

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/R.581(Sem.39/4)  
11 de mayo de 1987

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Reunión sobre Políticas Sociales, Transformación y  
Desarrollo en América Latina, organizada por la  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
con el patrocinio del Ministerio de Trabajo y  
Seguridad Social de Uruguay

Montevideo, Uruguay, 30 de junio al 3 de julio de 1987



LA POLITICA SOCIAL EN COLOMBIA: 1975-1986 <sup>1/</sup>

---

<sup>1/</sup> Este documento ha sido preparado por el señor Rodrigo Parra S., consultor de la División de Desarrollo Social de CEPAL, con la colaboración del señor Bernardo Jaramillo H. Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de su autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

87-5-544



## Indice

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION.....	1
II. SALUD.....	4
III. ALIMENTACION Y NUTRICION.....	15
IV. FAMILIA.....	21
V. EDUCACION.....	28
1. La expansión escolar.....	29
2. Políticas sobre educación y trabajo.....	32
3. La calidad de la educación y la reforma curricular...	33
VI. LA POLITICA ACTUAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA.....	38
VII. CONCLUSIONES.....	41
NOTAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
ANEXO ESTADISTICO.....	45



## I. INTRODUCCION

El período 1975-1986, interés de este trabajo, es uno de los períodos más complejos de la economía colombiana moderna. Inscrito de modo general en la crisis del capitalismo occidental y de modo más particular dentro de la crisis de América Latina y el Caribe, el desarrollo económico colombiano ha presentado especificidades que han llevado a considerarlo, de cierto modo, como un caso particular dentro del área.

El período descrito coincide con lo que se ha conocido como la etapa de agotamiento del modelo de modernización urbano-industrial imperante en los 50's y 60's y parte de los 70's. Modelo de modernización caracterizado tanto por la rápida expansión como por su corta duración y debilitamiento temprano. La rapidez en la expansión del modelo cambió radicalmente la faz del país por medio de la urbanización acelerada, la comercialización de la agricultura, el surgimiento de clases obrera y media de importancia, la terciarización de empleo y el desarrollo industrial. Por eso el agotamiento del modelo modernizador que empieza a sentirse en la segunda parte de la década de los 70's sorprende a la sociedad colombiana sin haber arreglado cuentas con el proceso modernizador y causa la ruptura de expectativas sociales en plena vigencia tanto en la educación como en el trabajo y la movilidad social, se avivan olas de desorganización social que se expresan tanto en los excesos del sector financiero, en la generalización de la corrupción en la administración pública, como en la creación de una economía subterránea de grandes proporciones.

El modelo económico colombiano a comienzos de la década del 70's estuvo dirigido a la promoción de exportaciones, especialmente las manufactureras y de productos agropecuarios. Como producto de la crisis internacional del 73 y de la crisis petrolera, los países industrializados cerraron en buena parte sus mercados a los productos del área, con lo que el ímpetu exportador que había tenido efectos positivos sobre el ritmo de acumulación y de industrialización, se frenó parcialmente. A partir de 1976 y hasta 1983, el sector externo experimenta dos nuevas bonanzas: "La bonanza cafetera de 1976 a 78 y la de narcóticos de 1978 a 1983; ambas afectaron perversamente al conjunto de la economía al financiar y abaratar las importaciones, y encarecer las exportaciones, efectos ambos de la revaluación del peso frente al dolar,

contribuyendo así a la desindustrialización del país". 1/ Paralelamente, el sector financiero que había alcanzado un auge importante a comienzos de la década cobra plena importancia en la vida económica, con la liberación de las tasas de interés. Los esquemas monetaristas introducidos en el campo de la política económica y el favorable desempeño del sector externo entre 1976 y 1980 llevan a que la política proteccionista inducida por el modelo anterior se vea disminuida y los controles administrativos que se ejercían sobre el comercio de importación disminuían trasladando la mayor parte del universo arancelario a las listas de libre importación. Los efectos que sobre el aparato productivo tuvo este proceso se reflejaron en una disminución de la productividad industrial, pérdida de competitividad de las exportaciones nacionales, alto ritmo inflacionario, déficit fiscal creciente.

En lo social los efectos no dejaron de sentirse. El rompimiento de las expectativas sociales generadas por el proceso modernizador, a que hemos hecho referencia, se expresan en un proceso creciente de marginalidad rural y urbana, crecimiento desmesurado del sector informal y recrudecimiento de fenómenos sociales de criminalidad, delincuencia y corrupción.

Puede hablarse, entonces, en la economía colombiana a partir de 1970 de dos fases claramente diferenciables: una de expansión acelerada entre 1967 y 1974 y otra de crecimiento y caída entre 1975 y 1980. Como resultado se generó una economía que al diversificarse tan intensamente como lo hizo, generó igualmente nuevas fuerzas económicas y sociales, lo que planteó a la planeación del desarrollo económico y social nuevos retos y limitantes. Ya no se trataba de ordenar el impulso modernizador de una economía básicamente rural: la complejidad que ganaron la economía y la sociedad colombianas exigía del Estado formas y mecanismos de intervención que consultaran más a fondo esa misma complejidad.

La excesiva centralización de las decisiones que no llegan a lo específico del problema regional en un país de tan amplia diversidad cultural como Colombia determinó que la intervención estatal a través del gasto público no lograra las metas expuestas en el plan mismo y por lo tanto no cumpliera su efecto redistributivo por un lado, y por el otro, cerraba el paso a la participación comunitaria en la comprensión y solución de sus problemas específicos. Se puede afirmar que la organización institucional del país fue rebasada por la estructura económica y social.

Por otro lado, las especificidades mismas de la crisis vivida por el país en el período 75-84, que a nivel del Estado se reflejaron en una profunda crisis fiscal, determinaron que la política económica cobrara una mayor importancia que los planes de desarrollo económico y social. Es característico de los planes formulados en 1975 y 1979 el establecimiento de una nueva política de atención al sector social fundamentada en la necesidad de maximizar la eficiencia de cada peso invertido en el sector, debido a que se consideraba que gran parte del esfuerzo presupuestal realizado no se había traducido en una mejora sustancial del bienestar de la población colombiana. En el período, "se evidencia que el Estado pasa a ocuparse cada vez más de las funciones de regulación y de control que de la acción directa. Su intervención se ha tornado más selectiva si se confronta con aquella que busca cubrir un espectro dilatado de campos. La primacía que se ha concedido a la política monetaria para recuperar la estabilidad a partir de 1974 hizo más patente y abierto el conflicto entre el plan (entendido como la inversión pública, el cual venía adquiriendo, cada vez más, un carácter redistributivo) y la política económica... Queda un vacío, no colmado aún, acerca de qué es lo social, ante el desplome del Estado Keynesiano". 2/ De este modo, la prioridad que cobra la política económica concebida en términos del manejo adecuado de las principales variables macroeconómicas, coloca entonces al Plan como un apéndice suyo. Si se toma el caso del último gobierno, bien puede hablarse no de uno, sino de varios planes de desarrollo, pues el proceso de ajuste macroeconómico global exigió modificaciones que implicaron virajes severos a la economía del país en 1984 y 1985.

La política social, específicamente en los campos de salud y educación, ha tenido como punto de partida conceptual la inducción de un efecto redistributivo, pero por las características de la administración estatal colombiana, en la que las apropiaciones para funcionamiento superan con creces a las de inversión y debido a la brecha entre presupuesto asignado y presupuesto ejecutado, la mayor parte de las acciones se quedan a mitad de camino por falta de recursos financieros. Si a esto se le adiciona la enorme dificultad existente en la articulación del plan nacional con los organismos e instituciones a nivel regional y local, el problema de la dispersión de esfuerzos y recursos se hace más evidente. Sólo en la medida en que se fortalezcan los organismos

de planeación y ejecución a nivel regional y local, podrá el Estado llevar a las regiones el contenido del Plan General. Indudablemente, ha existido una profunda preocupación y un interés decidido en abordar el análisis del problema regional en el país, pues las evaluaciones realizadas han detectado allí la mayor parte de los obstáculos a la planeación económica y social.

Otra deficiencia de la política social colombiana es que no ha podido lograr ni en su ejecución ni en su concepción la participación ciudadana. Fenómeno atribuible, por un lado, a la verticalidad del proceso de planeación en Colombia, a su no descentralización real que, en la mayoría de los casos, parte de diagnósticos generales, sin una previa evaluación de las políticas implementadas, lo que genera distorsiones, duplicidad de esfuerzos y desconocimiento de determinadas especificidades regionales. Por otro lado, la ya anotada debilidad regional y local en la planeación y ejecución de los programas, inhibe también la participación comunitaria en la solución de sus propios problemas.

En este trabajo se presenta una descripción general de lo acontecido en el período 1975-1986 en la política social del Estado en los campos de salud, alimentación y nutrición, familia y educación. El trabajo es una visión descriptiva de los planes y programas emprendidos por el gobierno, con una breve visión de su impacto y ejecución.

## II. SALUD

El estado de salud de la población, medido a través de una serie de indicadores básicos, ha sido uno de los factores de mayor peso, junto con el educativo, en la identificación del éxito de la política social y en un sentido más general, de la política de desarrollo. En el caso de Colombia, si se hace una mirada retrospectiva, los avances han sido indudables. Las políticas adoptadas durante la década de los 60's y la primera mitad de la década de los 70's tuvieron logros importantes en cuanto a atención directa a la población y a campañas de saneamiento

ambiental. Los indicadores de salud dan buena cuenta de ello. En este período 3/ se redujo la tasa de mortalidad para niños menores de cinco años, de 39.7 por mil en 1956 a 10.1 en 1964 y a 7.3 en 1972; la expectativa de vida al nacer pasó de 42 años en 1950 a 61.4 en 1976; la tasa de mortalidad en niños menores de un año varió de 135.8 por mil en 1950 a 59.6 por mil en 1976. La tasa de mortalidad por viruela, que en 1954 era de 60 por diez mil, se redujo a 1.2 por diez mil en 1960. El Estado, en el período, multiplicó su actividad, creando agencias especializadas como el Instituto Fomento Municipal (INSFOPAL), en 1957, dedicado a la solución de problemas de acueducto y alcantarillado; el Instituto Nacional de Cancerología en 1960; y el Instituto Nacional de Salud (1961), orientado al control y erradicación de endemias y enfermedades. Del mismo modo, se multiplicaron los recursos físicos y humanos del sector. "Entre 1950 y 1975 se elevó en seis veces el número de médicos, se triplicó el de hospitales y se mejoró considerablemente la dotación de los servicios de salud. El presupuesto del sector, medido a precios de 1970, pasó de \$153.1 millones en 1950 a \$434.0 millones en 1967 y a \$1.500.5 millones en 1975". 4/

Todo este esfuerzo, enmarcado dentro del contexto del acelerado proceso de modernización de la sociedad colombiana, ocurrido entre 1950 y 1970, no alcanzó a cubrir todas las demandas y en su mayoría, concentró la acción en determinados grupos sociales, específicamente aquellos grupos vinculados al proceso de modernización, la creciente población urbana de las grandes ciudades.

Las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre los sectores urbano y rural daban cuenta de una enorme brecha. "En 1974 el 77.3% del subsidio a la salud era recibido por el sector urbano. Cada familia del quintil más pobre del sector urbano recibía, en promedio, \$935 por año de subsidio de salud, mientras el nivel correspondiente para el sector rural era de solo \$339". 5/

En esos términos, es claro cómo el efecto redistributivo del gasto en salud, durante el período, cubrió de modo especial a los grupos urbanos de las zonas del país en que tuvo mayor velocidad e intensidad el proceso modernizador. Las experiencias de planeación en el sector salud

que se remontaban a el Plan Nacional de Construcciones Hospitalarias (1951), el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública (1961-1971) y el Plan Nacional de Salud (1968), derivan en 1975 y a partir de la adopción del concepto de Atención Integral en Salud, hacia la creación del Sistema Nacional de Salud, con el que comienza una nueva fase de planeación de las políticas sectoriales.

En 1974 termina en el país el Frente Nacional que había establecido la alternación en el poder de los dos partidos tradicionales en un afán de apaciguar la violencia política, característica del período 1948-1965. En el contexto económico, comienzan a sentirse en el país los efectos de la recesión mundial de 1973 y de los incrementos en el precio del petróleo, justo en el momento en que el país comenzaba a perder su autosuficiencia petrolera. Como efectos primeros de la crisis se frenaron rápidamente las altas tasas de crecimiento de la producción y el empleo de la década anterior, la inversión pública cayó y la política de promoción de exportaciones llegó a su pico con el auge del proteccionismo en los países industrializados. Todo este panorama, sumado a los objetivos de política económica del gobierno de Alfonso López Michelsen, lleva a un viraje claro en la política social, originado en las nuevas tendencias del gasto público, expresión clara del rompimiento con el modelo keynesiano del período anterior y su reemplazo por una estrategia monetarista que pretendía hacer de Colombia el "Japón de Sudamérica".

El gobierno lanza en 1975 el Plan Nacional de Desarrollo "para cerrar la brecha", en cuyo prólogo el Presidente afirmaba: "Desde los años treinta el país ha tenido el mismo Plan de desarrollo. Este consistió en un apoyo decidido y una alta protección al sector moderno de la economía.... El Plan de Desarrollo que se presenta ahora al Congreso tiene como orientación cerrar las brechas que el modelo tradicional de desarrollo ha creado." 6/

En ese contexto, el gobierno plantea su política social tomando como pilar el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), planteando como "dada la estrecha relación que existe entre los diversos problemas sociales en los campos de la salud, la educación y la nutrición, se ha enfocado su solución en forma integral a fin de lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos y el cumplimiento de los objetivos propuestos". 7/

Dentro del nuevo propósito de maximizar la eficiencia del gasto en el sector social el gobierno propone centralizar todas las acciones en el campo de la salud a través del sistema nacional de salud, por medio del cual se coordinan todas las instituciones, agencias u organismos que prestan servicios de salud a la comunidad. El funcionamiento del sistema nacional de salud busca prestar la atención según niveles operativos, de menor a mayor complejidad, con servicios de atención primaria, es decir, aquellos que requieren tecnología simple, cuya atención está a cargo de personal paramédico supervisado por médicos y enfermeras graduadas y es ofrecido en centros y puestos de salud. Dispensarios comunales y unidades móviles. La atención secundaria se ofrece en los hospitales locales y regionales, donde se atienden patologías más complejas con la participación de médicos generales, internistas, pediatras, cirujanos y obstetras. La atención terciaria se refiere a patologías que requieren un tratamiento altamente especializado y se presta en los hospitales universitarios e instituciones de alta tecnología en las grandes ciudades.

El diagnóstico realizado partía de reconocer los esfuerzos hechos en las décadas anteriores y enfatizaba los problemas de elevada tasa de mortalidad infantil (43% de la mortalidad total, en niños menores de cinco años); la carencia de servicios sanitarios adecuados (sólo el 29% de la población rural tenía servicio de agua potable); la baja cobertura de la atención oficial en salud (de una población asignada del 75% del total, sólo cubría el 39%); la baja capacidad hospitalaria y la concentración de los recursos humanos del sector.

Las políticas establecidas fueron:

- a) Aumento de la cobertura de los servicios de salud, con énfasis en la atención hacia el grupo materno-infantil.
- b) Disminuir la brecha en salud entre las zonas rural y urbana.
- c) Disminuir la morbilidad originada en enfermedades infecciosas y parasitarias.
- d) Aumentar la formación de personal paramédico y auxiliar.
- e) Integrar los esfuerzos que diversas agencias y sectores desarrollan en el sector salud.

Este conjunto de políticas utilizaría como instrumentos:

- a) El ya creado sistema nacional de salud.
- b) Las acciones del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- c) La creación de los centros de atención integral al pre-escolar.
- d) El fortalecimiento financiero de los hospitales a través de transferencias de fondos de impuestos a las ventas, loterías y licores.
- e) El plan de inversiones en acueductos y alcantarillados.

En el período siguiente, que va de 1978 a 1982, bajo el gobierno de Julio César Turbay Ayala, la orientación monetarista del manejo de la política económica se hace más evidente. Un período caracterizado por una bonanza en el sector externo, que impulsó una inadecuada política de liberación de importaciones y el consecuente debilitamiento de la posición competitiva de la industria nacional; la caída de las exportaciones, la ola inflacionaria y un incremento de la tasa de desempleo; el fortalecimiento del sector financiero y el crecimiento de la economía informal.

El plan de desarrollo presentado por el gobierno, "Plan de Integración Nacional" (PIN), partía de explicitar que en la década del setenta la prioridad presupuestal del Estado había estado dirigida al gasto en el sector social, lo cual hacía aparecer como evidente que el gasto en la creación de obras de infraestructura para el desarrollo económico se había limitado, y manifestaba su preocupación, en el sentido de que la década de los ochenta planteaba dos interrogantes de fondo: "El primero hace referencia al nivel hasta el cual se pueda o deba mantener esa tendencia creciente de la participación del sector social dentro del presupuesto nacional. El segundo, quizás el más fundamental, tiene que ver con la correspondencia entre el esfuerzo fiscal hecho y los resultados obtenidos. Es decir, tiene que ver con la inclinación o con la pendiente de la curva de los rendimientos reales de esas crecientes inversiones en el sector social". 8/

En esos términos, el plan plantea que es en el sector social "donde se cumple la premisa de que la abundancia de recursos no garantiza el desarrollo y que más bien los diagnósticos y las políticas son lo fundamental". 9/ Y es en estos puntos que centra su acción. En el sector salud, tras un prolijo diagnóstico de morbilidad de la población

colombiana y de una evaluación cuantitativa de los recursos físicos, humanos y presupuestales del sector, el plan entra a especificar sus objetivos de política, en forma muy concreta.

Al igual que en el anterior plan de desarrollo, se parte de reconocer lo que se ha hecho y los problemas que aun persisten de alta tasa de mortalidad infantil, baja cobertura y diferencias entre zonas rural y urbana; del mismo modo, plantea que esas insuficiencias y deficiencias "tienen que ver, en parte, con una asignación no del todo eficiente de los recursos, debido a políticas inapropiadas. Por esa razón, y de acuerdo con los lineamientos de la nueva política social, el PIN contempla, dentro del programa de acciones en el sector salud, una utilización y distribución más racional de los recursos, encaminada a lograr mayores coberturas especialmente en aquellos grupos más vulnerables y en las áreas más desprotegidas del territorio nacional. Así mismo, se pretende efectuar mejoras en la calidad de la atención a través de una prestación integral de los servicios y del desarrollo armónico del sistema nacional de salud". 10/

Las políticas van dirigidas hacia los distintos grupos etáreos, así:

1. Madres y menores de un año

Madres: disminución del 20% de la mortalidad

Menores de un año: disminución del 15% de la mortalidad

Se desarrollarán: cobertura del 80% en la atención médica a menores de un año; vacunación de todos los menores de un año; refuerzo en las actividades de atención primaria en salud; incremento de la cobertura del plan nacional de alimentación y nutrición; suministro de agua potable y alcantarillado al 78% de la población urbana y al 79% de la población rural nucleada.

2. Grupo de 1 a 4 años

Reducir la mortalidad específica del 8 al 6 por mil.

Incrementar la cobertura de atención médica ambulatoria en un 50%.

Extender la cobertura del PAN.

3. Grupo de 5 a 14 años

Reducir la mortalidad específica del 1.5 al 1 por mil.

Aumento del 30% en la cobertura de atención médica.

Programa de prevención de accidentes y traumatismos.

Programa de salud integral.

4. Grupo de 15 a 44 años  
Disminuir la tasa de mortalidad de 3.6 a 3.0 por mil.  
Desarrollo de actividades tendientes a reducir la morbimortalidad por lesiones personales, accidentes y traumatismos y cubrir el 100% de estos casos.  
Educación para la prevención del aborto.  
Cobertura del 100% en los casos de enfermedades venéreas.  
Incremento del 50% en el control de la contaminación ambiental.  
Extensión de la cobertura odontológica.
5. Grupo de 45 años y más  
Disminuir en 20% la tasa de mortalidad.
6. Control a enfermedades endémicas: Paludismo, Fiebre Amarilla, Dengue.

El gobierno que asciende en 1982, encabezado por Belisario Betancur, se enfrenta a la más aguda crisis de los últimos años, reflejo de la crisis general en América Latina y el Caribe. Una crisis que en Colombia se manifiesta en un creciente déficit externo comercial y de balanza de pagos, deterioro de la productividad industrial, crisis del sistema financiero y un enorme déficit fiscal. La orientación de la política económica sufrió un profundo viraje, retornándose nuevamente al modelo keynesiano de la década de los sesenta. La difícil situación económica, especialmente en el sector externo y la crisis fiscal, obstaculizaron la puesta en marcha de la mayor parte de los proyectos esbozados en el plan nacional de desarrollo "Cambio con Equidad".

La política social del plan de desarrollo se orienta a "erradicar los factores de extrema pobreza", con una orientación especial a establecer procesos de descentralización administrativa, buscando generar en los niveles locales respuestas a sus problemas particulares.

En el sector salud, el diagnóstico vuelve a retomar los problemas de morbimortalidad infantil, la prevalencia de enfermedades infecciosas y la baja cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado. Novedoso en el planteamiento del problema de salud es la diagnosis de causas de morbimortalidad más directamente ligadas a lo urbano, como la accidentalidad de tránsito, la incapacidad física, la drogadicción y el alcoholismo y la

cobertura de la seguridad social. El plan parte de considerar que "la prevención de enfermedades, el aumento de la cobertura de los servicios asistenciales a los grupos más desfavorecidos y la mejora de su calidad son, de una parte, objetivos que tienden a crear una mayor equidad social, y, de otra, objetivos estratégicos para elevar la productividad del trabajo, la cual depende en buena medida de la salud de la población". 11/ En busca de este objetivo plantea como premisa básica la organización más eficiente del sistema nacional de salud. Las metas que se plantea son:

1. Madres y menores de 5 años

- Disminuir a 40 por mil la mortalidad en menores de un año y disminuir a 7 por mil la mortalidad en niños de 1 a 4 años aumentando cobertura de los programas de crecimiento y desarrollo (60%); rehidratación e inmunización (80%); lactancia materna y nutrición; reforma de los centros de atención integral al preescolar y extensión de las tareas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- Disminuir la morbilidad materna en 10%.

2. Grupo de 5 a 14 años

- Reducir morbilidad por accidentes entre 15 y 20%.

- Programas de salud ocupacional para el menor trabajador.

- Incrementar la cobertura de atención médica (40%) y odontológica (50%).

3. Grupo de 15 a 44 años

- Reducir la mortalidad por homicidios entre 20 y 25%.

- Reducir la mortalidad por tuberculosis en 18%.

- Campañas de prevención con énfasis en salud ocupacional, drogadicción y salud mental.

4. Grupo de 45 ó más años

- Disminuir a 8% la mortalidad en el grupo de 45 a 59 años.

- Disminuir a 50% la mortalidad en el grupo mayor de 60 años.

5. Programas de control de enfermedades tropicales y programas dentro del Plan Nacional de Rehabilitación dirigidos a atender las necesidades de salud en las zonas afectadas por la violencia.

En la presentación de las políticas de salud de los tres últimos planes de desarrollo en Colombia hay una total coincidencia en algunos aspectos. Por un lado, los diagnósticos son similares, del mismo modo que las políticas generales, variando sólo en la cuantificación de las metas y en algunos instrumentos. Hay un elemento que confluye en los tres planes y es el del sistema nacional de salud, como pilar a partir del cual se implementaría la planeación del sector en todas sus fases.

Vale entonces la pena profundizar un poco en este elemento que parece ser, además del principal instrumento, el principal obstáculo a una adecuada planeación en salud.

A través de los distintos gobiernos el énfasis puesto en la gran cantidad de proyectos y programas, contaba con la integración sectorial como uno de los ejes a través de los cuales se incrementaría la eficiencia y se racionalizaría la inversión pública. El sistema nacional de salud fue tal vez uno de los proyectos en que se logró la anhelada integración intersectorial, con un marco jurídico y reglamentario definido, buscando concentrar los esfuerzos que a nivel nacional, regional y local venían haciéndose en el campo de la salud.

Los resultados en la práctica han demostrado que los avances en el sistema nacional de salud son más conceptuales y legales que prácticos. La planeación en salud se ha enfrentado al problema regional del país, donde los principios de centralización política y descentralización administrativa no han podido extenderse a cabalidad. El gamonalismo y el clientelismo político han hecho de la construcción de puestos de salud y hospitales, de la asignación de recursos humanos - financieros, un proceso caótico que ha duplicado la ineficiencia del conjunto del sistema.

En primer lugar, existe una gran dispersión en la oferta de servicios. El sector privado en salud atiende aproximadamente al 10% de la población del país en instituciones tecnológicamente bien dotadas y con servicios a los grupos urbanos de más altos ingresos. Las instituciones de seguridad social (instituto de seguros sociales, cajas de previsión social y cajas de compensación familiar) atienden un 15% de la población, específicamente, trabajadores de los sectores modernos de la economía. Un poco más del 75% de la población se encuentra asignada al subsector oficial

(Ministerio de Salud y sus instituciones). Pero de esta población asignada, el subsector no alcanza a atender más que un 66%. El cuadro Nº 1 muestra la oferta y funcionamiento de los servicios de salud en instituciones oficiales, según diagnóstico realizado en 1984. Se pueden observar las enormes deficiencias existentes en cuanto a cubrimiento, sin tener en cuenta la deficiente calidad en los servicios reales que se prestan.

El cuadro 1 refleja, por un lado, la existencia de un amplio grupo de población que aun queda por cubrir (especialmente dentro de los grupos de extrema pobreza urbanos y las zonas rurales marginales) y por el otro, una oferta no utilizada en la mayor parte de los servicios. En el aspecto de vacunación debe tenerse en cuenta que la Campaña Nacional de Inmunización entre 1984 y 1985, amplió sensiblemente la cobertura para niños menores de 5 años, convirtiéndose en una estrategia piloto para América Latina. El plan de desarrollo Cambio con Equidad buscó, con el fin de fortalecer los recursos tecnológicos del sector, vincular el sistema nacional de salud a algunas instituciones que no habían sido integradas a una política conjunta: el Instituto Nacional de Salud (INS), encargado de la investigación epidemiológica; el Instituto Nacional de Fomento Municipal (INSFOPAL) que abastece de agua y alcantarillado a pequeños municipios, el Fondo Nacional Hospitalario (FNH) que construye, dota y mantiene la red de hospitales públicos, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar dirigido a atender la población menor y brindar protección legal a la familia; y el Instituto Nacional de Cancerología. El compromiso de estas entidades integradas al sistema nacional de salud, como organismos de planeación y ejecución, podrá contribuir a hacer más eficientes los esfuerzos y la inversión en el sector. Con la reforma administrativa emprendida en 1987 por el gobierno actual que pretende brindar mayor autonomía a los municipios, se ha decidido el desmonte del INSFOPAL. La decisión puede tener un alto costo social, en la medida en que la mayor parte de los municipios en Colombia son muy pequeños y las unidades de planeación y ejecución, a nivel local, son muy deficientes, lo que podría generar un caos aun mayor.

Por el lado de los recursos físicos y humanos el sector salud ha tenido algunos logros indudables, aunque aun se encuentra lejos de los que se han considerado indicadores óptimos de atención e infraestructura.

En los cuadros Nº 2 y 3 (del Anexo) se presentan datos comparativos para 1970, 1975 y 1982 de los recursos del sector. Las cifras evidencian un indudable progreso en el crecimiento de los recursos humanos y físicos del sector. Pero hay que tener en cuenta que más que el número de instituciones, importa saber cuántas están funcionando efectivamente y cuál es la calidad de los servicios que prestan. Son comunes los casos en el país, de instituciones de salud, que han sido inauguradas sin la más mínima dotación, y pasan los años sin que se manifieste el menor interés por ellas. Valga anotar también cómo la conjugación de intereses políticos con la dirección de la ejecución de la política de salud, lleva a que determinadas regiones del país vivan temporalmente, "bonanzas de salud", en el sentido de que se multiplica la creación de centros y puestos de salud y hospitales sobredimensionados para la demanda concreta.

En cuanto a recursos humanos, puede verse que ha habido incremento en todos los niveles, especialmente en el nivel primario, auxiliares de enfermería y promotoras de salud; la concentración de estos recursos es tal vez el problema más grave. El desempleo profesional de médicos y odontólogos, fenómeno que empieza a presentarse en el país, se origina en buena parte en una desmotivación para el trabajo a nivel local, especialmente en zonas rurales y pequeñas poblaciones, y en la no creación de plazas para médicos originada en la asignación presupuestal.

Con respecto a este punto, es importante anotar cómo en la última década el sector salud ha visto disminuir su participación relativa dentro del presupuesto nacional. En 1970, el presupuesto de salud era el 1.0 del producto interno bruto y el 7.1% del presupuesto nacional; en 1975 esas proporciones eran 0.8 y 10.2, respectivamente; en 1983 la participación en el presupuesto era de 7.3%.

En el Cuadro 4 (del Anexo) se aprecia la evolución del gasto en salud dentro del presupuesto nacional entre 1975 y 1983.

A manera de conclusiones sobre la política de salud del Estado colombiano pueden adelantarse las siguientes observaciones:

a) Pese a los intentos realizados, particularmente al logro de una estructura jurídico legal definido, la integración en el sector salud es aún un proceso en gestación. El sistema nacional de salud, es un instrumento

eficaz pero que debe ser descentralizado efectivamente en lo operativo y mantener una centralización en la adopción de planes y programas.

b) Hacer procesos de planeación más participativos, menos verticales, es un imperativo del sector salud. Sólo una amplia consulta en los niveles regionales y locales, otorgando participación real a las comunidades y organismos asociativos de base en la formulación de diagnósticos y políticas, permitirá el logro de verdaderas eficiencias en el gasto en el sector y permitirá que las políticas superen el estrecho marco en que tradicionalmente han estado ubicadas.

c) La salud ambiental es tal vez uno de los aspectos sobre los que la planeación del sector debe buscar con más ahinco la integración. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, que en muchos países del mundo han sido completamente erradicadas, aún tienen carácter endémico en algunas zonas del país o presentan brotes esporádicos en otras. La razón puede hallarse en una excesiva centralización de la política en este aspecto. Urge, entonces, vincular a las comunidades y fortalecer los mecanismos de ejecución y planeación a nivel local en el control de la salud ambiental.

d) Por último, el balance de esta década, si bien demuestra los esfuerzos realizados, pone también de presente la persistencia en la ineficiencia del gasto y en la multiplicidad de esfuerzos sobre un mismo objetivo. Sólo mecanismos de evaluación sistemática de la aplicación de las políticas permitirán la reorientación de la acción del Estado en el sector.

### III. ALIMENTACION Y NUTRICION

Tal vez uno de los aspectos más difíciles de abordar dentro de la definición de la política social es el de la alimentación y nutrición de la población. Mucho se ha escrito sobre este problema en el país y también han sido muy diversas las formas de enfrentarlo. Tanto es así, que tradicionalmente ha habido dificultad en ubicar el problema en el contexto de los planes de desarrollo: unas veces se encuentra planteado dentro del conjunto de la política económica para el sector agropecuario, en otras se constituye en eje de la política social.

Se puede hacer referencia al problema en dos niveles. Por un lado, en cuanto a la oferta de alimentos y por otro en cuanto a la situación nutricional de la población.

Siempre se ha hablado de Colombia como un país con una intensa vocación agrícola, pero del mismo modo se ha hecho ver que en los últimos años ha habido un estancamiento en la actividad agropecuaria en general y en la producción de alimentos en particular, situación originada en la falta de políticas que desde el Estado incentiven el desarrollo del sector.

El sector agropecuario colombiano ha tenido siempre una enorme importancia dentro del producto interno bruto del país; en 1965 la producción agropecuaria del país representaba un 30% del PIB, en 1983 esa participación era del 21%. Si se compara esta participación con la de otros países se tiene que Colombia muestra, en América Latina, una de las participaciones más altas. Las estadísticas de producción agrícola demuestran que esta participación se encuentra muy correlacionada con la producción de alimentos.

Entre 1960 y 1978 según cálculos del DNP (véase cuadros 5 y 6 del anexo) el consumo aparente de alimentos en el país creció a tasas superiores a las del crecimiento de la población, lo que garantizaba un suministro adecuado y una elevación del consumo per-cápita de estos bienes, pero paralelamente, a partir de 1966 con el crecimiento del ingreso real, la demanda se incrementó incidiendo sobre los precios de los alimentos. En el período pueden distinguirse varias etapas, que como lo demuestran las cifras, determinan variaciones en los diversos componentes del consumo aparente, muy relacionados con las variaciones en el ingreso per cápita.

Un estudio realizado por el Centro Interamericano de Agricultura Tropical -CIAT- ubicaba para los países de América Latina el consumo de calorías y de proteínas según la fuente de donde éstas provenían. En Colombia los resultados fueron aquellos mostrados en los cuadros 7 y 8 del anexo).

Estas cifras indican que los colombianos obtienen el 78.9% de las proteínas que consumen y el 83% de las calorías que consumen, de los alimentos en referencia. Las cifras de producción agropecuaria indican que la oferta de alimentos en el país, como se vió arriba, ha crecido en forma importante.

Entre 1950 y 1983, según datos del DANE, la producción de algunos bienes alimenticios medida en miles de toneladas ha presentado el siguiente comportamiento:

- Cereales	:	de	1 013.8	a	3 344.9
- Oleaginosas	:	de	31.6	a	359.6
- Leguminosas	:	de	26.9	a	81.8
- Tuberosas	:	de	1 128.0	a	3 742.8
- Frutas	:	de	1 316.6	a	3 420.5
- Azúcares	:	de	647.0	a	13 321.7
- Sacrificio de ganado vacuno:		de	1 395 466.0	a	2 948 473.0

Todo este período se caracterizó por el avance de la agricultura comercial, que transformó las relaciones de producción en el campo, elevando la productividad y generando amplios excedentes para la exportación. El sector moderno de la agricultura lideró este proceso y se especializó en productos de alta rentabilidad y con posibilidades de exportación, mientras que el sector tradicional, que es el que produce la mayor parte de alimentos ha presentado síntomas de estancamiento originados en su dificultad de acceso al crédito, la tecnología y los insumos y a su posición desventajosa en cuanto a calidad de la tierra y capacitación de su fuerza laboral.

Así, la oferta de alimentos en Colombia tiene dos fuentes, por un lado, la agricultura comercial moderna, con altas tasas de crecimiento históricas y que surte a la industria agroalimentaria (que ha pasado de constituir el 2.0% del sistema de alimentos en 1960 a 3.0% en 1980) y la agricultura tradicional que produce la mayor parte de los alimentos de consumo directo.

En la última década, como producto de las prioridades establecidas por los gobiernos el sector agropecuario ha entrado en claro estancamiento que se refleja en la reducción en los números absolutos de la producción de algunos bienes (cereales: 3 482 miles de toneladas en 1979 a 3 344.9 en 1983; oleaginosas: 505.8 miles de toneladas en 1979 a 359.6 en 1983). Los factores que han incidido en ello son muy diversos y están relacionados con los ciclos externos de la economía colombiana. El período 1967-1974,

basado en la promoción de exportaciones significó para el sector agropecuario su mejor momento; a partir de 1976 con la bonanza cafetera y la persistente revaluación del peso colombiano frente al dolar, las exportaciones agropecuarias perdieron su competitividad y frenaron su ritmo de crecimiento.

Un diagnóstico de los principales problemas en el mercado de alimentos en Colombia, obligaría a actuar sobre tres frentes principales: el crédito, la tecnología y el mercado, pues es en estas áreas donde se concentra la problemática del sector. La agricultura tradicional que se realiza en pequeñas unidades por campesinos medios y pobres tienen en estos problemas el principal cuello de botella. Este sector aporta más de la mitad de los alimentos de consumo directo y es quien enfrenta la mayor parte de las dificultades especialmente en cuanto a crédito y comercialización.

Por otro lado, el incremento en los precios relativos de los productos agropecuarios está directamente vinculado a las características de su producción y comercialización. El índice de precios al consumidor para alimentos, tomando como base 1978, pasó de 100.0 a 311.3 en 1983 y a 372.5 en 1984. Sólo una política que corrija las deficiencias estructurales de la producción y comercialización de alimentos, buscando mayor producción a menores precios, podrá contribuir a que el crónico problema nutricional de la población colombiana vislumbre un cambio a mediano plazo.

El estado nutricional de la población es un problema multicausal en el que juegan un papel importante la producción y disponibilidad de alimentos, el consumo de calorías y proteínas y el aprovechamiento biológico. Las interrelaciones que se presentan entre estos factores son muy complejas. Algunos estudios han encontrado "una alta prevalencia de desnutrición, con un consumo promedio satisfactorio, de calorías y proteínas, lo cual, se ha explicado como un problema de aprovechamiento biológico donde tiene gran importancia la morbilidad y específicamente la enfermedad diarreica. La baja asociación entre la disponibilidad global de alimentos y la amplitud de la desnutrición ha orientado a pensar, también, que el problema no es tanto de baja producción o disponibilidad de alimentos, como de distribución y por ende, de consumo desigual entre los diferentes estratos de la población, donde desempeña papel importante la capacidad adquisitiva". 12/

Para comienzos de la década del 70 se diagnosticaba que la adecuación calórica y proteínica de la dieta promedio en Colombia no era la adecuada y se señalaba como problema fundamental la existencia de un alto grado de desnutrición en gran parte de la población infantil (los datos indicaban que la prevalencia de la desnutrición entre los niños de los barrios del sur de Bogotá era de 54.5% en 1968, de 50.5% en 1971 y de 50.6% en 1974). Por otro lado, la incidencia en la mortalidad infantil de causas como avitaminosis y otras enfermedades carenciales era muy alta. La adecuación calórica y proteínica, entendida como el porcentaje de nutrientes consumidos con respecto al total requerido, ha presentado variaciones importantes en Colombia. En el Cuadro 9 del anexo se presentan las cifras correspondientes a 1961, 1971 y 1981 de este indicador. Se pueden correlacionar estos datos con los de producción de alimentos, lo que permite inferir que ha habido una oferta suficiente de alimentos. El incremento en la adecuación de nutrientes así lo demuestra. Al desagregar los datos para 1981, según los niveles de ingreso de los hogares y según zonas urbana o rural, saltan a la vista diferencias importantes. En los hogares con un ingreso mensual hasta de \$ 5 310.-, el promedio de adecuación calórica y proteínica era de 96% y 86%, respectivamente; en los hogares con un ingreso superior a \$ 15 000.- los porcentajes eran de 107 y 111.

Para el mismo año, la distribución de los hogares según promedios de adecuación calórica y proteínica arrojaba también importantes diferencias (Ver cuadro 10 del anexo).

Los datos del Cuadro 10 llevan, entonces a repensar el problema nutricional de la población colombiana, como un problema vinculado más estrechamente con la situación de morbilidad y con los niveles de ingreso.

En el primer aspecto, como se anotó más arriba, el aprovechamiento biológico de los nutrientes consumidos se dificulta por la persistencia de condiciones de morbilidad, especialmente en la población infantil, expresada en la alta incidencia de patologías como la enteritis y otras enfermedades diarreicas, que constituyen la primera causa de egresos hospitalarios en la población menor de 4 años y es la sexta causa en la población entre 5 y 14 años. En este sentido, sólo una política de salud dirigida a la prevención de la incidencia de estas patologías podrá disminuir su peso en la situación nutricional.

En segundo lugar, se presenta el problema del ingreso de los hogares. En 1981, el 52.9% de los hogares recibía un ingreso mensual inferior a 10 000, mientras que sólo el 6.4% tenía ingresos superiores a 40 000 pesos; en la zona urbana el 44.5% de la población se encontraba en el primer grupo, mientras que en la zona rural esa proporción ascendía a 70.6%.

Como efectos de la crisis económica, la situación social colombiana ha ganado complejidad en la última década. Las altas tasas de desempleo abierto, la excesiva concentración del ingreso y el incremento en el índice de precios, especialmente de alimentos, configuran un cuadro social grave, uno de cuyos más claros síntomas lo constituye el elevamiento de los índices de desnutrición. Un estudio realizado en 1973 <sup>13/</sup> indicaba que en 1969, en Bogotá el 36.8% de las familias disponía de un ingreso inferior al necesario para comprar una dieta de costo mínimo y que un 76.8% de las familias tenían un gasto en alimentos inferior al valor de la dieta de costo mínimo, lo que indica que se encontraban subalimentadas. El mismo estudio muestra que en 1972 el porcentaje de personas cuyo ingreso no alcanzaba para comprar esa dieta, había ascendido a 41%, muestra de un notable incremento en la concentración del ingreso. La encuesta de 1981 reveló que una importante porción del ingreso mensual iba dirigido a la compra de alimentos (Cuadro 11 del anexo). El deterioro de los ingresos reales de la familia colombiana en los últimos años, debe haber incidido, entonces, en un incremento de los índices de pobreza y por ende, de desnutrición y subalimentación.

En este sentido, el Estado debe entrar a actuar sobre una mejora en la distribución subsidiada masiva de alimentos a los grupos más pobres de la población, aquellos a los que la crisis económica ha golpeado más violentamente.

La política central en la última década frente al problema de la alimentación y nutrición, la constituye el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), propuesto en 1975 por el gobierno de Alfonso López en el plan "para cerrar la brecha" y que ha tenido continuidad en los dos gobiernos posteriores.

El PAN fue establecido con el objetivo de "lograr un progresivo bienestar alimenticio de las clases socioeconómicas menos favorecidas, a través de un abastecimiento adecuado de alimentos nutritivos que, conjuntamente con el apoyo de distribución directa de otros nutrientes, contribuya al mejoramiento del estado de salud de esta población, especialmente de la población infantil". <sup>14/</sup> Los elementos de estrategia del Plan consistían en: a) Una estrategia de desarrollo agrícola dirigida a aumentar la productividad en el sector de la agricultura tradicional con la introducción de tecnología moderna de producción; con el incremento en la oferta alimentaria se frenará en parte la tendencia alcista de los precios de estos bienes, con lo que se actuará directamente sobre el problema nutricional al facilitar el acceso de las gentes de más bajos recursos a un mayor consumo de alimentos. El soporte básico de esta estrategia sería el Programa de Desarrollo Rural Integrado (DRI). b) Fomento a la producción de alimentos procesados de alto valor nutricional, aprovechando tecnologías desarrolladas en el país. c) Reorganización del sistema de comercialización de alimentos a través del estímulo a las formas asociativas de los productores, mejorando la infraestructura de vías y transporte, y con la reorganización del Instituto de Mercadeo Agropecuario (IDEMA). d) Programa de Educación Nutricional a través de medios masivos de comunicación y educación no formal. e) Acciones que en el campo de la salud contribuyan a un mejor aprovechamiento biológico de los alimentos, principalmente en la prevención de las enfermedades diarreicas y el saneamiento ambiental. f) Programa de distribución subsidiada de alimentos entre los grupos más pobres de la población.

#### IV. FAMILIA

La familia colombiana es una de las instituciones más afectadas por el impacto del proceso de modernización. Antes de 1950, la organización familiar colombiana se expresaba bajo formas regionales que respondían al tradicional aislamiento de vastas áreas, culturalmente homogéneas, que habían conservado su diferenciación, debido tanto al aislamiento físico como a su

relativa autonomía político-económica a través de su desarrollo histórico.

Entre 1950 y 1980 y como producto de la ola modernizadora que rápidamente quebró la estructura de ubicación de la población (en 1938 el 32% de la población vivía en el área urbana, en 1980 esa proporción asciende al 66%), varios fenómenos actuaron para dar a la organización familiar una complejidad en nada comparable a la diversidad de modelos familiares existentes entonces.

En primera instancia, el modelo familiar regional se entrecruza con las líneas de organización familiar derivadas de las nuevas formas productivas urbanas. El proceso que partió de la ciudad se fue diseminando hacia el campo donde cambia también la organización familiar, generando amplias corrientes migratorias hacia la ciudad. En este proceso, la ciudad también sufrió el influjo de las migraciones rurales en su organización social. En esos términos debe hablarse de una heterogeneidad en la organización familiar colombiana que responde no sólo a la superposición de los modelos regional y urbano, sino que incluye las mezclas interregionales en los centros urbanos que actuaron como polos de atracción de las corrientes migratorias.

Dos fenómenos tuvieron enorme impacto en la familia colombiana entre 1950 y 1970: la expansión del aparato escolar y el ingreso de la mujer a la educación y al trabajo, con lo que las expectativas sociales variaron en todos los grupos y se modificaron intensamente las conductas con respecto a la fecundidad, lo que trajo consigo una disminución de la tasa de natalidad y un profundo cambio en los patrones de nupcialidad.

Lo ocurrido en la familia colombiana permite definir, en la actualidad, tres modelos de organización que, aunque contienen una gran variedad de formas organizativas y valorativas, conforman tipos generales: la familia rural, la familia urbana marginal y la familia urbana integrada.

El desarrollo y mecanización de la producción agrícola crea en la familia rural nuevas formas de relación padres e hijos, originadas tanto en los efectos que sobre el proceso de socialización tiene la proletarización del trabajo agrícola, como en la brecha generacional inducida básicamente por el sistema educativo.

En la familia urbana los mayores cambios han sido producidos por el acceso masivo de la mujer a la educación y al trabajo, lo que ha presionado, también, cambios en los patrones de socialización y generado al mismo tiempo nuevas necesidades (guarderías, atención al preescolar) y nuevas presiones sobre la estructura familiar (drogadicción, delincuencia, desempleo).

En 1981, y dentro del marco del PAN, se realizó la Encuesta Nacional de Alimentación, Nutrición y Vivienda, como una etapa de la tradicional Encuesta Nacional de Hogares, que arrojó interesantes datos sobre la composición familiar, poniendo de presente fenómenos como el incremento de los hogares en que el jefe es mujer y por otro lado, la presencia significativa de familias extensas y compuestas, reflejo de una agudización de la situación socioeconómica de los hogares, que se ven obligados a ampliar su base, como forma de compartir gastos y aliviar así la presión económica.

En el plan de desarrollo 1975-1978 "para cerrar la brecha" no aparecen políticas específicas hacia el grupo familiar, salvo las que en el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN) hagan referencia a ella y la creación de los Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP) como un instrumento de política destinado a atender las necesidades de instituciones de atención al infante, en ausencia de la madre, vinculado íntimamente al masivo ingreso de la mujer a la educación y al trabajo.

En el texto del Plan, en cambio, aparece el diseño de una interesante política dirigida al tratamiento de la creciente marginalidad urbana. La política sugerida relleva su importancia en cuanto plantea una nueva forma de abordar el problema al afirmar que "el fenómeno de la marginalidad urbana se ha enfocado tradicionalmente como un problema eminentemente físico; es decir, deterioro urbano, déficit de los servicios públicos, invasiones y escasez de vivienda. De un tiempo para acá ha comenzado a entenderse que, si bien es cierto que existen notorios problemas de deterioro físico, la marginalidad es fundamentalmente una condición social resultante de la falta de acceso a los servicios de educación y salud, y de la falta de oportunidades de empleo para un amplio sector de la sociedad urbana; todo lo cual tiene obviamente hondas repercusiones económicas y sociales que se traducen en la no incorporación de un grupo cada vez mayor de población a los beneficios del desarrollo económico". 15/

Como se anotó antes, una de las características del proceso de modernización vivido por el país fue la rápida migración campo-ciudad y el crecimiento de las grandes ciudades. La participación de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla en el total de población varió de 13,6% en 1951 a 20,6% en 1964 y a 24,9% en 1973. Por otro lado, la proporción de habitantes que viven en ciudades de más de 200 000 habitantes pasó de 20,1% en 1951 a 34% en 1973 y en ciudades de más de un millón de habitantes varió de 9,3% en 1951 a 19% en 1973. La ciudad colombiana no estaba preparada para recibir las grandes olas de migrantes, pues no se habían previsto las ampliaciones debidas de los servicios públicos domiciliarios y por otro lado, con el comienzo del agotamiento del modelo modernizador las oportunidades de empleo escasearon, generando de ese modo una marginalidad creciente.

Con el fin de atender a estos grupos de población, la política concebida fue el programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas marginales urbanas (IPC), el cual "acepta como premisa fundamental el que la población marginada puede incorporarse a los beneficios del desarrollo si se ataca el problema en forma integral y coordinada; entendiéndose como enfoque integral aquel que contempla acciones de salud, capacitación, empleo, servicios comunitarios, actividades culturales y recreativas, vivienda y servicios públicos". 16/

El programa buscaba mejorar las condiciones de vida en los sectores más pobres de la población, así: a) Protección a la familia con énfasis en la infancia y la juventud con acciones específicas en servicios preescolares, educación, cultura, salud, nutrición, recreación y deporte. b) Creación de empleo, capacitación y organización de empresas individuales o comunitarias. c) Mejoramiento de las condiciones de vivienda y servicios públicos.

Los instrumentos principales escogidos para la implementación de esta política fueron los Centros de Desarrollo Vecinal (CDV) y los Bancos de Trabajo.

Los Centros de Desarrollo Vecinal son las unidades operativas de prestación de servicios a la familia, la niñez y la comunidad, donde se integran los servicios de salud y educación y los servicios comunitarios de carácter cultural, recreacional y nutricional.

Los Bancos de Trabajo se conciben como los mecanismos de creación de empleo dentro de los Centros de Desarrollo Vecinal, tienen como objetivo proporcionar, mediante una organización flexible y práctica, herramientas, equipos, materiales y asesoría técnica. Igualmente actuarán como bolsa de empleo dentro de la zona de influencia,

En la selección inicial de localización del programa se excluyeron las cuatro principales ciudades del país, por considerar que en éstas se concentraba la oferta de la mayor parte de servicios sociales y que se deseaba reorientar las corrientes migratorias hacia las ciudades intermedias.

En este programa se tiene como soporte básico la participación comunitaria a nivel local a través del Comité Directivo Local y la generación de posibilidades de mejoramiento de su situación a través de la promoción, organización y capacitación de sus miembros.

Del mismo modo, se plantea la necesidad de la integración de servicios entre las diversas agencias del Estado coordinadas por la Secretaría de Integración Popular de la Presidencia de la República.

En el periodo 1978-1982 se da continuidad al programa con los mismos objetivos y metas, integrándolo al conjunto de la política nacional de atención al menor en las áreas marginadas urbanas y enfatizando la necesidad de promover el liderazgo local a través de capacitación y formación de líderes comunitarios.

El presupuesto establecido para el programa entre 1978 y 1982 ascendía a 4400 millones de pesos, más del 90% de ellos destinados como presupuesto de inversión. La meta en este periodo era cubrir 23 poblaciones y atender en cada una de ellas entre 30 y 40 mil personas, lo que arrojaría una cobertura cercana al millón de habitantes.

En el Plan de Integración Nacional (PIN) se plantea, tras un diagnóstico detallado de la problemática existente, una política nacional de atención al menor. Definiendo como menor el grupo de población comprendido entre 0 y 18 años, que para 1980 representa casi el 50% de la población, el diagnóstico establecía como áreas de reconocida problemática: "a) Desmejoramiento relativo de sus condiciones de vida con respecto a la población adulta, dentro del marco de un crecimiento económico sostenido. b) Elevadas tasas de mortalidad y persistencia de enfermedades fácilmente prevenibles

en los menores de 5 años. c) Creciente desprotección de la población preescolar como consecuencia de los procesos sociales ocurridos en las últimas décadas. d) Bajos niveles de retención y escolaridad en la población de 7 a 14 años, a pesar de la significativa expansión de las oportunidades educativas. Este grupo se encuentra a su vez expuesto a la explotación y al abandono por parte del adulto, situación que alcanza su más aguda expresión en el gaminismo y en la utilización de mano de obra infantil. e) Reducida cobertura del aparato educativo en secundaria y escasas oportunidades de empleo para los jóvenes que presionan sobre los mercados de trabajo, deficiencias éstas que favorecen la aparición de ciertas patologías sociales como la drogadicción y la delincuencia". 17/

En términos del anterior diagnóstico, el gobierno plantea como políticas de acción en este campo, las siguientes: a) Frente a la población preescolar se plantean acciones en salud (disminución de la morbilidad, y desnutrición) y socialización ampliando la cobertura de los centros de atención preescolar. b) Para la población escolar entre 5 y 14 años se propone actuar sobre la incidencia de la accidentalidad y aumentar el nivel de retención escolar en el nivel primario del área rural y llevar a cabo acciones sobre la calidad de la educación. c) Realización de programas educativos específicos para grupos indígenas. d) Realización de programas educativos especiales para niños y jóvenes con problemas de aprendizaje.

Por otro lado, se colocaba especial énfasis en el menor desprotegido total o parcialmente, vinculando diversas instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), programa de Desarrollo Rural Integrado (DRI), Programa de Integración y Participación Comunitaria, Instituto Nacional para Sordos, Instituto Nacional para Ciegos.

El presupuesto asignado para el período 1980-1982 para el desarrollo de estas acciones ascendía a 22 mil millones de pesos. El gobierno de Belisario Betancur, utilizando como instrumento general de política el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (creado en 1979) y bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, plantea en "Cambio con Equidad" su política de atención integral a la familia.

Los objetivos trazados son: "mejorar las condiciones de empleo, ingresos y seguridad social para la familia; ampliar la cobertura de los

servicios de atención, que se le prestan, vinculándola en la solución de sus problemas; fortalecer los servicios de educación y capacitación de la pareja; prevenir las causas que conducen a la desintegración familiar y al abandono de la niñez; y fomentar la coordinación de los organismos públicos responsables de la atención a la familia". 18/

En el proceso de ejecución se utilizarían los centros de atención integral al preescolar, concibiéndolos mejor como centros de atención a la familia y a la comunidad. Por otro lado, se reforzaría el trabajo comunitario a través de los centros de desarrollo vecinal.

1983 fue declarado como Año de la Familia Colombiana, para el que se organizaron comités para promover la ejecución de programas especiales; del mismo modo, en 1985 con la declaratoria del año internacional de la juventud, se implementaron algunas acciones en los campos de la prevención de la drogadicción y de la recreación. En el campo de las políticas hacia la familia el Estado colombiano no ha logrado avanzar mucho. Desde la creación, durante el gobierno de Lleras Restrepo, del ICBF y algunas modificaciones, introducidas a la legislación sobre familia, el Estado ha actuado en una situación de pleno desconocimiento de fenómenos que, como se anotó al comienzo, gravitan sobre la estructura de la familia colombiana. Las políticas dirigidas a la mujer que trabaja, buscando ofrecerle instrumentos de apoyo para el cuidado de sus hijos, prácticamente han fracasado. El país requiere de un programa de multiplicación de atención al preescolar, atención integral, reorientando los deficientes servicios que hoy se prestan en condiciones deplorables, debido al ahogamiento presupuestal.

Por otro lado, la situación de la población joven colombiana plantea importantes retos a la política social. La drogadicción, la violencia y la delincuencia juvenil actuales, son sintomáticos de un profundo malestar en la juventud, originado en un quiebre de sus expectativas frente a la educación y al empleo. Una amplia reforma al sistema educativo, que revalorice la relación educación-trabajo, y una política de generación masiva de empleo para los jóvenes, son necesidades inaplazables en la política social. El actual gobierno, en su campaña contra la pobreza absoluta, tiene en el propuesto Servicio Social Obligatorio, un instrumento eficaz, tanto para generar empleo para los jóvenes, como para hacerlos actores y participantes de la transformación del país.

## V. LA EDUCACION

El tardío pero acelerado proceso de modernización de la sociedad colombiana que empieza con la segunda postguerra implica el cambio de una concepción elitista de la educación hacia un enorme esfuerzo de expansión y de cobertura de la población. La modernización misma exigía una población de características diferentes: alfabeta, con posibilidad de manejar conceptos abstractos, con conocimientos sobre las bases de las nuevas tecnologías y con capacidad para desempeñarse en una economía más compleja. Por otra parte, la modernización misma implicó procesos de movilidad social y presiones de los nuevos grupos por el acceso a la educación. Dentro de ese contexto social se gestan los tres pilares de la política global de la educación, que siguen vigentes: 1) La expansión de la cobertura educativa a todos los niveles y, por lo tanto, la construcción de escuelas (que se lleva fundamentalmente a través del Instituto Colombiano de Construcciones Escolares, ICCE), la formación de maestros para un sistema educativo en rápida expansión (escuelas normales y facultades de educación) que experimentan un rapidísimo crecimiento primero y luego un descenso hacia la segunda parte de la década de los sesentas. 2) Un intento por mejorar la calidad de la educación llevado a cabo particularmente a través de reformas curriculares parciales y de intentos de cambio por mejorar la formación de los maestros. 3) Políticas dirigidas a vincular la educación con el mercado de trabajo, que se implementaron a través del proceso de diversificación de la educación secundaria y superior, siguiendo hasta cierto punto, las variaciones derivadas de la oferta y la demanda de mano de obra.

Durante todo el proceso de modernización se ha dado especial énfasis a las políticas de expansión y de diversificación. Las políticas referentes a la calidad de la educación han quedado en segundo plano y solamente en los últimos años se ha mostrado un interés real en ellas con intentos por llevar a cabo una reforma curricular.

### 1. La expansión escolar

La ampliación de la cobertura escolar es tal vez la política educativa más importante y más continuada durante el período de modernización. Las estadísticas dicen que en 1982 se había logrado cubrir prácticamente el acceso a la educación primaria ya que la tasa de escolaridad era del 98%. Sin embargo, la misma tasa para las áreas rurales era de solamente el 67%.

La deserción es también muy alta: en las ciudades solamente el 50% de los que empiezan el ciclo lo terminan y en las áreas rurales el 17%. La mayor deserción rural se explica no solamente por razones socio-económicas y de distancias geográficas sino también por la naturaleza de la oferta escolar: en las áreas rurales solamente el 34% de los establecimientos ofrecen los cinco cursos mientras que en la ciudad lo hacen el 70%. No obstante, esta situación parece haber mejorado sustancialmente en los últimos años. Por otra parte, alrededor del 38% de los maestros de primaria carecen de título idóneo para esta actividad y, mientras esta situación se aplicaba al 38.1% de los maestros rurales y al 20.9% de los docentes en pequeños conglomerados, la cifra era del 17.5% para las ciudades. No obstante, el mejoramiento ha sido notable ya que en 1972 el porcentaje de maestros no graduados en las áreas rurales era del 58.3%

La creciente tasa de cobertura en la educación primaria se explica no solamente por el incremento en los servicios sino también en el descenso en la población en edad escolar, particularmente en las áreas rurales, debido a la transición demográfica. En efecto, entre el principio y el final de la década del setenta el número de establecimientos en las áreas rurales aumentó en un 31.5% mientras en las ciudades solamente crecía en un 17.3%. Igualmente, el número de profesores creció en un 77% en las zonas rurales y en 47% en las urbanas. A pesar de estos ritmos de crecimiento algunos informes sostienen que el atraso en la capacidad del sistema educativo rural con respecto al urbano es de unos quince años.

En 1974 el Estado asume la prestación de servicios a los niños menores de 7 años. La cobertura alcanzada es, sin embargo, actualmente muy baja pues solamente llega a un poco más del 11%. Entre 1979 y 1982 la tasa

de cobertura ha crecido en un 30%, en buena parte debido al bajo crecimiento de la población en esas edades. Por otra parte, la prestación de este servicio ha favorecido fundamentalmente a los centros urbanos. El censo de atención integral al preescolar realizado en 1979 muestra que en esa fecha el 86.9% de los centros se encontraban ubicados en áreas urbanas, un 12.6% en las rurales y solamente un 0.5% en zonas indígenas.

Las políticas de expansión del sistema escolar y de incremento de la cobertura de la población en edad escolar, sin duda, han tenido avances de mucha importancia. No obstante, algunos grupos como los habitantes de las áreas rurales, los indígenas y muy posiblemente los pobladores de zonas marginales urbanas así como también la población de las regiones menos desarrolladas han gozado en un grado muy inferior de los efectos de esta política. Hacia ellos se dirigen algunos programas fundamentales desarrollados durante los últimos años como Escuela Nueva, Mapa Educativo, Fomento de la Educación Básica en Areas Rurales y Centros Menores de Población, Concentraciones de Desarrollo Rural, Camina, Sena.

Escuela Nueva es una experiencia pedagógica que intenta integrar los conocimientos en áreas y adaptar la práctica docente al contexto social y natural, por una parte, y ofrecer con un número menor de profesores el servicio educativo primario completo, por otra. Escuela Nueva ha logrado extenderse a más de 1 500 escuelas rurales y cubrir más de 50 000 niños. El número de escuelas rurales que no cuentan con 5 años de primaria llega a 15 000, lo que indica que Escuela Nueva tiene un gran potencial y que el camino que falta por recorrer es aun muy grande.

El Plan de Fomento Educativo en Areas Rurales esta dirigido a cubrir las necesidades educativas primarias de las poblaciones menores de 7 000 habitantes y utiliza la metodología de Escuela Nueva. Se ha iniciado en cinco departamentos para después extenderse al resto del país.

Las Concentraciones de Desarrollo Rural tienen como objetivo promover el desarrollo integral en zonas particulares con la colaboración de grupos de salud y desarrollo agropecuario. Sus objetivos, sin embargo, se han visto obstaculizados por la renuencia de los otros sectores a participar y se hallan centradas en el trabajo del sector educativo. En 1982 había 41 Concentraciones que cubrían 87 000 estudiantes de primaria y 40 000 adultos.

El Mapa Educativo comienza a funcionar en 1977 y constituye una herramienta de importancia para la descentralización educativa, la deficiente asignación de recursos y el aislamiento del sistema escolar y se basa en la organización de núcleos y distritos educativos que permiten el flujo de información para propósitos administrativos y de planeación. El número de núcleos ha crecido rápidamente y en 1982 llegan a más de 2.500 que son en su mayoría rurales. Uno de sus obstáculos principales, no obstante, ha sido la interferencia de los sistemas políticos locales y regionales que tienen poder para el nombramiento de maestros y directivos educacionales con criterios diferentes a los de la calidad.

La campaña de alfabetización que se transformó en la Campaña de Instrucción Nacional, CAMINA, ha intentado ofrecer educación formal y no formal a la población vulnerable (infantes, adultos, ancianos y limitados) a través de los medios de comunicación por medio de programas básicos de educación para el trabajo, recreación, desarrollo cultural, seguridad social, basándose en los conceptos de educación continuada, permanente e integral.

Este servicio compromete la participación del Ministerio de Educación, del Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con el fin de mejorar el equipamiento biológico y nutricional de los infantes dentro de la perspectiva del Plan de Atención Integral a la Familia. En este sentido incluirá la participación del Proyecto Escuela de Padres y el aprestamiento de la comunidad para el manejo de guarderías y campañas sobre el trabajo del menor. De igual manera el SENA ofrece programas de educación formal e informal para áreas rurales a través de métodos a distancia.

Entrada ya la década de los años ochenta, en Colombia había más de tres millones de analfabetas absolutos, alrededor de dos millones de analfabetas por desuso y cerca de dos millones y medio de limitados físicos y mentales. Este gran volumen de población por atender ha sido objeto de políticas de instituciones como Acción Cultural Popular, Fondo de Capacitación Popular, SENA, INCI, INSOR y las campañas de alfabetización Simón Bolívar y CAMINA. Sus programas, sin embargo, no han logrado disminuir de manera significativa el problema. El analfabetismo sigue siendo un problema de importancia para la erradicación de la pobreza y un obstáculo fundamental para la participación ciudadana de una proporción muy elevada de la población.

## 2. Políticas sobre educación y trabajo

La política global de más trascendencia sobre la educación y el trabajo en la educación y el trabajo en la educación secundaria es la diversificación, por medio de la cual se crearon especializaciones al bachillerato clásico que capacitaban para salir directo al mercado de trabajo. Entre ellas figuran la especialidad de comercio, pedagogía en las escuelas normales, técnicas y agropecuarias. Entre estas directrices hay que resaltar el papel del SENA y los Institutos de Enseñanza Media Diversificada - INEM -. Por otra parte, una serie de entidades privadas y oficiales han estado ofreciendo cursos de educación no formal y de organizaciones comunitarias. En este caso, es particularmente notable el trabajo de la Federación Nacional de Cafeteros en la formación de empresarios agrícolas debido tanto a la particular estructura de tenencia de la tierra, como a las características familiares de la organización de la explotación del café.

Estas políticas, sin embargo, se han visto obstaculizadas por cambios en la tecnología agrícola que ha producido tendencias hacia la concentración de la producción y por restricciones en la demanda de las habilidades que enseña la escuela secundaria diversificada, hasta el punto de que Colombia ha jugado el papel de exportador de mano de obra calificada a los mercados de Venezuela y, en menor medida, de Ecuador y Panamá. La crisis de la modernización ha jugado en este sentido un papel muy importante, especialmente en la generación de desempleo de personas con estas habilidades.

La crisis de la modernización, por otra parte, se relaciona directamente, desde el punto de vista del empleo, con la poca fuerza que ha tomado la diversificación en el nivel secundario, en lo que se refiere a la matrícula que sigue siendo predominantemente en el bachillerato clásico. En efecto, durante el auge modernizador, la relación entre educación y empleo seguía los lineamientos planteados por la teoría del capital humano y de los recursos humanos: el mayor desempleo correspondía a la población con menor grado educativo (23.7% para los analfabetas, 13.5% para los egresados de la secundaria y 10.8% para los que tenían educación superior), pero ya a finales de los años setenta esta situación había cambiado drásticamente y

se había invertido (5.2% y 7.9% para los que no tenían educación o solamente educación primaria, 8.3% y 9.5% para los egresados de educación universitaria y normalista, 21.0% para los que tenían educación técnica secundaria). Esta situación plantea serios interrogantes a la política de diversificación secundaria y sugiere la necesidad de pensar en nuevos caminos.

### 3. La calidad de la educación y la reforma curricular

Generalmente se ha entendido en Colombia la calidad de la educación como la eficiencia del sistema educativo y en este sentido se ha tomado por calidad la disminución de la deserción escolar, la capacidad de respuesta de los estudiantes a los tests escolares o nacionales y el grado de escolaridad y capacitación de los docentes. Existen, sin embargo, otros fenómenos educativos que se refieren a las relaciones entre escuela y sociedad, a la relación pedagógica entre maestros y alumnos y a la cultura escolar, que es necesario considerar para contrastarlos con la política educativa.

Colombia es un país de grandes diferencias de desarrollo regional, de brechas aun notables entre lo rural y lo urbano y de tradiciones culturales muy diversas entre región y región. En esas circunstancias, la existencia de un currículo único de educación básica juega un papel muy importante, en cuanto es una herramienta para crear una conciencia de nacionalidad y de transmisión de la cultura urbana moderna, pero al mismo tiempo genera dificultades particulares y profundas que merecen ser destacadas y tomadas en cuenta para el mejoramiento de la calidad de la educación.

El currículo de educación primaria y secundaria ha adolecido de un notable atraso con respecto a los avances del conocimiento, y para ponerlo al día se ha estado llevando a cabo, en los últimos años, un programa de reforma curricular de significado. Este programa ha contado, sin embargo, con múltiples obstáculos de índole ideológica, política y administrativa que ha retrasado notablemente su implementación. Pero tal vez el problema más agudo que tiene que enfrentar proviene del sistema educativo mismo y se refiere a los factores que impiden el mejoramiento de la calidad de la educación. Parece importante mencionar

cinco de los factores de mayor relieve que están influyendo en la aplicación de la reforma curricular.

El primer factor se refiere a la naturaleza misma del proceso de enseñanza-aprendizaje, que tradicionalmente se lleva a cabo en la educación colombiana. La relación pedagógica, por medio de una serie de caminos que no es del caso detallar aquí, produce una aguda separación entre la teoría y la práctica. De esta manera el conocimiento se hace estéril, la práctica docente lleva al memorismo y se convierte en acumulación de información y, por ende, se escamotea el entrenamiento en procesos creativos y se genera una educación que no es socialmente eficiente puesto que no conduce a una apropiación del conocimiento, útil para entender a través de ella el mundo en que se actúa y, por supuesto, para participar en su transformación.

Esta tradición se expresa en una capacidad de los docentes de verbalizar las metas y los medios didácticos para obtener una educación creativa, crítica, participativa y centrada en los intereses del estudiante y, al mismo tiempo, llevar a cabo una práctica perfectamente tradicional. Esta separación entre los niveles del discurso y la práctica en cuanto a las políticas educativas, las concepciones pedagógicas y su aplicación real, al igual que la separación entre la teoría y la práctica en la relación de enseñanza-aprendizaje, se constituyen en un fuerte obstáculo para la diseminación de la reforma curricular, ya que se corre el peligro de cambiar el discurso sin cambiar la práctica.

El segundo de los factores que hay que tener en cuenta es el autoritarismo pedagógico que es consecuencia directa del fenómeno mencionado anteriormente, ya que parece ser la incapacidad del docente de crear conocimiento pedagógico, de unir teoría y práctica lo que lo lleva a concebir (y practicar) una relación maestro-alumno en que el conocimiento se osifica, se convierte en información, en dogma científico y en memorismo, a definirse como fuente de autoridad en el plano del conocimiento o a apoyarse en otros autores para sacralizar "la respuesta". Se cierra también, de esta manera, el camino al desarrollo de la creatividad, la crítica y la participación.

El tercer factor se refiere a la cultura escolar. La organización social de la escuela que implica la participación de diferentes actores (profesores, administradores, alumnos, padres, comunidad) necesita, por supuesto, de la creación de sistemas de normas, valores y conductas que le den una directriz a la acción social de la educación. Todos los grupos humanos crean también una "contracultura" que entra en conflicto con la cultura y que es fuente de conflicto o su expresión. En los casos en que esa "contracultura" es demasiado poderosa, se pueden poner en peligro las metas de la organización. Este parece ser, por lo menos en algunos casos que se dan de manera más frecuente y aguda en la escuela de los grupos menos favorecidos, la situación de la escuela colombiana. En los casos extremos, podría denominarse "esquizofrenia cultural" y tiende a hacer cierto el dicho heredado de la Colonia: "se obedece pero no se cumple". Este fenómeno es el correlativo de la separación teoría-práctica y del autoritarismo pedagógico que se presenta en el mundo del conocimiento. De estos fenómenos se derivan dos maneras de presentar el trabajo por parte de los docentes, que parecen de suma importancia para la implementación eficaz de una reforma curricular puesto que afectan, de manera más aguda a los campesinos y a los marginales urbanos.

La función urbanizadora que desempeña la escuela en las áreas rurales colombianas es, desde el punto de vista de la socialización, la superimposición de una socialización secundaria a la socialización primaria que lleva a cabo la familia y la comunidad rural. La eficiencia de la escuela en este sentido esta vinculada con la comprensión que el maestro tenga de la socialización primaria. Es decir, con la comprensión que logre de elementos fundamentales de la organización campesina particular y con su habilidad para utilizar estos conocimientos y buscar nexos entre la visión del mundo urbanizado y moderno, portador del conocimiento científico, y la naturaleza del mundo rural. Así, el desarrollo de esta habilidad que magnifica la acción de la escuela puede plantearse como vinculado con la formación del maestro en las ciencias sociales aplicadas a la educación. Esto es particularmente importante en una sociedad que, por una parte, tiene una gran variedad de formas de organización social y cultural y, por otra, presenta un alto grado de migración laboral entre los maestros. De allí la trascendencia

de las políticas de formación y capacitación de los maestros en este aspecto y la importancia de una política de adaptación del currículo a los diferentes contextos sociales presentes en la sociedad colombiana.

En las áreas urbanas marginales se presenta la conjunción de dos fenómenos que crean una situación de crisis en la escuela: una población privada del capital cultural que supone la escuela, desnutrida, de niños que trabajan, con pocas posibilidades de movilidad social y con padres generalmente no vinculados con el sector moderno de la sociedad y, al tiempo, las deficiencias en la formación del docente enunciadas anteriormente. Esta situación doblemente problemática ha generado una actitud que es ya endémica en maestros, padres y alumnos y que podría ser llamada la "pedagogía de la desesperanza". Los maestros creen que la escuela no es de utilidad real para los estudiantes, no constituye una educación socialmente eficaz y por lo tanto restan importancia y laboriosidad a su tarea, actitud que se transmite a estudiantes y padres. Esto se refleja en una disminución de la intensidad académica, en uso del tiempo escolar en actividades de otra índole y en que, según un estudio realizado en Bogotá, se dicten solamente un quinto de las horas de clase que se deberían dictar. Tal situación afecta de manera muy grave las posibilidades de los grupos marginales urbanos pues la exposición a la escuela es fundamental para la creación de hábitos, actitudes y valores, que son fundamentales, tanto para la participación en la compleja vida urbana moderna, como para la adquisición de formas de participación ciudadana que sirvan de base para la democracia.

Estos fenómenos muestran la complejidad de la implementación real de una reforma curricular que pretende modernizar el conocimiento básico de los habitantes de una sociedad, formar ciudadanos creativos, participantes, particularmente cuando se piensa en los grupos más desprotegidos como los residentes en las áreas rurales y en los grandes conglomerados marginales de las áreas urbanas. Tal situación implicaría no solamente una reforma curricular, que constituye, por supuesto, una herramienta fundamental en el mejoramiento de la calidad de la educación, un programa de textos escolares puesto que el 99% de los estudiantes de primaria tienen menos de un texto, sino también reformas fundamentales de la formación de maestros, de su

capacitación y de cambios en la cultura escolar, especialmente en los contextos sociales menos favorecidos.

Pueden, en consecuencia, obtenerse las siguientes conclusiones sobre el diagnóstico y las políticas de educación:

- a) A pesar de la existencia de un buen número de programas para facilitar el acceso de la población al sistema escolar o a la educación no formal, a pesar de los avances logrados en la última década en la cobertura educativa, la magnitud de la población que queda excluida es todavía significativa, especialmente entre los grupos campesinos y marginales urbanos. El esfuerzo educativo que implica la erradicación de la pobreza es aún muy grande.
- b) Parece necesario racionalizar el gasto en educación, de tal manera que el funcionamiento del aparato educativo permita incrementar los gastos de inversión.
- c) Uno de los problemas centrales parece ser la dificultad para establecer mecanismos operativos de integración, tanto intrasectorial como intersectorial, proceso fundamental para la planeación integrada de la lucha contra la pobreza. La ineficiencia burocrática y los conflictos entre diversos programas han obstaculizado, de manera sustancial, la aplicación de algunas metas fundamentales de las políticas planteadas.
- d) Otro obstáculo en el nivel local y regional de la aplicación de programas que benefician la educación de las zonas menos favorecidas tiene que ver con la organización política, que tiene capacidad de nombrar maestros, y que lo hace con criterios políticos y no desde la óptica de la aplicación de los planes y programas derivados de las metas educativas.
- e) Ha existido una concepción muy simplista del problema de la calidad de la educación y de sus relaciones con la sociedad. Se requiere una reformulación de este problema y reformas de fondo en la formación de los maestros, en su capacitación y un refuerzo de la reforma curricular.

## VI. LA POLÍTICA ACTUAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

El gobierno que se inició el 7 de agosto de 1986 ha planteado como uno de sus pilares centrales de política la lucha contra la pobreza. Esa política ha sido apenas esbozada en algunos documentos y da sus primeros pasos en la aplicación. Plantea que en los gobiernos anteriores el 50% de la capacidad de inversión pública se ha canalizado hacia los sectores de electricidad, hidrocarburos, minería, infraestructura vial y de transporte. Intenta cambiar el rumbo de la economía hacia programas que incrementen la creación de empleo y la transformación de las prioridades sectoriales. Incluye al sector privado mediante grandes procesos de concertación, y la movilización de los beneficiarios de la política de lucha contra la pobreza, por medio de asociaciones comunitarias de diverso tipo.

La política se orienta hacia los grupos más vulnerables, como campesinos y marginales urbanos y hacia las regiones menos desarrolladas del país.

En términos cuantitativos, la lucha contra la pobreza se dirige al 40% de la población de más bajos ingresos y de más baja integración dentro de la corriente moderna de la economía.

Cuatro fenómenos se tienen particularmente en cuenta:

1. La generación de empleo, para lo cual se reorientará la inversión pública hacia el gasto social y las actividades más generadoras de empleo productivo. Se establecerán incentivos dentro de una estrategia que obtenga un desarrollo equilibrado de los mercados internos y externos, se apoyará una producción masiva de bienes básicos y una adecuada política salarial.
2. El Plan Nacional de Rehabilitación, dirigido a las regiones afectadas por fenómenos de violencia y de falta de integración a la economía nacional. Se promoverá en estas zonas la creación de obras de infraestructura vial, que permitan su integración con el resto del país, y se crearán incentivos para su desarrollo.
3. La organización institucional estará a cargo de una Comisión Coordinadora del Desarrollo Social, integrada por los ministros de las ramas sociales y dirigida por el Presidente de la República. Se apoyará en un consejo consultivo en el que participarán los grupos afectados. Se crearán grupos similares o Consejos Locales y Regionales de Desarrollo Social.

La consecución de recursos financieros se buscará dentro de los siguientes parámetros: a) Reorientación del crédito externo e interno y del gasto público hacia el gasto social y las actividades que generan más empleo. b) La búsqueda de nuevos créditos externos destinados especialmente a estos programas. c) La reorientación de los excedentes derivados del café y el petróleo.

Los proyectos específicos que integran este plan se congregan en los siguientes aspectos: la rehabilitación de asentamientos humanos subnormales, salud básica para todos, aprovisionamiento de bienes básicos, mejoramiento del hogar, educación básica para todos, y una organización y promoción de la comunidad para su participación en el plan.

a) La rehabilitación de asentamientos humanos subnormales pretende dotar de agua potable, disposición de aguas servidas, basuras, accesos, pavimentado, transporte colectivo, servicio de energía, espacios públicos para la recreación, actividades comunales y guarderías infantiles. Se diseñarán también, nuevos asentamientos en los cuales la vivienda, los servicios públicos y el equipamiento urbano se tomarán en forma integral y serán ejecutados por agencias municipales o regionales y con participación de la comunidad. Los servicios públicos se ampliarán del 60% al 80% en acueducto y del 44% al 54% en alcantarillado y se incrementará la oferta de los demás servicios para la población más pobre. El transporte urbano se ampliará, en particular, los corredores de transporte masivo que conducen a los barrios más pobres.

b) Se creará un sistema nacional de atención médica primaria con promoción de salud, prevención y control de enfermedades, dando prioridad a los barrios marginales, las áreas rurales y otros grupos específicos. Para este programa se completará la red de puestos, centros de salud y hospitales locales, cuyos servicios se centrarán en la atención al embarazo, planificación familiar, control de presión arterial, vigilancia del desarrollo del niño, y enfermedades tropicales. De igual manera, se dará prioridad a la ampliación del seguro social, la protección de la salud infantil, la oferta de medicamentos básicos a precios reducidos y la atención de urgencias.

c) Se creará un "Plan Nacional de Seguridad Alimentaria", que genere la producción y comercialización de alimentos básicos de la canasta familiar. El gobierno asegurará fuentes estables y suficientes de financiamiento para la producción en el campo, por medio de la Caja Agraria y de El Fondo Financiero

Agropecuario, así como también la producción y distribución de los productos manufacturados de la canasta familiar.

d) El mejoramiento del hogar incluye el procurar empleo a los trabajadores de las familias más pobres, por medio de las obras públicas; ofreciendo asistencia financiera para la formación de unidades productivas familiares, asociaciones independientes, grupos precooperativos, y formas asociativas que mejoren la productividad y el ingreso. Se formará un servicio social, prestado por jóvenes, para mejorar el nivel de vida de las familias y comunidades. Se piensa que un contingente de 30 000 profesionales entrará a formar parte de este programa. Se incrementarán los servicios a la primera infancia, guarderías, jardines y centros infantiles, y se llevarán a cabo programas selectivos a madres y niños con complementos alimenticios.

e) El programa de universalización de la educación primaria se centrará en la ampliación de la cobertura educativa rural para llegar a los niveles urbanos y ofrecer escolaridad de cinco años. Se distribuirán textos gratuitamente a las escuelas de áreas rurales y marginales urbanas. Se intensificará la dotación de bibliotecas escolares, muebles y mejoramiento de la planta física, la construcción de aulas y la capacitación de los docentes. Se reducirá el analfabetismo adulto y se llevarán a cabo campañas de autocuidado de la salud, nutrición, mejoramiento del hogar y conservación del medio ambiente utilizando, entre otros, a los profesionales del Servicio Social.

f) Para la organización y promoción de la comunidad para su participación en el plan se deberá articular a las comunidades con el aparato institucional. Se movilizarán personas, familias y comunidades con la asistencia del Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas, el SENA, la Dirección General de Integración de la Comunidad con el objetivo de que ellos participen en los programas de obras públicas como contratistas, en la concepción y ejecución de los planes de rehabilitación urbana, en la conformación de unidades asociativas de trabajadores independientes, en la formación de nuevas unidades productivas y en la organización de formas asociativas de prestación de servicios profesionales.

## VII. CONCLUSIONES

El análisis de la política social colombiana durante la última década en las áreas de salud, alimentación y nutrición, familia y educación, permite aproximarse a algunas conclusiones generales orientadas a sugerir campos prioritarios donde debe concentrarse el esfuerzo de planeación para lograr una mayor eficiencia en la implementación de los programas y proyectos.

En primer lugar, se hace imperativo definir que es lo social dentro del conjunto del Plan de Desarrollo, para evitar lo que ha ocurrido persistentemente, que en la relación política social-política económica termine sacrificada la primera en aras de la búsqueda de la estabilidad macroeconómica. Solo la formulación de políticas coherentes y estables, basadas en diagnósticos precisos y una asignación efectiva de recursos para su ejecución. Podrán lograr que Colombia logre cerrar la brecha que la improvisación de la última década dejó abierta.

En la parte operativa de la planeación social se ha detectado como obstáculo fundamental la inexistencia de una coordinación intra e inter institucional, que permita que formulaciones integrales de acción sobre un problema específico puedan llevarse efectivamente a cabo. La única posibilidad que han tenido algunos programas en el país ha sido que su dirección ejecutiva se encuentra directamente asignada a la Presidencia de la República, en caso contrario sus probabilidades de fracaso se aumentan sensiblemente.

Lograr la integración interinstitucional se hará posible en la medida en que se fortalezca la dirección de los programas y proyectos y se establezcan Programas de capacitación para los funcionarios de las diversas instituciones comprometidas, a fin de motivar, por un lado, su participación activa en la realización de los planes y, por el otro, fortalecer su capacidad de seguimiento de los programas establecidos. Mientras el aparato burocrático central no asuma responsablemente el compromiso, las dificultades de implementación a nivel regional y local serán más intensas.

Otro punto sobre el que hay que actuar prioritariamente es en el del fortalecimiento de los mecanismos de planeación y ejecución a nivel regional y local. La articulación del Plan General de Desarrollo en el contexto específico de las regiones choca, bien contra el clientelismo, el gamonalismo y las cerradas estructuras de Poder regional, o con la incapacidad de las instituciones y de los funcionarios. En este sentido, hay que profundizar en el análisis de la problemática regional y en el fortalecimiento de los organismos de planeación, así como en la capacitación de sus agentes.

Un factor decisivo en los cambios futuros de la situación social colombiana se encuentra en la capacidad que la política social tenga para comprometer la participación ciudadana en proyectos que impulsen, por un lado, la democratización de la acción social y por el otro, rompan la visión paternalista de la política social del estado. Comprometer a la comunidad, impulsando las formas asociativas (grupos de barrio, juntas de acción comunal, cooperativas) y promoviendo la creación de nuevas formas generará una amplia base democrática al proceso de cambio social.

En aspectos como la política educativa, después del fenómeno de la expansión escolar, debe venir, subsecuentemente un énfasis en el problema de la calidad, que no se quede sólo a nivel teórico, sino que sea la resultante de un proceso permanente de investigación que contribuya a mejorar la formación del hombre colombiano del futuro.

Por último y como requisito fundamental, la política social colombiana debe contar con políticas e instrumentos definidos de evaluación a fin de evitar así el desperdicio de recursos y la multiplicación de acciones, factores que han frenado en muchas ocasiones la posibilidad de lograr metas más ambiciosas.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kalmanovitz Salomón, "Economía y Nación: una breve historia de Colombia" CINEP, Universidad Nacional, Siglo XXI Editores, Bogotá, 1985.
2. Reveiz Edgar, "Evolución de las Formas de Intervención del Estado en la Economía en América Latina". En : Lecturas sobre Economía Colombiana , Pro-cultura, Bogotá, 1985.
3. DNP, "La Economía Colombiana 1950-1975", en Revista Planeación y Desarrollo, Vol. IX, N° 3, Oct.-Dic. 1977.
4. Ibid, pag. 46
5. Ibid, pag. 47
6. DNP, "Para Cerrar la Brecha", Plan de Desarrollo Económico y Regional 1975-1978, Bogotá, 1975, pag. V.
7. Ibid, pag. 131
8. DNP, "Plan de Integración Nacional 1979-1982", Bogotá, 1979, Tomo I, pag. 37.
9. Ibid, pag. 56.
10. Ibid, pag. 215.
11. DNP, "Cambio con Equidad", Plan Nacional de Desarrollo 1983-1986, Bogotá, 1983.
12. Neira Cristina et al., "Situación Nutricional de la Población Colombiana", En Revista Planeación y Desarrollo, Vol. XV, N° 2 y 3, abril - septiembre 1983.
13. Ochoa Mario, "Hambre y Desnutrición en Colombia", En Problemas Agrarios Colombianos, CEGA-Siglo XXI Editores, Bogotá, 1986, Pag. 62.
14. DNP, "Para Cerrar la Brecha", Op.cit.
15. Ibid, pag. 141
16. Ibid, pag. 142
17. DNP, "Plan de Integración Nacional", Op.Cit., Tomo II, pag. 354.
18. DNP, "Cambio con Equidad", Op.cit. pag. 271



ANEXO ESTADÍSTICO



Cuadro N° 1

SECTOR SALUD

OFERTA Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS EN INSTITUCIONES OFICIALES

	Responsabilidad (1)	Oferta Posible (2)	Ejecución real (3)
Consulta médica	78.7	34.7	30.0
Hospitalización	78.7	34.7	30.0
Tratamiento odontol.	78.7	8.0	6.2
Acción Prev. odontol.	100.0	18.5	12.6
Control de enfermería	78.7	23.1	25.2
Visita de Promotores	100.0	40.3	33.8
Vacunación(0 a 4 años)			
-BCG	100.0	42.1	30.9
-DPT	100.0	51.5	29.8
-Antipolio	100.0	51.0	26.9
-Antisarampión	100.0	48.6	31.3

Fuente: Ministerio de Salud, Diagnóstico de Salud, Políticas y Estrategias  
Minsalud - OPS - OMS; Bogotá, Junio de 1984.

- (1) % del total de la Población  
(2) % de Población factible de atender  
(3) % de Población cubierta.

Cuadro N° 2  
INDICADORES SECTOR SALUD

	1970	1975	1983
N° de instituciones	741	825	910
N° de camas	47218	44642	45480
Camas / 1000 habitantes	2.24	1.90	1.69
N° de egresos hospitalarios	1082840	1263237	1661166

Cuadro N° 3

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

	1970		1975		1983	
	N°	Tasa /10000 Hb	N°	Tasa /10000 Hb	N°	Tasa /10000 Hb
Médicos	9299	4.4	11491	4.9	21778	7.9
Odontólogos	3455	1.6	4123	1.8	7990	2.9
Enfermeras	1844	0.9	2759	1.2	5020	1.8
Auxiliares de Enfermería	7616	3.6	13539	5.8	23000	8.4
Promotores	1507	0.7	3293	1.4	4600	1.7

Fuente: Ministerio de Salud, Op.Cit.

Cuadro N° 4

PARTICIPACION DEL PRESUPUESTO DE SALUD EN EL PRESUPUESTO NACIONAL  
1975 - 1983

Año	Participación
1975	10.2
1976	9.5
1977	8.5
1978	7.4
1979	7.8
1980	9.1
1981	8.5
1982	7.9
1983	7.3

Fuente: Minsalud, División de Información  
Macroindicadores de la salud en Colombia 1970 - 1983  
Bogotá, Enero de 1984.

Cuadro N° 5

TASAS DE CRECIMIENTO GEOMETRICO

PRODUCCION, IMPORTACION, EXPORTACION Y DISPONIBILIDAD FISICA DE  
ALIMENTOS

1960 - 1978

Tasa de Crecimiento %	1960-1978	1960-1966	1966-1974	1974-1978
Producción	3.8	3.1	4.1	3.7
Importaciones	8.3	9.2	6.9	8.7
Exportaciones	6.1	11.5	-2.0	13.1
Disponibilidad	3.8	3.3	4.3	3.5

Cuadro N° 6

TASAS DE CRECIMIENTO DE LA DEMANDA, OFERTA Y PRECIOS RELATIVOS DE LOS ALIMENTOS

1960 - 1978

Tasa de Crecimiento %	1960-1978	1960-1966	1966-1974	1974-1978
Ingreso Per-capita	3.53	2.22	4.45	4.34
Población	2.72	2.99	2.74	2.13
Demanda interna final (cantidad)	4.42	4.06	4.88	4.21
Disponibilidad de materias primas alim.	3.78	3.27	4.27	3.52
Precios relativos alimentos/no alimentos	0.88	1.15	0.66	1.56

Fuente: Ibid.

Cuadro N° 7

DISTRIBUCION DEL TOTAL DE PROTEINAS SEGUN FUENTE

1975 - 1977

Frijol	2.5
Carne de res	19.7
Carne de cerdo	3.1
Pollo	1.9
Huevos	2.1
Trigo	6.8
Arroz	11.9
Maiz	13.6
Leche y derivados	15.2
Pescado	2.1

Fuente : Revista Estrategia # 99 Mayo 1986, pag. 34.

Cuadro N° 8

DISTRIBUCION DEL TOTAL DE CALORIAS SEGUN FUENTE

1975 - 1977

---

Azucar	23.8
Trigo	5.6
Maiz	11.7
Arroz	13.1
Yuca	5.1
Papa	3.8
Frijol	1.3
Carne	5.9
Leche y derivados	5.2
Grasas	7.7

---

Fuente: Ibid pag. 35

Cuadro 9

ADECUACION CALORICA Y PROTEICA 1961, 1971, 1981

---

	1961	1971	1981
Adecuación calórica %	94.4	95.1	102.0
Adecuación protéica %	85.0	85.0	99.0

---

Fuente: DNP - La economía colombiana 1950-1975.  
DANE-DNP-PAN Encuesta Nacional de Alimentación, Nutrición, Vivien-  
da, 1981.

Cuadro 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS HOGARES POR NIVELES  
DE ADECUACION DE CALORIAS Y PROTEINAS SEGUN  
ZONAS 1981

	Total nacional	Urbano	Rural
<u>Calorias</u>			
Menos de 80	28.3	28.7	27.5
80-99	18.9	19.4	18.1
100 y más	52.8	51.9	54.2
<u>Proteinas</u>			
Menos de 80	31.4	28.4	37.6
80-99	16.1	16.2	15.9
100 y más	52.5	55.4	46.5

Fuente: DANE-DNP-PAN Op.cit.

Cuadro 11

INGRESO MONETARIO Y GASTO MENSUAL EN COMPRA DE  
ALIMENTOS (%) 1981

Nivel ingreso (\$)	Total nacional	Urbano	Rural
Hasta 10 000	97.9	103.1	90.0
10 001 a 20 000	59.3	62.3	50.5
20 001 a 40 000	41.6	42.4	37.2
40 001 y más	19.4	20.0	13.3
Total	48.8	47.0	55.9

Fuente: DANE-DNP-PAN, Op.cit.

Cuadro 12

HOGARES SEGUN SU COMPOSICION 1981

	Nuclear	Extensa	Compuesta	Unipersonal	Total
- Total nacional	56.6	29.9	9.4	4.1	100.0
Promedio de hijos	5.0	6.3	7.0	1.0	5.4
- Urbano	56.1	30.7	9.1	4.1	100.0
Promedio de hijos	4.8	6.2	7.0	1.0	5.3
- Rural	57.6	28.3	10.0	4.1	100.0
Promedio de hijos	5.5	6.5	7.2	1.0	5.8

Fuente: DANE-DNP-PAN Encuesta Nacional de Alimentación Nutrición y Vivienda, 1981.

Cuadro 13

HOGARES SEGUN JEFE 1981

	Nuclear	Extensa	Compuesta	Unipersonal	Total
Jefe hombre	86.7	70.7	77.4	52.0	79.
Jefe mujer	13.3	29.3	22.6	48.0	20.
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.

Fuente: Ibid.