

Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

Yined Marcela Bello Pérez

Yessica Paola Martínez Palenque

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Instituto de Salud Pública
Especialización en Administración en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012**



Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

Yined Marcela Bello Pérez

Yessica Paola Martínez Palenque

**Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública**

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Instituto de Salud Pública
Especialización en Administración en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012**

A nuestros padres,

Quienes han sido pieza clave en este arduo proceso que decidimos empezar, por su apoyo en los momentos buenos y malos, por entender nuestros ideales y guiarnos en el camino para la consecución de los mismos.

Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

Resumen.

Esta monografía tiene como fin revisar el proceso de transición demográfica y epidemiológica que se vive en el país y los retos que este impone para el sistema de salud y el desarrollo de políticas públicas, especialmente la respuesta que se ha dado desde el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010.

El análisis del comportamiento demográfico permite conocer las tendencias poblacionales como salud sexual y reproductiva, expectativa de vida, causas de mortalidad y morbilidad entre otras, que permiten orientar y reorientar las políticas públicas según las necesidades poblacionales.

Desde el plan nacional de salud pública se han logrado algunos avances para responder al envejecimiento como principal fenómeno secundario a la transición demográfica, pero se ha quedado corto ya que dentro de sus prioridades no se visualiza respuesta frente al envejecimiento poblacional; no se logra afectar determinantes en salud, aumento de inequidad, entre otros.

Palabras clave:

Transición demográfica, transición demográfica, envejecimiento, Plan nacional de salud pública.

Abstrac.

This monograph aims to review the process of demographic and epidemiological transition that exists in the country and the challenges that this imposes on the health system and the development of public policies, especially the response has been from the National Health Plan Post from 2007 to 2010.

Behavior analysis allows knowing demographic population trends as sexual and reproductive health, life expectancy, causes of mortality and morbidity among others, that allow direct and redirect public policies as needed populations.

Since the national health plan has made some progress in response to aging as the main secondary phenomenon to the demographic transition, but falls short because of its priorities is not displayed response to population aging, not achieved determinants affect health, increased inequality, among others.

Keywords:

Demographic transition, demographic transition, aging, National Public Health Plan

Contenido

	Pág.
Lista de Figuras	9
Lista de tablas	10
Lista de símbolos y abreviaturas	11
Introducción	13
1. Aspectos generales de demografía	15
1.1. Definiciones y contextualización	15
1.2. Panorama mundial	16
1.3. Panorama latinoamericano	18
2. Situación demográfica en Colombia	22
3. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010	27
4. Representación del comportamiento demográfico en Colombia en el Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010	30
5. Discusión	35
6. Conclusiones	37
Bibliografía	38

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1-1: Transición demográfica mundial, 1950-2050	18
Figura 1-2: Proyección para la población de 65 o más años de edad en América Latina, 2000, 2025 y 2050	19
Figura 1-3: Envejecimiento poblacional, América Latina: Población adulta (75 y mas) 1975-2025	21
Figura 1-4: Población centenaria otros países (99 años y más) Colombia 2005	21
Figura 2-1: Estructura de la población por edad y sexo. Colombia 2005	24
Figura 2-2: Proporción adulto mayor. Colombia 2005	25

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1: Población censada por áreas y sexo, según departamentos y grupos de edad 2005	23
Tabla 2-2: Indicadores demográficos. Colombia 2005	26

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
OMS	Organización Mundial de la Salud
DANE	Departamento Nacional de Estadística
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública



Introducción

Durante los últimos años, la población mundial y sus fenómenos biológicos y sociales se han venido estudiando bajo una teoría denominada “transición demográfica o epidemiológica”, que se caracteriza por explicar principalmente el porqué del crecimiento de la población mundial en los últimos 200 años y describe a su vez las tasas de natalidad y mortalidad, presentes en los diferentes periodos de tiempo, evidenciando un fenómeno a nivel mundial que es el envejecimiento poblacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su boletín epidemiológico del 2002 dice al respecto: “la disminución de las tasas de fecundidad y la mayor esperanza de vida están alterando el panorama demográfico de los países en todo el mundo”(1).

En la segunda mitad del siglo XX, los países más desarrollados y en particular los europeos experimentaron un grado de envejecimiento de la población sin precedentes. Europa alcanzó su madurez al inicio del milenio, registrando más personas de edad avanzada (mayores de 60 años) que jóvenes menores de 15 años, por ejemplo para Francia se proyecta que para el 2015 las personas con 50 años y más corresponderán al 40% del total de su población (2).

Es así, que la dinámica de nuestro país no es ajena a la descrita anteriormente, Colombia ha experimentado cambios demográficos significativos durante el último siglo, es el caso que para el año 1964 existía una proporción de 6 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, estimándose que para el año 2015 esta proporción aumente a 19:100, según lo proyectado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en el censo poblacional en el año 2005.

El objetivo de este trabajo es describir el comportamiento demográfico de nuestro país en los últimos años e identificar cual ha sido su influencia para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010.

Para el logro de esta monografía se propone hacer una descripción del comportamiento demográfico en Colombia y analizar si el Plan Nacional de salud pública 2007- 2010 da respuesta a la dinámica poblacional de nuestro país, para lo que se define como categorías de análisis los enfoques utilizados para el desarrollo del mismo y las prioridades en salud propuestas y el propósito de enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

Lo anterior permite conocer el comportamiento demográfico del país y la orientación de las políticas públicas actuales, fundamental para que el administrador en salud

pública sea capaz de tomar decisiones asertivas que respondan de manera coherente con las necesidades de la población, resaltando la importancia del uso de las herramientas propias de la administración como el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar, la correcta gestión y administración de los recursos, imponiendo nuevos retos para el sistema de la calidad en la atención y fortaleciendo la participación ciudadana, proporcionando herramientas al especialista para el adecuado desarrollo de su función.

1. Aspectos generales de demografía.

Para hablar de aspectos generales de la demografía se hace necesario tener una definición clara de lo que respecta a algunos términos:

1.1. Definiciones y contextualización

Demografía se define como *“el estudio de la población de una nación, país, región o ciudad, de una modo amplio y general utilizando fundamentalmente los métodos estadísticos; El diccionario plurilingüe expresa que demografía es la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas; complementario a estas definiciones Hauder y Duncan expresan: demografía es el estudio del tamaño, distribución geográfica y composición de la población, sus cambios y los componentes de estos cambios que pueden ser identificados como natalidad, mortalidad, movimientos territoriales- migraciones, y movilidad social- cambio de status”.* (3)

Teoría de transición o revolución demográfica: *“se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables”.*(4)

El ingles Frank Notestein expuso esta teoría en 1945 y propone algunas etapas; la primera: la tasa bruta de natalidad (TBN) se encuentra entre 35- 49 nacimientos por cada mil habitantes, mientras la tasa bruta de mortalidad (TBM) es de 30–35 defunciones por cada mil habitantes. Como la fecundidad y la mortalidad son altas, la tasa de crecimiento de la población es muy baja, aproximadamente 0.6 %.

En la segunda etapa, disminuye la TBM a 25 mil y TBN se mantiene constante o ligeramente decreciente; aumenta la tasa de crecimiento de la población, pasa a considerarse alta y se rejuvenece la estructura por edades de la población. Y en la tercera etapa, continúa disminuyendo la TBM y comienza a reducirse la TBN, se reduce la tasa de crecimiento de la población, se acelera la urbanización, la tasa de crecimiento se estabiliza y luego disminuye.

Recientemente se han sido reconocidas e incluidas nuevas etapas de transición demográfica:

Para la cuarta se plantea una estabilidad de TBM y TBN, por lo tanto la tasa de crecimiento de la población tiende a cero. Y la quinta, considera que la TBM es mayor que la TBN, el crecimiento total es cercano a cero.(4)

Todas estas pautas que establece la teoría de Notestein para el análisis de transición demográfica, no se dan ajenas al panorama contextual en el que las poblaciones se desarrollan, al contrario, son casi una respuesta simultánea a los procesos dinámicos internos de una nación; tal como lo define Bayarre para el año 2006: *la transición epidemiológica está ligada al proceso de transición demográfica donde los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando de acuerdo a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos.*(4), resaltando que evidentemente son procesos conjuntos, que dinámicamente funcionan e influyen sobre el estado de salud de una población.

Acorde a lo cual, Villasana afirma en el 2007 que: *“La transición epidemiológica se puede entender como el reflejo en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de modificaciones fundamentales en las formas de enfermar y morir de las poblaciones, según algunos autores debida a cambios en los estilos y calidad de vida, el paso de predominio de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias propias de las poblaciones rurales o atrasadas (según esa caracterización), a las enfermedades crónico-degenerativas propias de las poblaciones altamente urbanizadas o modernizadas , presentándose como una tendencia inexorable a nivel mundial”.*(5)

Con todas estas apreciaciones, es evidente como el estudio del comportamiento demográfico y epidemiológico ha permitido identificar y entender fenómenos de la población a lo largo del tiempo y de manera muy ligada a sus mismos procesos internos, ejemplo de lo cual resulta interesante para nosotros el proceso de envejecimiento poblacional, tendencia que se ha perpetuado en los últimos tiempos, y que se ha hecho mas visible con la disminución de la tasas de natalidad y mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, cambiando los perfiles epidemiológicos de cada país, deformando sus pirámides poblacionales y con esto, como se espera, influenciando en la orientación de sus políticas públicas y programas de salud.

1.2. Panorama mundial

Ahora bien, este fenómeno de transición demográfica se presenta al nivel mundial y se considera uno de los fenómenos mas llamativos de las sociedades contemporáneas(6) de acuerdo a ello, la OMS afirma en su boletín del 2011 que *“La disminución de las tasas de fecundidad y la mayor esperanza de vida están alterando el panorama demográfico de los países en todo el mundo, cuestionando*

no solo nuestras ideas sobre la manera de financiar la asistencia a las personas mayores, sino también nuestras actitudes ante el envejecimiento”.(1)

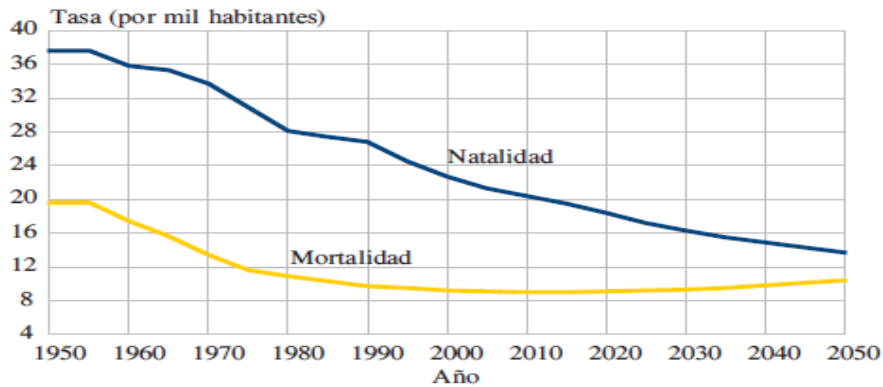
Las proyecciones de la ONU para el año 2050 según las hipótesis media y constante, apuntan para un número de habitantes del planeta entre 9.191 millones y 11.858 millones, correspondiendo en el primer escenario a un porcentaje del 22% para las personas con 60 y más años, consecuente a las ganancias en esperanza de vida que para ese horizonte temporal se estiman en cerca de ocho años(7).

Estos profundos cambios, como sabemos, no se distribuyen homogéneamente. La dispersión observada, acompaña la grandesigualdad de desarrollo entre regiones y países(6). En la segunda mitad del siglo XX, los países más desarrollados, y en particular los europeos experimentaron un grado de envejecimiento de la población sin precedentes en la historia demográfica. Europa alcanzó su madurez al inicio del milenio registrando más personas de edad avanzada mayor de 60 años que jóvenes menores de 15 años(2). En el caso francés, y a pesar de Francia ser uno de los países con mejor comportamiento frente a la fecundidad, en 2015 las personas con 50 y más años corresponderán a 40% de la población.

Según VirojTangcharoensathien, asesor principal del Programa Internacional de Políticas Sanitarias de Tailandia, en la actualidad casi un 11% de la población tailandesa tiene más de 60 años, y ese porcentaje tiende a aumentar rápidamente. "Se prevé que la proporción de personas mayores respecto a la población total alcanzará el 14% en 2015, el 19,8% en 2025 y casi el 30% en 2050".

Es así como a nivel mundial, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas.

Figura 1-1: Transición demográfica mundial, 1950-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

1.3. Panorama Latinoamericano

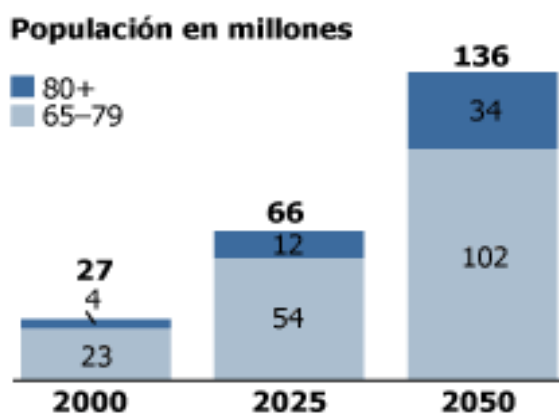
América no ha sido ajena a la transición demográfica y epidemiológica, se observan reducción de la mortalidad y de las tasa de fecundidad, se presentan importantes procesos socio demográficos como la migración y la urbanización, importantes a la hora de definir los puntos de acción para el desarrollo de programas y políticas que respondan a las necesidades de la población.(1)

En la primera etapa de transición incipiente se encuentran países como Bolivia y Haití; en la etapa segunda transición moderada países como El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En la tercera etapa, en plena transición, aparece la mayoría de países de América Latina como México, Costa Rica, Venezuela, Colombia, Perú y Brasil entre otros; mientras que la cuarta etapa de transición avanzada presenta dos grupos de países: los que han tenido baja mortalidad y natalidad desde hace tiempo como Argentina, Uruguay y Cuba y los que han logrado recientemente disminuciones importantes de fecundidad y mortalidad con población joven y tasa de crecimiento altas como Chile, Jamaica y Puerto Rico entre otros.(8)

La población latinoamericana está envejeciendo, por ejemplo, para el año 2002 la población de edad avanzada del Brasil se encontraba alrededor de 14 millones de personas, el 8% aproximadamente y se estima que para el 2050 alcance 49 millones. Se calcula que la cantidad de latinoamericanos de 65 o más años de edad aumentará hasta sobrepasar –entre el 2000 y el 2005– una cifra equivalente al doble de los niveles actuales; y se cree que esa cifra se duplicará a su vez para el 2050 (Figura 1-2). En Colombia, Costa Rica y México, el número de personas mayores se triplicará entre 2000 y 2025, según algunas estimaciones. Este

aumento será más leve en Argentina y Uruguay, donde el crecimiento poblacional ha sido más lento en la segunda mitad del siglo XX, pero en estos dos países la cantidad de personas mayores aumentará, de todas maneras, entre 2000 y 2025 hasta alcanzar una cifra equivalente a una vez y media de los niveles actuales(9). Lo que supone nuevos retos para atender la salud y la forma de concebir la vejez.

Figura 1-2: Proyección para la población de 65 o más años de edad en América Latina, 2000, 2025 y 2050



Fuente: CELADE, Boletín demográfico 69 (2002): tabla 11.

Ante esta situación surgen dudas: por ejemplo, ¿Como ha sido el comportamiento demográfico de América en los últimos tiempos? Según el boletín epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud OPS para el 2002 se estimaba la población de las Américas en 854 millones, con una tasa de crecimiento de 1.3 % con variaciones entre el 0.7% en el Caribe no latino y 2.4% en Centroamérica para el periodo comprendido entre 1996 y 2002. La población está relativamente urbanizada, en particular en los países más desarrollados. En 2002 se calculo que un 76.6% de la población de la región vivía en las ciudades, comparado con un 41% en 1950(10).

La esperanza de vida al nacer para 1990 – 1994 fue de 68.5 años en América Latina y el Caribe, mientras que en Estados Unidos y Canadá fue de 76.2; para el periodo de 1960- 1964 estas cifras eran respectivamente 56.9 y 70, lo que significa que en este lapso la población de América Latina gano en promedio 12 años de vida y los países de Norteamérica cerca de 6 años(11).

Se estiman los nacimientos en las Américas en 2002 en 15.7 millones con cerca de 74% en América Latina y el Caribe, y se espera que la tasa de natalidad continúe descendiendo como lo ocurrido en los últimos 40 años. En los años 70 la tasa de natalidad fue de 32.5 por 1000 habitantes y para el año 2002 se estimó en 18.4 por 1000 habitantes, de igual manera se observó reducción de las tasas de fecundidad de 3.1 niños por mujer en 1980- 1985 a 2.3 en 2002, suceso más notable en Brasil, Centroamérica, Área Andina y México.(10)

Si la transición demográfica arroja como resultado el envejecimiento de la población, entonces ¿qué es envejecimiento?, a nivel individual se puede entender como un proceso continuo e irreversible que comienza desde el momento de la concepción(12).

La OMS diferencia el envejecimiento como proceso y el proceso de envejecimiento, donde el primero hace referencia a los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno; y el segundo como proceso influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí (13).

El envejecimiento puede considerarse desde cuatro puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social. El primero asociado al conteo de número de años, el segundo a los múltiples cambios físicos y biológicos, el psicobiológico y el emotivo visto desde una perspectiva cognitiva que afecta su manera de pensar como sus capacidades y lo que tiene que ver con la afectividad y la personalidad.

En este proceso la edad solo es uno de los parámetros que se utilizan para definir una persona como vieja, razón por la cual no se ha llegado a un acuerdo para definir un estándar, pero para países relativamente más envejecidos como el Reino Unido este parámetro puede estar alrededor de los 80 años, para la OMS es anciano quien tiene más de 65 años y para la OPS lo es quien tiene más de 60 años (12).

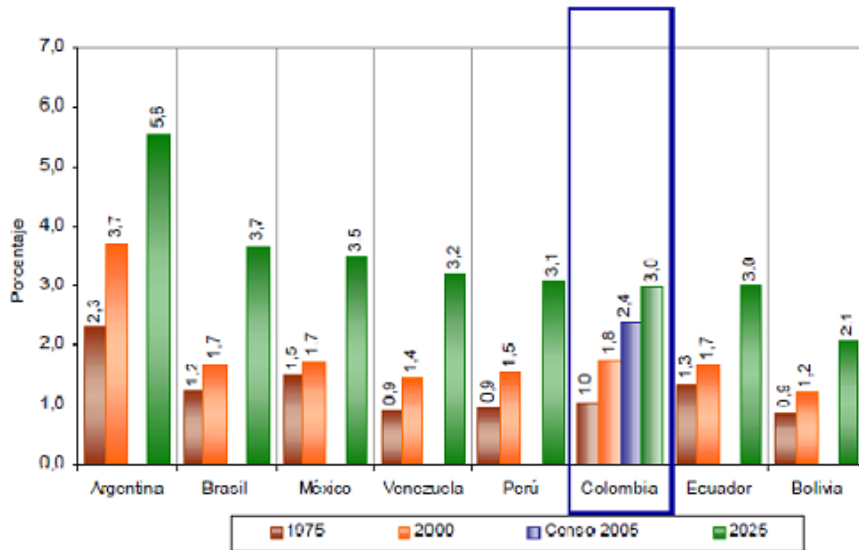
En sentido práctico el envejecimiento poblacional se puede entender como el aumento progresivo del número de personas mayores de 60 años con respecto a la población total, con el fin de evitar controversias en lo que respecta al término y a sus dimensiones. Según estimaciones de las Naciones Unidas el número de personas mayores de 60 años en el mundo pasará de 600 millones en el 2000 a 1.200 en el 2025 y a casi 2.000 millones en 2050, teniendo en cuenta que el envejecimiento poblacional no se trata únicamente de un aumento en términos

Aproximación analítica del comportamiento demográfico de Colombia con respecto a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

absolutos de la cantidad de personas mayores sino también de un aumento en el peso relativo de esas personas con la relación al total de la población

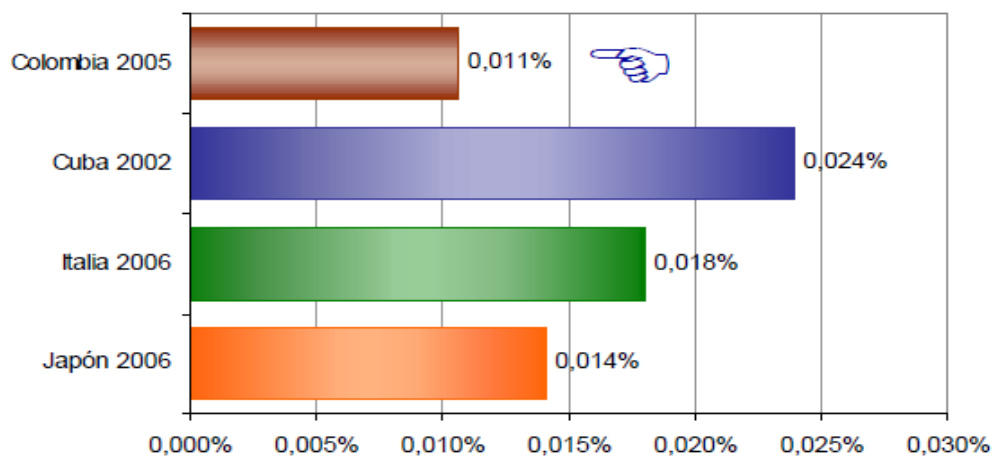
En América como en el resto del planeta también se ha acentuado este fenómeno como lo permite visualizar las siguientes graficas:

Figura 1-3: Envejecimiento poblacional, América Latina: Población adulta (75 y mas) 1975-2025



Fuente: Boletín demográfico No. 72. CELADEDANE: Censo General 2005

Figura 1-4: Población centenaria otros países (99 años y más) Colombia 2005



Fuente: Censo general 2005 Colombia DANE

En promedio para el año 1975 la población mayor de 75 años representaba el 1.2% del total de la población en América Latina y se espera que para el año 2025 sea 3.39 casi triplicando el porcentaje, por lo que se hace necesario implementar políticas y planes de salud que responda eficaz mente al comportamiento demográfico y epidemiológico de cada país.

2. Situación demográfica en Colombia

Colombia es un país ubicado en Suramérica, con una superficie de 1.138.910 km², cuenta con 1.098 municipios, distribuidos en 32 departamentos, 4 distritos (Bogotá Distrito Capital, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta) y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. La población censada en 2005 fue de 41.242.948 habitantes; la ciudad de Bogotá es la más populosa, con 6.776.009 habitantes y, en conjunto con las ciudades de Medellín, Cali y Barranquilla, concentran 29,5% de la población del país, la población es predominantemente urbana (72% vive en cabeceras)(14).

Respecto a las estadísticas históricas de nuestro país, tenemos que absolutas entre la población ha crecido en cifras absolutas entre 1905 y el presente, y según las proyecciones, así seguirá, pero la velocidad de crecimiento, medida por la tasa de crecimiento total, muestra que los ritmos han variado en diferentes lapsos. La tasa de natalidad disminuye desde 1964, mientras las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil decrecen desde el inicio del siglo 20(15).

El censo general realizado por el DANE en el año 2005, presenta un panorama del comportamiento demográfico de Colombia donde el total de la población fue de 41.468.384 con un total de hombres de 20.336.117 y mujeres de 21.132.267, es decir el 49% de la población son hombres y un 51% mujeres, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2-1: Población censada por áreas y sexo, según departamentos y grupos de edad 2005

Departamentos y grupos de edad (años)	Total			Cabecera			Resto		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer

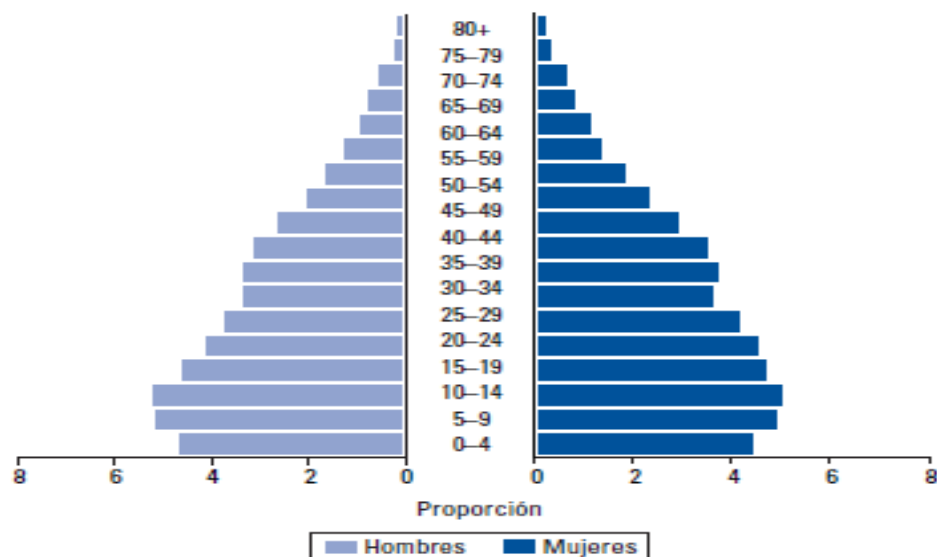
Total nacional

Total	41 468 384	20 336 117	21 132 267	31 510 379	15 086 536	16 423 843	9 958 005	5 249 581	4 708 424
0 a 4	4 108 861	2 106 179	2 002 682	2 907 910	1 488 395	1 419 515	1 200 951	617 784	583 167
5 a 9	4 295 913	2 197 689	2 098 224	3 100 659	1 579 043	1 521 616	1 195 254	618 646	576 608
10 a 14	4 339 046	2 214 464	2 124 582	3 178 643	1 605 865	1 572 778	1 160 403	608 599	551 804
15 a 19	3 933 754	1 975 856	1 957 898	2 965 058	1 455 429	1 509 629	968 696	520 427	448 269
20 a 24	3 641 839	1 783 320	1 858 519	2 842 949	1 359 536	1 483 413	798 890	423 784	375 106
25 a 29	3 280 767	1 590 993	1 689 774	2 571 489	1 219 188	1 352 301	709 278	371 805	337 473
30 a 34	2 917 290	1 401 139	1 516 151	2 278 122	1 068 019	1 210 103	639 168	333 120	306 048
35 a 39	2 919 161	1 392 512	1 526 649	2 299 732	1 067 002	1 232 730	619 429	325 510	293 919
40 a 44	2 732 504	1 304 948	1 427 556	2 184 613	1 013 532	1 171 081	547 891	291 416	256 475
45 a 49	2 291 308	1 088 238	1 203 070	1 823 533	837 758	985 775	467 775	250 480	217 295
50 a 54	1 835 340	876 301	959 039	1 446 551	665 396	781 155	388 789	210 905	177 884
55 a 59	1 450 658	692 733	757 925	1 119 383	512 610	606 773	331 275	180 123	151 152
60 a 64	1 104 733	524 576	580 157	835 144	377 919	457 225	269 589	146 657	122 932
65 a 69	921 054	428 876	492 178	685 621	301 907	383 714	235 433	126 969	108 464
70 a 74	702 518	321 765	380 753	522 246	225 926	296 320	180 272	95 839	84 433
75 a 79	504 438	228 608	275 830	377 004	160 491	216 513	127 434	68 117	59 317
80 a 84	278 875	121 846	157 029	210 501	86 244	124 257	68 374	35 602	32 772
85 a 89	144 936	60 648	84 288	110 851	43 721	67 130	34 085	16 927	17 158
90 a 94	49 438	19 579	29 859	38 439	14 411	24 028	10 999	5 168	5 831
95 a 99	12 786	4 654	8 132	9 698	3 322	6 376	3 088	1 332	1 756
100 a 104	2 418	856	1 562	1 768	613	1 155	650	243	407
105 a 110	588	250	338	352	147	205	236	103	133
111 a 115	159	87	72	113	62	51	46	25	21

Fuente: Censo general 2005 DANE

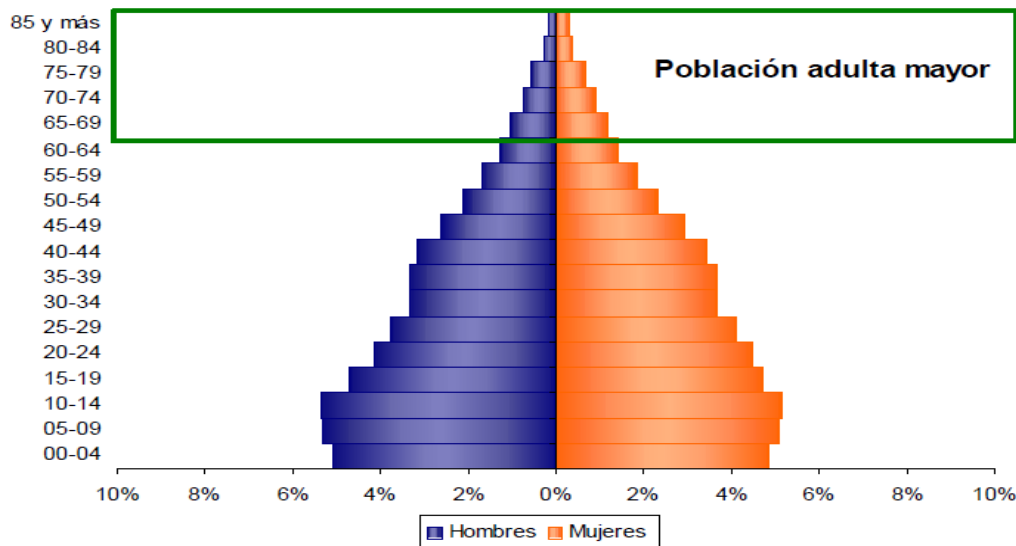
Colombia al igual que el resto de países ha experimentado cambios demográficos propios de las sociedades en transición, su población se encuentra en proceso de envejecimiento, para el año 2005 según lo reportado por el censo la población mayor de 75 años es del 2.4% del total de la población(16) , como se señala en las siguientes figuras:

Figura 2-1: Estructura de la población por edad y sexo. Colombia 2005



Fuente: Censo general 2005 DANE

Figura 2-2: Proporción adulto mayor. Colombia 2005



Fuente: Censo general 2005 DANE

La esperanza de vida al nacer fue de 72, 17 entre el 2000 y el 2005 y de 73.23 entre el 2005 y el 2010, con cifras de 76.27 en mujeres y 70.34 en hombres. La tasa bruta de natalidad disminuirá de 22.31 por 1000 habitantes en 2000 y 2005 a 20.5 en 2005 y 2010, según lo expresado en el boletín de indicadores de salud en Colombia 2010.

Entre 1998 y 2002 no se observó cambio en la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas. En 2002 las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar 117.1 por 100000 habitantes, seguidas por la causas, neoplasias 67.3 y enfermedades transmisibles 28.6.

Esto difiere en las regiones así: el Vaupés mantuvo un perfil marcadamente infeccioso (2,46 veces la tasa nacional), en Caquetá hubo un gran predominio de las causas externas (2,39 veces), en Tolima hubo altas tasas de causas circulatorias (1,51 veces) y en Risaralda de causas tumorales (1,34 veces). Con respecto a la edad y el género, las enfermedades transmisibles solamente estuvieron presentes entre las cinco primeras causas de muerte entre los menores de 5 años de ambos sexos. A partir de esta edad y en ambos sexos aparecieron progresivamente las causas relacionadas con accidentes de transporte, homicidios, lesiones auto infligidas, tumores y enfermedades circulatorias. En los grupos de 45 años y más ya no se presentaron las causas externas entre las cinco primeras causas de muerte y en cambio apareció la diabetes mellitus.(17)

El siglo XX se marco por grandes cambios en el comportamiento demográfico del país, entre los años 1905 y 2005 la población se multiplico por 9, al pasar de 4.737.588 habitantes a 42.887.162 en 2005, con proyecciones de 54.208.617 en 2025 según las proyecciones del DANE.

Los niños y jóvenes menores de 15 años han perdido peso en la estructura por edad, y los adultos mayores han ganado presencia. La población muestra un significativo proceso de envejecimiento, por ejemplo la edad media de la población el 1950 era de 18.7 años, para los años 1985 y 2015 se calcula sea de 24 años y se proyecta que para el año 2025 sea de 31 años. Para el año 1964 por cada 100 habitantes menores de 15 años se tenía 5.47 adultos mayores y para el año 1993 eran más de 12; la tasa bruta de natalidad permanece alta y estable los primeros 30 años del siglo, para 1946 era de 46 mil por cada 1000 habitantes y para 1993 de 28 mil. La tasa de fecundidad paso de ser 7 hijos 1951 a 2.7 a finales de 2005.(16)

El comportamiento demográfico del 2010 se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2-2: Indicadores demográficos. Colombia 2005

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
ESTRUCTURA DE LA POBLACION (2010) ⁽¹⁾		
Población total ⁽¹⁾	45.509.584	
Población femenina ⁽¹⁾	23.042.924	
Población masculina ⁽¹⁾	22.466.660	
Proporción de población menor de 15 años ⁽¹⁾	28,6	
Proporción de población adolescente entre 15 y 19 años ⁽¹⁾	9,7	
Proporción de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años ⁽¹⁾	26,6	
Proporción de población de 60 y más años ⁽¹⁾	9,8	
Tasa media anual de crecimiento (período 2010 - 2015) ⁽²⁾	1,15	
DINÁMICA DE LA POBLACIÓN (ESTIMACIONES PARA 2010)		
Tasa global de fecundidad por mujer (2010-2015) ⁽²⁾	2,35	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad (por 1000) (2010-2015) ⁽²⁾	74,50	
Media anual de nacimientos (estimada) (2010-2015) ⁽²⁾	884.901	
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes) 2010-2015 ⁽²⁾	18,89	
Media anual de defunciones (estimada) ⁽²⁾	271.754	
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (2010-2015) ⁽²⁾	5,80	
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (2010-2015) ⁽²⁾	17,10	
Esperanza de vida al nacer (años) (2010-2015) ⁽²⁾	Total	75,22
	Hombres	72,07
	Mujeres	78,54
Número de personas desplazadas por la violencia en 2009 ⁽⁴⁾	356.715	

Fuente: DANE. Censos 1985, 1993, 2005. Estimaciones y proyecciones de población 1985-2020

3. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

A través del decreto 3039 de 10 de agosto de 2007 del Ministerio de Protección Social se adopta para Colombia el Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010 cuyos propósitos son:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Para el desarrollo del plan, el ministerio de la protección social artículo los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población, que son los siguientes:

- **Enfoque poblacional:** Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.
- **Enfoque de determinantes:** Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.
- **Enfoque de gestión social del riesgo:** El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Los principios rectores que se proponen son los siguientes:

1. **Universalidad:** Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

-
2. **Equidad:** La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.
 3. **Calidad:** Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
 4. **Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.
 5. **Responsabilidad:** Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.
 6. **Respeto por la diversidad cultural y étnica:** Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.

A través del Plan Nacional de Salud Pública se logra establecer las prioridades en salud, que responden al cambio en los patrones en salud (envejecimiento poblacional, cambio en el desarrollo económico y social, etc.), cambio en los conceptos de salud, necesidades y expectativas de los grupos de interés, y el uso de los recursos de forma eficiente donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible, por lo que hizo necesario analizar el comportamiento demográfico y epidemiológico de Colombia según información aportada por el censo 2005 y datos suministrados por el departamento nacional de estadística DANE, de donde se establecen como prioridades:

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La nutrición.
- La seguridad sanitaria y del ambiente.

- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud y define estrategias para la implementación y desarrollo a cargo de los entes involucrados, es decir nación, entidades territoriales y entidades promotoras de salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida: acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

2. La prevención de los riesgos: Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento: Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.(19)

4. Representación del comportamiento demográfico en Colombia en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

El Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 entendido como una política pública, busca determinar y establecer la construcción y cumplimiento de ciertos objetivos, que responden a una construcción colectiva y legitimada por los actores y en general por toda la sociedad en beneficio de la situación de salud de la población. Este Plan, establece como propósitos para el cuatrenio: mejorar el estado de salud de la población, evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades de la población colombiana.

La fundamentación de dichos objetivos se enmarca en la dirección de tres enfoques que deben responder de manera adecuada al logro de lo proyectado, los cuales son: poblacional, de determinantes y gestión social del riesgo, que una vez interrelacionados deberían generar una respuesta a la necesidad sentida de la población, acorde a un momento o situación determinada que para el caso sería la transición demográfica y epidemiológica.

Bajo esta mirada nace el interrogante de si estos enfoques y las prioridades establecidas por el Plan, participan en el logro de los propósitos respecto a enfrentar los retos de la transición demográfica y el envejecimiento en Colombia.

El enfoque poblacional, se entiende como las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Bajo este enfoque es importante entender que Colombia se encuentra en la tercera etapa de transición demográfica caracterizada por disminución de la TBM e inicio de la disminución de TBM, dado que en Colombia la tasa de natalidad pasó de 23.1 por 1000 habitantes en 2000 y 2005 a de 20.5 en 2005 y 2010. Los niños y jóvenes menores de 15 años han perdido peso en la estructura por edad, y los adultos mayores han ganado presencia. La población muestra un proceso de envejecimiento, la edad media de la población del año 1950 era de 18.7 años, para los años 1985 y 2015 se calcula sea de 24 años y se proyecta que para el año 2025 sea de 31 años. La tasa de fecundidad paso de ser 7 hijos 1951 a 2.7 a finales de 2005.

En una población donde el envejecimiento se ha instaurado ya como tendencia, es importante entender que los cambios biológicos que se dan con la edad están estrechamente relacionados con el entorno de desarrollo del individuo, estilo de vida y proceso de salud y enfermedad, esto como parte clave para el desarrollo de programas de promoción y prevención y la elaboración de políticas públicas.

Ligado a este proceso se encuentra la transición epidemiológica donde los patrones de salud y enfermedad se transforman conjunto con los cambios demográficos políticos y culturales, encontrando predominio de enfermedades crónicas propias de poblaciones modernizadas.

Bajo este panorama el Plan Nacional de Salud Pública propone prioridades que le permiten mantener estas dinámicas e intervenir sobre los riesgos propios de cada etapa de la vida tales como: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, lesiones violentas evitables, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras, en busca de disminuir la carga de morbi mortalidad, aumentando la esperanza de vida, con el uso de las diferentes tecnologías disponibles en la actualidad.

Si bien estas acciones son positivas y necesarias para el desarrollo de los países es evidente que la población ya envejecida queda descubierta de acciones y programas que propendan por el mejoramiento de sus condiciones de vida, generando algún grado de desigualdad.

En este sentido influye el enfoque de determinantes, donde se hace importante entender que existen diversos factores que afectan de forma directa la salud como biológicos, personales, familiares, sociales, ambientales, económicos, laborales, culturales, religiosos, sanitarios, que son modificables y que generaran un efecto positivo o negativo para las personas. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

Sin embargo, para poder afectar cada determinante es necesario conocer el contexto en el que se desarrolla la población y sus particularidades, para establecer acciones acorde a las necesidades identificadas. En el contexto de la transición demográfica cabe resaltar que existen diferencias en la distribución de la población según el nivel socio económico. Los grupos con mayor nivel de riqueza se caracterizan por edades más envejecidas y menor nivel de fecundidad, mientras los grupos con menor nivel de riqueza tienen edades más amplias en la base de la pirámide poblacional, estrechez en la edad que comprende de 15 a 45 años debido a dinámicas sociales complejas como

violencia, conflicto armado y desplazamiento y tasa de fecundidad y natalidad más amplias (20).

Estas desigualdades en el país proponen un mayor reto para los generadores de políticas que deben luchar por brindar una oportunidad a las poblaciones que tienen desventajas demográficas.

En este sentido aunque el Plan Nacional de Salud Pública se rige por los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad y respeto por la diversidad cultural y ética, en pro de disminuir las inequidades y minimizar estas diferencias que se han establecido en el desarrollo de la transición demográfica, no ha logrado el cumplimiento del objetivo, ya que aún existen problemas con el acceso a los servicios de salud y a los programas establecidos, que no logran cobertura a todas las poblaciones.

Sumado a lo anterior las prioridades establecidas en este Plan son muy generales y no se logran visualizar en los diferentes contextos del país, por ejemplo las grandes capitales donde se cuenta con mayor población envejecida deberían preocuparse por establecer actividades que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas. Si bien disminuir o controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, manejar la nutrición, la salud oral entre otros, nos ayuda a lograr este objetivo no es suficiente y se debe establecer un trabajo intersectorial para lograr un verdadero impacto en la salud de los colombianos.

Se deben promover intervenciones en el campo de población, acordes con el modelo de ordenamiento del país, de sus regiones y municipios, en busca de armonizarlas con el desarrollo sostenible (20).

En lo que respecta a mortalidad se evidencian también algunas diferencias en el país entre 1998 y 2002 no se observó cambio en la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas. En 2002 las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar 117.1 por 100000 habitantes, seguidas por la causas, neoplasias 67.3 por 1000 habitantes y enfermedades transmisibles 28.6 por cada 1000 habitantes.

Pero este comportamiento no fue el mismo para todo el país: el Vaupés mantuvo un perfil marcadamente infeccioso (2,46 veces la tasa nacional), en Caquetá hubo un gran predominio de las causas externas (2,39 veces), en Tolima hubo altas tasas de causas circulatorias (1,51 veces) y en Risaralda de causas tumorales (1,34 veces). Con respecto a la edad y el género, las enfermedades transmisibles solamente estuvieron presentes entre las cinco primeras causas

de muerte entre los menores de 5 años de ambos sexos .A partir de esta edad y en ambos sexos aparecieron progresivamente las causas relacionadas con accidentes de transporte, homicidios, lesiones auto infligidas, tumores y enfermedades circulatorias. En los grupos de 45 años y más ya no se presentaron las causas externas entre las cinco primeras causas de muerte y en cambio apareció la diabetes mellitus (17).

Estas desigualdades en el país proponen un mayor reto para los generadores de políticas que deben luchar por brindar una oportunidad a las poblaciones que tienen desventajas demográficas.

En este sentido el plan nacional de salud pública se rige por los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad y respeto por la diversidad cultural y ética, en pro de disminuir las inequidades y minimizar estas diferencias que se han establecido en el desarrollo de la transición demográfica.

El logro de este objetivo no se ha logrado del todo ya que aún existen problemas con el acceso a los servicios de salud y a los programas establecidos, que no logran cobertura a todas las poblaciones.

Sumado a lo anterior las prioridades establecidas en este plan son muy generales y no se logran visualizar en los diferentes contextos del país, por ejemplo las grandes capitales donde se cuenta con mayor población envejecida deberían preocuparse por establecer actividades que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas. Si bien disminuir o controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, manejar la nutrición, la salud oral entre otros, nos ayuda a lograr este objetivo no es suficiente y se debe establecer un trabajo intersectorial para lograr un verdadero impacto en la salud de los colombianos.

Se deben promover intervenciones en el campo de población, acordes con el modelo de ordenamiento del país, de sus regiones y municipios, en busca de armonizarlas con el desarrollo sostenible (20).

El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Bajo esta mirada se entiende la importancia de un trabajo intersectorial y el empoderamiento de la sociedad en lo que respecta a su salud y sus derechos para responder de manera más objetiva a las necesidades poblacionales.

Es aquí donde los actores involucrados deben aunar esfuerzos por generar cambios positivos en lo que respecta a la salud de todos, disminuir inequidades y lograr una atención acorde a la necesidad de todos con el mejor efecto posible.

El empoderamiento de la sociedad y el desarrollo de la autonomía son fundamentales para lograr las metas demográficas y sociales, entendiendo que la autonomía se consigue con poblaciones más educadas, con bajas tasas de desempleo y trabajos bien remunerados, con acceso y facilidad para obtener información en salud y conscientes de sus derechos (20).

Lograr que todos los actores interesados se involucren para el desarrollo, evaluación y creación de programas, políticas, espacios saludables, entre otros, contribuye a que toda la población sea atendida, los niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, mujeres, hombres, todos logrando respuestas según sus dinámicas demográficas, sociales, culturales y políticas.

Bajo este enfoque el plan nacional de salud pública se desarrolló con la participación de diferentes actores y sectores, sin que esto sea suficiente para hablar de empoderamiento, obteniendo como resultado que las diferentes acciones y prioridades no logren cobertura a toda la población y con respuesta a sus necesidades, como se anotó anteriormente.

5. Discusión y conclusiones

5.1 Discusión

El hecho de que el envejecimiento poblacional, no se represente aun en un aumento significativo en la cantidad de viejos en nuestro país, no significa que sea un hecho innegable. Los últimos 40 años, ha presentado una disminución importante en la tasa bruta de natalidad en nuestro país, al pasar del 45,47 en el año 1964 a 20,50 para el 2010, condición que abruma tanto en su magnitud como en la velocidad de transición. El número de personas mayores que año a año se incluyen en las estadísticas, se han convertido en un desafío para la orientación de acciones en salud, con todo lo que esta condición conlleva.

La transición demográfica y epidemiológica impone nuevos retos para el sistema de salud y el desarrollo de políticas públicas que respondan a las necesidades de la población, pues no basta con aumentar los años de vida sino mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de los adultos mayores iniciando con programas de prevención y promoción desde las edades más tempranas.

Partiendo de esta situación y reconociendo la maratónica labor que la salud pública desempeña en el desarrollo de acciones óptimas para el mejoramiento del estado de salud de la población con el presupuesto disponible para ello, es imprescindible reconocer que se hace necesario contemplar políticas y programas orientadas a responder de manera precisa a las necesidades reales de la población actual.

Bajo este lente fue analizado el Plan Nacional de Salud Pública establecido para los años 2007-2010, con el antecedente demográfico inmediatamente anterior del censo poblacional del 2005, por medio del cual se establecen las prioridades y líneas de acción en salud para el país.

El Plan Nacional de salud pública se desarrolla bajo tres enfoques, que busca responder de manera adecuada a las necesidades poblacionales, teniendo en cuenta el comportamiento demográfico y epidemiológico, los factores determinantes para la salud y la gestión social del riesgo, arrojando como resultado el establecimiento de prioridades para las acciones en salud a desarrollar en nuestro país como lo son la salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, nutrición, enfermedades transmisibles y zoonosis, enfermedades no transmisibles, salud laboral y seguridad sanitaria y ambiente.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se hace evidente el reto y la necesidad de encontrar la manera adecuada de planear, ejecutar y evaluar las acciones en salud pues si bien se han adelantado grandes esfuerzos por mejorar y mantener la salud y responder a los cambios sociales y demográficos que ha vivenciado el país, no se logra vislumbrar el cambio dada la falta de coordinación entre las propuestas y puestas en marcha del Plan, manteniendo las prioridades en salud como un tema rezagado y limitado más a las necesidades mundiales que a las propias de la población objeto.

5.2. Conclusiones

De acuerdo con el objetivo planteado para este trabajo y la revisión realizada se puede concluir que:

- ✓ Colombia se encuentra en la tercera etapa de la transición demográfica donde se ha disminuido la tasa de mortalidad y la tasa de natalidad.
- ✓ La transición demográfica en Colombia ha representado puntos favorables en aspectos como aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil, disminución de la tasa de crecimiento poblacional y disminución de la fecundidad.
- ✓ El análisis del comportamiento demográfico de una población permite conocer las principales tendencias poblacionales como salud sexual y reproductiva representada en tasas de natalidad, fecundidad, tasa de mortalidad y morbilidad entre otras y sus relaciones con los procesos sociales, políticos y culturales.
- ✓ Se hace necesario plantear políticas de desarrollo y reducción de la pobreza que tengan en cuenta las transformaciones poblacionales.
- ✓ Es importante realizar evolución de las políticas públicas con el fin de saber que tanto responden a los nuevos perfiles epidemiológicos de la población.
- ✓ El plan nacional de salud pública desde la perspectiva de sus enfoques se ha quedado corto frente al comportamiento demográfico y la transición epidemiológica dando como resultado no cubrimiento de toda su población; dentro de sus prioridades no se visualiza respuesta frente al envejecimiento poblacional; no se logra afectar determinantes en salud, aumento de inequidad , entre otros.

Bibliografía

1. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Desafíos sanitarios planteados por el envejecimiento poblacional. Boletín epidemiológico. 2011;90(2).
2. **HARPER S.** La capacidad de las instituciones de seguridad social y de asistencia medica para adaptarse a un mundo que envejece. Revista internacional de seguridad social; 2010. p. 3-4
3. **LARA RMYM.** Medicina y cultura hacia una formación integral del profesional en salud. In: s.a Pyv, editor. Mexico1999. p. 261.
4. **BAYARRE HO.** Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Geroinfo; 2006.
5. **VILLASANA LOPEZ PE.** La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. La habana: Revista cubana de salud pública; 2007.
6. **QUARESMA MDL.** Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. Revista Kairós2008. p. 21-47.
7. **ONU.** Regional Implementation strategy sea the Madrid Internacional Plan of Action on Ageing. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2002)2007.
8. **HARPER S.** La capacidad de las instituciones de seguridad social y de asistencia medica para adaptarse a un mundo que envejece. Revista internacional de seguridad social; 2010. p. 3-4.
9. **CELADE.** América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Boletín demográfico; 2002.
10. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Tendencias demográficas y de mortalidad en la región de las Américas, 1980- 2000. Boletín epidemiológico; 2002.
11. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Salud mundial: retos actuales. Informe sobre la salud en el mundo2003. p. Capitulo 1.
12. **NIETO MLO.** ¿Está preparado nuestro país para sumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? Barranquilla: Salud uninorte; 2007. p. 292-301.
13. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Hombres envejecimiento y salud, conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra2001.
14. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Salud en las Américas, perfil Colombia. 2007.
15. **CARMONA J-F.** Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. Bogota, Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2005. p. 464-80.
16. **DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA.** Censo general 2005. 2005.
17. **OPS. MINISTERIO DE PRTECCION SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD** Indicadores básicos de salud en Colombia 2010. 2010.
18. **CARMONA J-F.** Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. Bogota, Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2005. p. 464-80.
19. **MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.** Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Colombia2007.

20. FONDO DE POPLACION DE NACIONES UNIDADES (UNFPA). Analisis de situación en población para Colombia.Volumen 1. disponible en <http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=5>