que está situada la vivienda es una vía en la que los carros pueden circular a altas velocidades. Le siguen Casanare, Cundinamarca y Bogotá, con 55,4%, 52,0% y 50,1% respectivamente, por encima del promedio nacional, que es 30,5%. Guainía reportó el menor porcentaje, 1,7%. Amazonas con 5,5%, Chocó con 8,6%, La Guajira con 10,7% y Arauca con 12,5% reportaron porcentajes muy inferiores al promedio nacional. Cabe señalar que 14 de los 32 departamentos y la ciudad de Bogotá tienen porcentajes por encima del promedio nacional.

Presencia de puentes para peatones

En los departamentos de Arauca, Boyacá, Casanare, Cesar, Córdoba, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño, Sucre, Vaupés y Vichada no existen puentes para peatones en alguna de las calles alrededor de la manzana en la que está ubicada la vivienda. Amazonas, Cundinamarca, Bogotá, Valle del Cauca, Santander Atlántico, Bolívar, Tolima, Norte de Santander, Antioquia, Risaralda y Quindío reportaron respuestas afirmativas a la existencia de tales puentes, con porcentajes que oscilan entre 5,5% y 2,2%, superiores al promedio nacional, que es de 2,0%.

Presencia de andenes o aceras para los peatones

Bogotá tiene el mayor porcentaje, 81,7%, de presencia de andenes o aceras para los peatones en las calles alrededor de la manzana en la que está ubicada la vivienda, seguida por los departamentos de Norte de Santander, Quindío y Putumayo, que presentan el 79,0%, 78,8% y 72,2% respectivamente. Aparecen luego Amazonas con 61,8%, Guainía con 57,6%, Guaviare con 46,7%, Nariño con 46,1%, Boyacá con 42,6%, Vichada con 41,9%, Huila con 41,3%, y Cauca con 41,1%; todos por encima del promedio nacional, que es 25,8%. Los menores porcentajes se observan en Vichada (6,8%), Chocó (6,9%), Cauca (14,3%), Magdalena (14,3%), Córdoba (15%) y Guainía (18,6%).

Los más bajos porcentajes de las calles alrededor de la manzana en la que está ubicada la vivienda sin andenes o aceras para los peatones, los tienen Norte de Santander y Bogotá, con 0,7% y 3,3%, respectivamente. Les siguen Arauca con 4,7%, Putumayo con 5,6%, Cundinamarca con 6,0%, y Casanare con 6,8%; porcentajes muy por debajo del promedio nacional, que es 22,3%. Los departamentos de Córdoba, Chocó, Magdalena, Cesar, Nariño y Sucre presentan porcentajes por encima del promedio nacional: 60,8%, 57,8%, 54,2%, 41,3%, 40,0% y 38,0% respectivamente.

Alumbrado público en funcionamiento

Quindío, con 97,1%, es el departamento que presenta el mayor porcentaje de respuestas positivas a la pregunta de si todas las calles, alrededor de la manzana en la que está ubicada la vivienda, tienen alumbrado público en funcionamiento. Le siguen Bogotá y Antioquia, que presentan el 91,6% y 90,3% respectivamente. Norte de Santander, Casanare, Boyacá, Risaralda y Cundinamarca tienen porcentajes mayores al 72%, muy superior al promedio nacional que es de 60,2%. Otros departamentos que también superan el promedio nacional son La Guajira, Arauca, Valle del Cauca, Santander, Caldas, Meta y Sucre. En contraste, Vichada con 14,9%, Vaupés con 16,7% y Caquetá con 17,1% presentan los menores porcentajes, y Cauca, San Andrés, Guaviare, Magdalena, Bolívar, Guainía, Cesar, Chocó, Amazonas, Putumayo, Huila, Nariño, Tolima, Atlántico y Córdoba presentan porcentajes por debajo del promedio nacional pero por encima del 20%. Entre éstos, Chocó es el departamento con mayor porcentaje (34,8%), seguido por Caquetá (21,9%), Nariño (18,5%), Vaupés (17,9%), Córdoba (17,6%), Huila (17,4%) y Putumayo (15,3%).

Presencia de algún parque o zona verde pública para recreación, cancha o polideportivo público

A la pregunta sobre la existencia de algún parque o zona verde pública para recreación, el departamento que más respuestas positivas obtuvo fue Nariño con 54,6%. Le siguen Quindío y la ciudad de Bogotá con 45,3%. El promedio nacional es 29,05% y por encima de este promedio se encuentran Vaupés, Caquetá, Huila, Bolívar, Valle del Cauca, Risaralda, Meta, Caldas, Casanare y Tolima. Los departamentos que reportaron porcentajes más bajos son Córdoba, Guainía, La Guajira, Chocó, Sucre, Magdalena, Guaviare, San Andrés, Amazonas, Arauca, Vichada, Atlántico, Cauca, Cesar, Boyacá, Putumayo, Antioquia, Norte de Santander, Santander y Cundinamarca (Anexo, Gráfico 4.10).

En solo 11 departamentos se respondió positivamente a la existencia de alguna cancha o polideportivo público en la zona aledaña a la vivienda. Vaupés (64,1%), Meta (55,6%), Caquetá (55,5%), Nariño (51,5%), Bolívar (44,2%), Norte de Santander (40,7%), Quindío (32,8%), Cundinamarca (32%), Bogotá (30,4%), Huila (28,9%) y Valle del Cauca (27,2%) se encuentran por encima del promedio nacional, que es 28,2%; los demás departamentos están por debajo de dicho promedio (Anexo, Gráfico 4.11).

Déficit de vivienda

En las grandes ciudades del país, el déficit de propietarios de vivienda es apreciable. En las zonas más apartadas, este déficit no es tan significativo en su número pero sí su porcentaje (ver Anexo, Cuadro 4.11).

ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO

Por su directa relación con la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de las comunidades, los Servicios Públicos Domiciliarios (SPD) son considerados esenciales. Sin embargo –y a pesar de los grandes esfuerzos realizados por el estado colombiano en los últimos 50 años y la enorme asignación de recursos–, 15 años después de expedida la norma que reglamenta la prestación eficiente de los servicios de agua potable y saneamiento básico –alcantarillado y aseo– (Ley 142 de 1994), todavía un gran porcentaje de la población no tiene acceso a ellos (Ministerio del Medio Ambiente *et al* 2005:16).

No solo la información que suministran los entes territoriales, las empresas prestadoras de servicios, las autoridades de salud y la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, sobre la calidad del agua apta para el consumo humano y el saneamiento básico, suele divergir de una instancia a otra y ser diferente de la percepción que tienen los usuarios, sino también, lo que es más grave, aún hoy entre las diez primeras causas de morbilidad se encuentran aquellas enfermedades relacionadas con las deficiencias de estos servicios.

De acuerdo con la ley, la calidad de la prestación de un servicio tiene que ver con la calidad intrínseca del producto. Para el servicio que aquí se trata la calidad tiene que ver con: 1. Características físico–químicas, microbiológicas y organolépticas del agua; 2. La cobertura, que tiene como meta la universalidad; 3. La continuidad del servicio, que debe ser sin interrupción o, al menos, con una frecuencia razonable; 4. La cantidad o suficiencia para cubrir las necesidades; 5. El costo, que se determina según la capacidad de pago de los usuarios. Se incluyen, además, la capacidad de gestión de la comunidad, la cultura del uso eficiente y la cultura del pago como condiciones indispensables para una óptima prestación de estos servicios.

En cuanto a la responsabilidad en la prestación de servicios, la ley establece que pueden ser prestadores empresas de economía mixta, privadas, industriales y comerciales del estado, la comunidad organizada –alternativa muy difundida para el sector rural pero no exclusiva allí– y, por excepción, el municipio, entre otras.

Por su parte, la Constitución y la normatividad dejan claro que es el ente territorial el directo responsable de la prestación eficiente de los servicios, para lo cual debe desarrollar varias tareas

indelegables: invitar a los potenciales prestadores, realizar la estratificación socioeconómica y la nomenclatura de predios y viviendas, otorgar subsidios, hacer las inversiones que demande el progreso local, promover la participación de los usuarios, asumir directamente la administración y operación de los sistemas cuando convenga o sea necesario. En el país, esta última tarea se convirtió en la regla, ante la ausencia de interesados en prestar servicios en localidades donde este ejercicio no permite el equilibrio financiero y mucho menos la rentabilidad.

Es importante mencionar que la asignación presupuestal, definida en la Ley 60 de 1993 para el sector de agua potable y saneamiento básico, se modificó y redujo con la ley 715 de 2001 y su reglamentación, que dio como soporte de la sostenibilidad y/o la rentabilidad de los SPD el pago de las tarifas. Sin embargo, la realidad económica de muchas poblaciones y entes territoriales va contra esta aspiración, dado que muchos municipios no tienen las condiciones requeridas para dar cumplimiento a los preceptos legales y constitucionales.

En efecto, es frecuente encontrar en el territorio nacional numerosas poblaciones en las que las condiciones físicas, administrativas, sociales, económicas e, incluso, políticas se constituyen en un obstáculo a la salud pública, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes. Aun en varias de las grandes ciudades las metas de cobertura se han estancado o retrocedido, bien sea por causa del aumento de los asentamientos subnormales o por la desconexión derivada de la falta de pago (sobre todo en los estratos más pobres). Y, con algunas excepciones, en las zonas rurales las circunstancias pueden ser peores. Esta situación constituye un reto para el estado colombiano, ya que cada día cobra más fuerza en el mundo el tema de un mínimo vital y el freno a la privatización del agua, en una perspectiva ideológica más cercana al enfoque de derechos –enfoque que demanda una política pública saludable efectiva–. Por otra parte, el tema de la equidad aparece con insistencia en casi todos los planes, programas, proyectos y agendas de desarrollo de todos los entes gubernamentales.

Como parte de la respuesta a estas exigencias, las autoridades del sector vienen desplegando esfuerzos articulados alrededor de un Plan Nacional del Agua que cada departamento debe coordinar en su territorio. Este Plan contempla que, con base en un diagnóstico de las necesidades, cada departamento definirá en qué priorizar la inversión, y promoverá la sinergia de esfuerzos y contribuciones para lograr en el mediano y largo plazo la efectividad ligada a servicios de alta calidad. En este punto, el sector sanitario tiene mucho que decir, y para ello debe superar el rol limitado que hoy tiene en las localidades con respecto al tema del agua potable y el saneamiento básico, y asumir una participación más activa en la planificación, toma de decisiones y control de la gestión de servicios de calidad que realmente impacten la calidad de vida y la salud pública de los colombianos.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) incluye varios aspectos relacionados con la cobertura, acceso y calidad de los SPD de agua potable y saneamiento básico. Por su directa relación con la salud pública y el desarrollo del territorio, se considera como una prioridad sanitaria y ambiental el agua potable y el manejo de residuos líquidos y sólidos.

A continuación se describen los resultados del análisis de las condiciones de acceso y calidad de los SPD de agua potable y saneamiento básico en Colombia, según la ENS-2007 y de acuerdo con lo establecido por la Constitución Política de Colombia (1991) y por la legislación respectiva (Ley 142 de 1994, Decreto 658 del 25 de octubre de 1994, Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001; Ley 732 de enero 25 de 2002; Resolución 2115 de 2007 del Ministerio de la Protección Social).

Servicio Público Domiciliario de Acueducto

En los resultados de la ENS se lee que cerca del 90% de los hogares hace uso del servicio de acueducto –sea éste público, comunal o veredal– como fuente de abastecimiento de agua para la preparación de los alimentos; un 2,9% toma el agua de fuentes naturales como ríos y manantiales, y 2,7% la toma de aguas lluvias que incluyen reservorio (Anexo, Cuadro 4.12).

El concepto de agua apta para el consumo humano implica que sea segura y potable, esto es, que esté libre de microorganismos patógenos y de sustancias que puedan representar riesgo para la salud humana. En el contexto normativo colombiano, para recibir el calificativo de potable el agua debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 2115 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, en la que se señalan las características, los instrumentos básicos y las frecuencias del sistema de control y vigilancia que garantizan la calidad del agua para consumo humano en todo el territorio nacional.

Las condiciones “potable y segura” deben estar respaldadas por pruebas de laboratorio que avalen dicho estado de forma permanente. Un abastecimiento deja de ser seguro cuando presenta variaciones de la calidad por diferentes causas. La sola presencia de un acueducto no es garante de la inocuidad del agua que consume la población, como tampoco lo es la existencia de una planta de tratamiento, ambos deben estar sometidos permanentemente a la vigilancia microbiológica y química.

Según los resultados de la ENS-2007, el 89,7% de los municipios realiza el control y la vigilancia de la calidad del agua; el 3,1% no la realiza y el 7,2% no se sabe si la realiza (Anexo, Cuadro 4.13).

En 175 municipios las pruebas de calidad del agua mostraron que ésta no es apta para el consumo humano. Entre éstos, 29,1% reportaron haber realizado al menos una muestra; el 24,6% de 6 a 21 pruebas y el mismo porcentaje para 22 o más muestras; los municipios de mayor desarrollo, es decir en categoría 7, obtuvieron el más alto porcentaje (Anexo, Cuadro 4.14).

Sobre la existencia de ducha o regadera en las viviendas, en promedio el 80% de los encuestados respondió afirmativamente. Al analizar según el área se observa que: en las cabeceras municipales, el 87,8% de las viviendas cuenta con este servicio; en centros poblados el 55,5%; y en el área rural dispersa el 48,5% (Anexo, Cuadro 4.15).

Servicio Público Domiciliario de Alcantarillado

El 77,3% de los hogares cuenta con un sanitario de uso exclusivo del hogar, 17,4% con dos, y 5,6% con 3, 4 y 5 sanitarios. En el 11,4% de los casos, los sanitarios son compartidos con otros hogares que habitan en la vivienda. En relación con su ubicación, el 81,1% se encuentran dentro de la vivienda, el 18,4% dentro del lote pero fuera de la vivienda, y 0,5% están por fuera del lote y la vivienda.

En cuanto a cobertura de alcantarillado, el 91,5% de los municipios dispone de este servicio, observándose mayor cobertura en los municipios en categoría 1, 2, 3 y 7 (Anexo, Cuadro 4.16). En las cabeceras municipales, el 93,3% de las viviendas tiene alcantarillado, en los centros poblados el 49,5%, y en las zonas rurales de asentamiento disperso el 9,9% (Anexo, Cuadro 4.17). Solo el 6,4% de la población tiene el inodoro conectado al alcantarillado, un 47,8% a pozo séptico, un 7,7% no tienen conexión y un 28,1% de los encuestados dicen no tener inodoro.

Servicio Público Domiciliario de Aseo

De los 224 municipios encuestados, el 95,1% afirma tener en la cabecera municipal un servicio formal de recolección de basuras, el 4,5% dice no tenerlo y el 0,4% afirma no saber de la existencia de este servicio (Anexo, Cuadro 4.18).

El 80% de los hogares recurre a los servicios de aseo y de recolección; el 10,7% quema la basura, y el 4,2% la tira en el patio, en un lote, en una zanja o baldío.

En cuanto a los residuos sólidos, el 81,4% de las viviendas dispone de este servicio. En las cabeceras municipales la cobertura es de 96,7%, desciende al 47,6% en los centros poblados y alcanza solo un 9,5% en el sector rural (Anexo, Cuadro 4.19). En cuanto a la forma de eliminación de los residuos, se encontró el mayor porcentaje de recolección por los servicios de aseo en las cabeceras municipales, con 96,1%. Es importante destacar el alto porcentaje de viviendas encuestadas que dicen quemar la basura o botarla a los cursos de agua o en lotes baldíos con los problemas ambientales que tal práctica conlleva (contaminación del aire y del recurso hídrico) (Anexo, Cuadro 4.20).

Para el análisis de la equidad, la estratificación socioeconómica es una variable importante. La ENS-2007 indaga por esta estratificación a partir de la tarifa registrada para el servicio público de energía. El 90,5% de los hogares informó sobre este aspecto, y de ellos 36,9% pertenecen al estrato dos, 24,1% al estrato 3, y 22,1% al estrato 1. En menores proporciones se encuentran las viviendas pertenecientes al estrato 4 (4,2%), 5 (1,6%) y 6 (0,5%). El porcentaje de viviendas sin asignación de estrato fue del 1,2%.

Asociación entre la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y la calidad de los SPD de agua potable y saneamiento básico

El 87% de los municipios realizan la vigilancia epidemiológica de muertes por EDA, el 10,8% no la realiza, y el 2,4% no sabe si se ha realizado alguna vez dicha vigilancia. El 100% de los municipios

categoría 1, 2 y 7 (especial) realizan esta vigilancia. Donde menos se realiza, con un 83%, es en aquellos de categoría 6 (Anexo, Cuadro 4.21).

En relación con la existencia del protocolo para el estudio de los casos de muerte por EDA, el 91,5% de los municipios afirma su existencia, y el 8,5% afirma no tenerlo. El menor porcentaje de los que afirman tenerlo se encuentra en los municipios en categoría 5 (81,8%) y 1 (87,5%) (Anexo, Cuadro 4.22).

En el 2006 se identificaron 238 muertes por EDA, la mayoría en los municipios en categoría 4, 5 y 6. El menor número se registró en los municipios en categoría 7 (Anexo, Cuadro 4.23).

El informe final de la ENS-2007 muestra los siguientes resultados sobre la atención a los pacientes con EDA, tomados desde la perspectiva de los usuarios de la IPS incluida en dicho estudio (Ministerio de la Protección Social, 2007:210-211):

“En consulta externa, se administró suero al 16,7% de los niños con EDA. El 84,5% de los niños fue pesado, al 51,3% se le midió la estatura, al 37,5% se le realizó algún examen de laboratorio; al 42,2% de las madres de estos niños se le enseñó cómo preparar el suero oral, al 57,2% se le dio instrucciones sobre alimentación en general y al 63,6% sobre dieta líquida. El 51,1% de las madres recibió explicación sobre la causa de la enfermedad, el 46,5% sobre signos de alguna severidad en la enfermedad. El 47,2% recibió orientación sobre la manera adecuada de preparar los alimentos, al 80,2% de los niños(as) le fue formulado algún medicamento. El 98,5% de los medicados recibió explicación sobre la forma de aplicar el medicamento, lo cual fue comprendido por el 99,3% de las madres. El 80,6% recibió instrucciones sobre cómo obtener los medicamentos. De los medicamentos formulados en el 16,6% de los casos debe comprarlos todos la madre, en el 69,5% de los casos los recibió en su totalidad y en el 12,7% de los casos tiene que comprar una parte. El 62,7% de las madres refirió que piensa comprar todos los medicamentos, el 10,7% que compraría solo parte de ellos y el 50% que no los comprará. Por último al 59,0% se les solicitó un nuevo control. En el caso de la atención hospitalaria de niños con enfermedad diarreica aguda al 70,0% se le dio suero oral o parenteral. El 77,1% de las IPS privadas suministró suero oral a los niños y en las públicas el 64,7%. El 81% de los niños fue pesado con 10 puntos porcentuales de diferencia a favor de las IPS privadas. Al 40% de los niños se le midió la estatura con un 16% de mayor ejecución en IPS privadas. En el 51% de los casos se realizó examen de laboratorio con cinco puntos porcentuales de diferencia, a favor de las IPS públicas. Entre los pacientes de hospitalización y urgencias, en el 46,5% de los casos enseñó a las madres cómo preparar el suero casero, en el 74,0% de los casos se explicó cuáles líquidos utilizar, al 53,0% de los acudientes se les explicó la causa de la enfermedad y el 44,3% recibió alguna orientación sobre signos de alarma y severidad. El 46,1% de las madres recibió instrucciones sobre la correcta forma de elaborar los alimentos (ver tabla

137), al 85,2% le fue formulado algún medicamento, el 97,0% de las cuales recibió explicación sobre la forma de suministrar dicho medicamento. Esta explicación fue entendida por el 99,3% de las madres. En el 19,7% de los casos los padres tienen que comprar los medicamentos, al 53,4% de los casos se les da todos los medicamentos y el 21,9% recibió una parte. El 53,0% de los padres manifestó que comprará todos los medicamentos, el 25,1% comprará solo una parte y el 11,0% no los adquirirá. El 46,1% de los niños fue citado para un nuevo control". Percepción de calidad en la atención de personas con enfermedad diarreica aguda – EDA".

En la anterior descripción puede notarse cómo las acciones encaminadas a informar o educar sobre EDA –sus síntomas, causas, signos de alarma, entre otros–, se corresponden con porcentajes que oscilan alrededor del 46,6% y 51,1%. Los mayores porcentajes estuvieron relacionados con los medicamentos.

Con respecto a la vigilancia de la calidad del agua y las muertes causadas por EDA en menores de cinco años, casi la totalidad de los municipios afirman realizar vigilancia a la calidad del agua; sin embargo los datos muestran el alto número de casos de EDA, lo que, indudablemente, sugiere la necesidad de un análisis sobre la calidad de dicha vigilancia (Anexo, Cuadro 4.24).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el año 1984, en Colombia se expide el Decreto 1400 de junio 7, primer código de normas sismo-resistentes de obligatorio cumplimiento para las construcciones a realizarse a partir de ese año. Este decreto se renueva con la Ley 400 de 1997, reglamentada bajo el Decreto 33 de 1998, y la expedición del NSR 98 –Normas de Diseño y Construcción Sismo Resistentes– que imponen sanciones a quienes las incumplan.

Desde los años 60 del siglo pasado se viene mejorando paulatinamente la prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, recolección de residuos y tratamiento de los mismos, energía eléctrica y gas, telefonía rural y básica conmutada (de esta última no se encontraron preguntas relacionadas en la Encuesta Nacional de Salud 2007). Durante este periodo se han presentado movimientos sociales para exigir la prestación eficiente de estos servicios y presiones de organismos internacionales prestadores de recursos económicos, lo cual ha obligado al estado colombiano y a los particulares a plantear estrategias que amplíen su cobertura y calidad.

En la medida en que las reservas de gas del país han aumentado, ha aumentado también la conexión a redes domiciliarias. En las regiones en las cuales el consumo no amerita la extensión de redes para este servicio, se surte con pipetas o cilindros. El fomento del uso de gas natural como fuente de energía ha permitido que el país exporte energía eléctrica obteniendo divisas. Además la producción de energías limpias a través de hidroeléctricas le permite acceder a recursos económicos y a subsidios para sus productos de exportación.

Adicionalmente, la construcción de centrales hidroeléctricas, termoeléctricas y gasoductos ha fomentado la disminución del uso de kerosene, petróleo, cocinol, ACPM, gasolina, alcohol, así como leña, madera, carbón de leña, carbón mineral y materiales de desecho. Al disminuir el uso de estos materiales para la cocción de los alimentos y la iluminación se disminuyen las enfermedades pulmonares provenientes de la contaminación intradomiciliaria derivadas del uso de este tipo de combustibles.

Si se considera el grado de desarrollo del país y los recursos económicos que teóricamente se han invertido en sistemas de acueducto y alcantarillado y recolección de basuras, la cobertura de estos servicios es aún bastante precaria. Máxime si se tiene en cuenta que el estar conectado a un sistema de acueducto y alcantarillado no quiere decir que se esté suministrando a la población agua potable, y mucho menos que las aguas residuales sean tratadas.

Tiene el país una gran carencia de espacios públicos para la práctica del deporte, la recreación y el sano esparcimiento, y los existentes, en su gran mayoría, no ofrecen las garantías de seguridad para los usuarios y/o practicantes de deportes. La falta de escenarios deportivos y recreativos, en cantidad y calidad –en el estado actual de estos escenarios, el riesgo de sufrir accidentes es relativamente alto–, inhibe el fomento de estas actividades y promueve, indirectamente, actividades sedentarias que traen como consecuencia y con el tiempo enfermedades cardiocerebrovasculares. A lo anterior, se suma otro agravante: la mayor parte del territorio de las ciudades colombianas

está consolidado, y por lo tanto no cuentan con los espacios requeridos para la construcción a futuro de escenarios deportivos y recreativos; la única opción, entonces, parece ser la compra de predios para demoler las construcciones en ellos existentes, con las dificultades que este proceso conlleva de parte de la comunidad.

En cuanto al acceso y calidad de los SPD de agua potable y saneamiento básico, los datos aportados por la ENS-2007 no son suficientes para realizar un análisis en profundidad de aspectos como la cobertura, la cantidad, la continuidad, los costos, los impactos ambientales y la calidad físico-química y microbiológica del agua y su relación con la salud de la población.

La cobertura promedio nacional en materia de agua potable y saneamiento básico muestra altos porcentajes, pero dicho promedio se da a expensas de las altas coberturas en las ciudades grandes y medianas. Los datos de la ENS sugieren grandes inequidades en el acceso y la calidad de los SPD por regiones y zonas –urbana y rural–, inequidad confirmada por el estudio realizado por el Ministerio del Medio Ambiente, *et al*, (2005). También se sugiere la existencia de una gran problemática en la calidad y seguridad del agua destinada al consumo humano.

Con respecto a la existencia de rellenos sanitarios, son numerosas las localidades en el país que poseen botaderos a cielo abierto o similares, mal manejados, que en la ENS-2007 se denominan y asimilan a un vertedero de seguridad bien administrado y operado. Por otra parte, en muchos municipios la cobertura de recolección y el transporte de basuras solo se prestan en la zona urbana, mientras en la zona rural se continúa enterrando, quemando y arrojando en solares y cuerpos hídricos, sin discriminar el tipo de residuo, el riesgo ambiental y para la salud humana que le están asociados.

En la ENS hace falta dar al agua potable y al saneamiento básico un tratamiento integral: una indagación en profundidad permitirá revelar aspectos claves de la salud pública, la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo. Es necesario también que las autoridades municipales en general, y la autoridad de salud en particular, desempeñen un rol más dinámico, participativo y efectivo en materia de acceso y calidad de los SPD. Esto implica una acción intersectorial coordinada en el territorio y por fuera de él, que permita integrar de forma sinérgica las acciones políticas y técnicas de todos los actores en la búsqueda de desarrollo y bienestar para la comunidad, fundados en principios de equidad y justicia social.

En el país, numerosos abastecimientos urbanos y rurales de agua tienen una infraestructura precaria y una administración incipiente. Lugares donde los sistemas permiten la captación y circulación del agua con tratamiento inadecuado o sin él. El deficiente conocimiento técnico que tienen muchas comunidades encargadas de acueductos –e incluso personal de operación en las cabeceras municipales– hace que con frecuencia se crea que la presencia de cierta infraestructura equivale a contar con un acueducto que suministra agua potable. Se parte del supuesto de que tomar el agua directamente de la fuente entraña mayores riesgos, obviando que de igual forma un acueducto puede distribuir agua altamente contaminada. Se ignora también que usualmente los problemas de acceso al agua para consumo están relacionados con el problema de disposición de

las aguas residuales. Por otra parte, en los lugares donde la fuente es subterránea y falta el alcantarillado o un sistema similar, existe una alta probabilidad que el agua se encuentre contaminada por la filtración de los residuos líquidos en el suelo. El hecho de que exista un pozo con bombeo no agrega automáticamente valor a la calidad del líquido que se obtiene, y con frecuencia a mayor profundidad del pozo mayor es el reto para lograr un tratamiento adecuado del agua debido a la presencia de sales y metales. A menor profundidad –caso de aljibes, jagüeyes y similares que no requieren bomba–, las aguas freáticas suelen estar mezcladas con las residuales domésticas. Asimismo, las quebradas y lagunas de las que se surten numerosos poblados se encuentran cada vez más contaminadas por vertimientos puntuales y escorrentías, que descargan en ellas materia fecal, restos de agroquímicos y otras sustancias nocivas provenientes de actividades productivas diversas. En el agua suministrada en bolsa, en carro tanque o por el acueducto veredal no se especifica el origen, lo que restringe el análisis de su calidad. La situación se empeora cuando las condiciones geográficas no permiten el suministro a gravedad y se debe, entonces, recurrir a bombeos, o cuando la disponibilidad del recurso hídrico es deficiente. En estos casos, las poblaciones suelen estar expuestas a dotaciones por debajo del promedio y a discontinuidades permanentes del “servicio”, razón por la cual deben recurrir a otras estrategias de abastecimiento alternativas, lo cual contribuye a aumentar las externalidades negativas derivadas de no contar con un SPD de agua potable de calidad integral.

Los datos de la ENS tampoco permiten establecer cuáles de los acueductos de la muestra cumplen con las condiciones técnicas que soportan un abastecimiento de agua apta para el consumo humano en los términos que define la norma. Por ello hace falta todavía realizar una indagación detallada del acceso y la calidad de los SPD de agua potable y alcantarillado para, así, identificar los riesgos reales y potenciales para las poblaciones. Es indudable que el resultado de contar con sistemas de información bien estructurados e integrados se refleja en diagnósticos más profundos, planeación más efectiva y toma adecuada de decisiones.

En este sentido y de acuerdo con el estudio denominado “Lineamientos de política de agua potable y saneamiento básico para la zona rural de Colombia”, realizado en el 2005 por la Dirección de Agua Potable del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (2001:16), más de 12 millones de personas que habitan en el área rural presentaron coberturas muy bajas en el servicio de acueducto de calidad. De hecho, aproximadamente el 44% no tiene este servicio. El 40% tiene acceso a redes que transportan agua cruda. En el 3% de los casos se desinfecta el agua, y solo el 9% –es decir, 1´107.500 habitantes de los 12 mencionados– posee planta con tratamiento completo.

En la normatividad asociada a la ley 142 de 1994, el legislador asignó funciones de vigilancia y control de la calidad a otros sectores que se limitan, sin embargo, solo a la verificación del cumplimiento del Decreto 2115 de 2007 sobre calidad del agua. Esto ha deteriorado estructural y funcionalmente una acción integral del sector sanitario en el escenario local, no obstante que la misma Ley 142 reconoce el carácter esencial de estos servicios por su nexo con la salud, el bienestar

y el desarrollo. Debe anotarse, además, la vigencia del Código Sanitario –Ley 9 de 1979– y de la Ley 715 de 2001, que explicita las competencias de las entidades territoriales en el sector salud. Por su parte, el Plan Nacional de Salud Ambiental promulga los principios y componentes relacionados con la equidad y el manejo integral de los recursos hídricos, incluidos el agua potable y el saneamiento básico. El cumplimiento de toda esta normatividad amerita una acción intersectorial integral y coordinada para lograr mayor acceso, calidad y efectividad de estos servicios.

Conocer a profundidad las características de los SPD permitirá al sector sanitario la formulación de políticas y acciones de importancia en el saneamiento ambiental y, por tanto, en la salud pública de las comunidades tanto urbanas como rurales; también, como lo prevé la norma, promover la operación más eficiente de sistemas de suministros de los SPD, a costos razonables, que estén al alcance de la capacidad económica de los usuarios.

LIMITACIONES DE LA ENS-2007

- Tal y como está planteada, la encuesta no permite establecer el comportamiento de variables ligadas al concepto de calidad del SPD de acueducto o de agua potable, tales como la calidad físico-química y microbiológica, la cantidad, la continuidad, el costo y la cultura de uso racional y de pago de los usuarios. En efecto, la indagación de la ENS-2007 se centró en la obtención de datos de cobertura y no en aspectos particulares sobre la calidad del agua que está consumiendo la población colombiana, falta por consiguiente la información que ayude a establecer cuáles son las causas de los problemas de la prestación de SPD de acceso a agua segura y potable y de alcantarillado.
- El tratamiento de algunos conceptos y términos sobre el SPD de acueducto no es claro, se confunde, por ejemplo, la forma de abastecimiento con la fuente hídrica.
- La encuesta no ofrece alternativas para contrastar y verificar la legalidad de la estratificación utilizada, dato relevante en tanto la estratificación se constituye en variable reveladora de la equidad en la prestación de servicios de calidad.
- La ENS no presenta información que permita estimar el porcentaje real tanto de la población colombiana que efectivamente accede a agua segura y potable en los términos que establece la ley, como de la que se enferma y muere de males asociados a las condiciones de calidad del agua de consumo y del saneamiento básico.
- En el tema del agua como materia prima, más que insumo de la actividad agropecuaria, la ENS no registra búsqueda alguna, obviando con ello la importancia que tiene en materia de seguridad alimentaria, salud pública y control de vectores y zoonosis derivados de la reutilización de aguas utilizadas en las actividades productivas.

RECOMENDACIONES

Los resultados del análisis sobre el estado de la vivienda en Colombia, su entorno y la prestación de los servicios públicos domiciliarios permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Es necesario aumentar la cantidad mínima de metros cuadrados por vivienda, volviendo al menos a los rangos que se tenían en los años 60, 70 y mediados de los 80 del siglo pasado, esto es a mínimo 72 m² de área construida para vivienda de interés social.
- Debe promoverse el uso de materiales durables en acabados, pisos y particiones.
- En las zonas del país donde predomina el uso de la madera en las construcciones, debe promoverse el tratamiento de ésta o la utilización de aditivos. Esto con el fin de alargar la vida útil de la madera y evitar la tala indiscriminada.
- Es necesario asignar cada año recursos suficientes para la atención de desastres naturales. Como política pública, esta asignación hará más eficiente el funcionamiento de los organismos encargados de atender los desastres –organismos que deben ser dependencias del estado y no simples voluntarios– y a los damnificados.
- Se deben generar recursos para que los hogares colombianos puedan adecuar sus viviendas a la norma sismorresistente.
- Se debe impulsar la construcción de obras civiles que protejan a las poblaciones de avalanchas e inundaciones, y en el caso en que se requiera reubicarlas, elaborar estrategias de política pública eficientes.
- Debe vigilarse el cumplimiento estricto de los diferentes retiros a cuerpo hídricos y, al menos en estos retiros, hacer obligatoria la siembra masiva de especies arbóreas propias de cada región.
- Es necesario introducir una reforma a la Ley de Planes Departamentales de Agua, para lograr que cada municipio cuente con una empresa prestadora de servicios públicos en acueducto y alcantarillado eficiente; y propiciar, dependiendo del caso, acueductos intermunicipales con el fin de aprovechar las fuentes de agua en aquellos municipios con menos recursos hídricos.
- Para el fomento de los diseños y la construcción de los sistemas de acueducto y alcantarillado y demás servicios públicos domiciliarios, se sugiere reformar los impuestos que gravan a las empresas consultoras y constructoras dedicadas a estas actividades.
- Con el fin de disminuir la prevalencia de enfermedades por el uso del agua, es necesario lograr la cobertura total de sistemas de acueducto y alcantarillado y de recolección y tratamiento de los residuos sólidos (para lo cual debe promoverse su separación y reciclaje).

- El Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo debe aumentar la inversión en agua potable y saneamiento básico para, así, aumentar la cobertura. Esto redundará en el mejoramiento de la salud pública y, por lo tanto, en la disminución de la inversión en este sector.
- Se requiere la construcción de más espacios públicos recreativos y el mantenimiento adecuado de los existentes. Las administraciones municipales y departamentales deberán asignar mayores presupuestos para la construcción de escenarios deportivos y recreativos.
- En los departamentos donde aún existen prácticas negativas en el manejo de la basura, se deben realizar campañas que promuevan el reciclaje y su manejo integral.
- El Estado debe construir vías con acabados diferentes –por ejemplo el adoquinado o el empedrado–. Esto aumentará la plusvalía sobre la propiedad y, por lo tanto, su estratificación, lo que a su vez genera un aumento de los impuestos.
- Debe fomentarse la siembra masiva de especies arbóreas y su mantenimiento.
- Deben conservarse las zonas de jardines y antejardines, y no permitir su destrucción para la construcción de zonas de parqueo y negocios.
- Se debe continuar la política de vivienda con un Instituto Nacional que la oriente (a semejanza del antiguo Instituto de Crédito Territorial).
- Para la realización de la próxima ENS, es importante que al interior del sector se renueve la discusión sobre el valor y el lugar que ocupan los SPD en la salud pública, de tal manera que este aspecto se indague más amplia y profundamente. La información debe responder a las necesidades de un análisis integral, con participación intersectorial, que sienta las bases para el desarrollo de mecanismos y acciones articuladas en función de la salud pública de las comunidades.
- El sector sanitario debe recobrar su protagonismo en el control y vigilancia de los SPD. Resulta inverosímil que aún se presenten casos de mortalidad evitable y que en los municipios los responsables de la prestación de aquellos servicios y los organismos de salud no trabajen coordinadamente. Separación que se agrava allí donde los recursos son escasos y la iniquidad mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DANE. "Vivienda, hogares y personas". [Sitio disponible en]: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=23&id=88&Itemid=276 Consultado diciembre 20 de 2010.

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Dirección de Agua Potable, Saneamiento Básico y Ambiental (2005). *Lineamientos de Política de Agua Potable y Saneamiento Básico para la zona rural de Colombia*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, 2007. Bogotá, 2009.

_____. Ministerio de Educación Nacional. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Organización Panamericana de la Salud, Representación Colombia (2006). *Lineamientos Nacionales para la aplicación y desarrollo de las estrategias de entornos saludables; escuelas saludables, viviendas saludables*. Bogotá, D.C.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2006). "Estrategia de la vivienda saludable". [Sitio disponible en]: [http://www.google.com.co/search?hl=es&client=firefox-a&rls=org.mozilla%3Aes-AR%3Aofficial&channel=s&q=Estrategia+de+vivienda+saludable&btnG=B](http://www.google.com.co/search?hl=es&client=firefox-a&rls=org.mozilla%3Aes-AR%3Aofficial&channel=s&q=Estrategia+de+vivienda+saludable&btnG=Buscar&aq=f&aql=&oq=&gs_rfai=) Consultar: 2010 diciembre 09.

Zolezzi, M (2001). "La familia y el uso de la vivienda popular urbana en América Latina. Apuntes para una investigación". 21p. Lima-Perú. [Sitio disponible en]: http://www.google.com.co/#hl=es&biw=1280&bih=578&q=5.%09Mario+Zolezzi+Chocano.+La+familia+y+el+uso+de+la+vivienda+popular+urbana+en+Am%3%A9rica+Latina.+Apuntes+para+una+investigaci%3%B3n.+Lima-Per%3%BA+&aq=f&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=d71231378f1d21a5. Consulta: 2009 septiembre 21.

Normatividad referenciada

República de Colombia. Ley 142 de julio de 1994 sobre Régimen de los Servicios Públicos Domésticos.

Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Decreto 1575 de mayo 9 de 2007. Bogotá, D.C. mayo 9 de 2007, por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

_____. Resolución 2115 de 4 de julio de 2007. Bogotá, D.C. junio 22 de 2007, por medio de la cual se señalan las características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para el consumo humano.

Congreso de la República de Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Educación Nacional. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Ley 60 de agosto 12 de 1993. Santa

Fé de Bogotá D.C. 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 715 de diciembre 21 de 2001. Santa Fé de Bogotá D.C. 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Desarrollo Económico. Departamento Nacional de Planeación. Ley 732 de enero 25 de 2002. Bogotá D.C. 2002, por la cual se establecen nuevos plazos para realizar, adoptar y aplicar las estratificaciones socioeconómicas urbanas y rurales en el territorio nacional y se precisan los mecanismos de ejecución, control y atención de reclamos por el estrato asignado.

Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Desarrollo Económico, Departamento Nacional de Planeación, Ley 505 de junio 25 de 1999. Santa Fe de Bogotá D.C. 1999. Por medio de la cual se fijan términos y competencias para la realización, adopción y aplicación de la estratificación a que se refieren las Leyes 142 y 177 de 1994, 188 de 1995 y 383 de 1997 y los Decretos Presidenciales 1538 y 2034 de 1996.



ASIS
Análisis de Situación en Salud



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"