



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Panorama de eventos en salud pública

Resumen ejecutivo
Informe 14



Observatorio Nacional de Salud

Instituto Nacional de Salud
Observatorio Nacional de Salud

Panorama de eventos en salud pública

CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social

GIOVANNY RUBIANO GARCÍA

Director General Instituto Nacional de Salud

CRIS ENCARNACION REYES GOMEZ

Secretario General Instituto Nacional de Salud

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA

Director Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Cotes-Cantillo
Gina Vargas-Sandoval
Diana Díaz-Jiménez
Pablo Chaparro-Narváez
Andrea García-Salazar
Liliana Hilarión-Gaitán
Jean Carlo Pineda-Lozano
Luis Eduardo Olmos Sánchez
Lorena Maldonado-Maldonado
Daniela Rangel-Gil
Carlos Castañeda-Orjuela

Síntesis y edición

Juan Camilo Acosta Gómez

Diagramación y Diseño

Claudia Clavijo Arboleda

Apoyo

Daniela Daza Vargas
Diana Santana-Rodríguez
Gimena Leiton Arteaga
Paola Beleño Salas

2023

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Panorama de eventos en salud pública; Resumen ejecutivo décimo cuarto informe técnico especial, (Pag. 38). Bogotá, D.C., 2022. Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/ los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente.

El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co

Todos los derechos reservados © Colombia, febrero de 2023 ONS © 2023

Nota: el presente documento es un resumen ejecutivo del Informe Técnico Especial número 14, "Panorama de eventos en salud pública". Por tal motivo, los capítulos completos, sus referencias, la totalidad de los gráficos y la descripción de las metodologías implementadas pueden ser consultadas en el documento original publicado en la página WEB www.ins.gov.co

Una de cada cinco muertes maternas ocurre en mujeres indígenas

Mortalidad materna en comunidades étnicas

Se considera mortalidad materna el fallecimiento de una mujer en gestación o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo, independientemente de la duración, lugar de nacimiento y resultado del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, mas no por causas accidentales o incidentales (cita OMS 2019). Si bien la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Colombia ha disminuido desde 2013 en mujeres indígenas y en aquellas sin pertinencia étnica, entre 2008 y 2020 se observa la persistencia de brechas en contra de la población indígena, negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente. Se trata así de un fenómeno que las políticas públicas y las acciones territoriales aún no logran resolver.

Las probables y múltiples causas de la mortalidad materna en poblaciones étnicas requieren ser observadas desde una mirada transversal que, además de los retos de acceso de servicios de salud en áreas dispersas, pasa por el análisis de los factores culturales, las dinámicas de la sexualidad y la reivindicación histórica de los pueblos indígenas que fomentan su reproducción en aras de su supervivencia. Así mismo, se debe entender la influencia que tienen los determinantes sociales de la salud (DSS), el acceso a los servicios de salud y la falta de garantía de derechos que sufren comunidades particularmente afectadas por violencias estructurales, simbólicas, de género y relacionadas con el conflicto armado. Personas que enfrentan graves vulneraciones de derechos humanos y están en riesgo de exterminio físico y cultural.

Según la Gobernadora del Cabildo, en Puerto Carreño, Vichada, en su jurisdicción se concentran 3.000 indígenas de todas las edades víctimas de desplazamiento interno, además de migrantes venezolanos. Las niñas y mujeres indígenas enfrentan inseguridad alimentaria y nutricional, que se traduce en explotación sexual que resulta en embarazos no deseados, lo cual conduce a un riesgo de mortalidad materna debido al contexto de precariedad y violencias basadas en género.

La explotación sexual de niñas y jóvenes indígenas aumenta la probabilidad de gestaciones desde el inicio de la fertilidad, lo cual genera proclividad a la multiparidad a lo largo de sus vidas, como corroboran funcionarias de protección social y seguridad materna del municipio. Según los datos de Estadísticas Vitales de la bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), citados en el plan de gobierno, las tasas específicas de fecundidad en la niñez (10 a 14 años) son de 4,3 por 100.000 en Vichada mientras el valor nacional es de 2,8. Adicionalmente, en la adolescencia (15 a 19 años) la tasa en el departamento es de 66 y la nacional de 61,1.

“Es muy doloroso ver a mi pueblo enfrentarse al exterminio por no contar con un techo ni una comida diaria, lo mínimo para subsistir. (...) Por eso, recurren a los residuos en la basura y se da la prostitución de niñas y jóvenes para alimentarse y sobrevivir, nada lo justifica, pero es por hambre” (Lideresa Sáliba).

En los estudios de caso realizados se identifican algunos elementos probablemente relacionados con las causas de la mortalidad materna indígena:

• **Delitos y graves violaciones a los derechos humanos:** a causa de la explotación sexual y el proxenetismo, que generan otros problemas de salud pública como la alta propagación de infecciones por transmisión sexual como la sífilis y el VIH/SIDA.

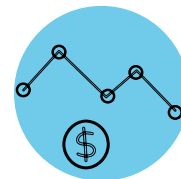
• **Uniones tempranas:** se fundamentan en las propias cosmovisiones en el pueblo Embera Katío y algunas etnias del Orinoco como las Wamona, Sikuani, Amorua y Jiw. Las uniones tempranas conllevan a embarazos adolescentes y algunos de estos resultan en muertes maternas.

• **Ausencia del ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos:** los hombres, generalmente los esposos, ejercen la traducción e interlocución de los espacios de consultas médicas y brigadas de salud. Esto significa el condicionamiento de las interacciones a sus voluntades e intereses, y genera particular sospecha con los temas de planificación y métodos anticonceptivos.

• **Sobrecarga de cuidados de otras personas (niños, niñas, adultos mayores) y del hogar:** lo que restringe la posibilidad de desplazarse por largos trayectos o ausentarse por días del hogar, en la búsqueda de controles prenatales, consultas ante dolencias y complicaciones.

• **De corte cultural:** partos domiciliarios que pueden resultar en hemorragias y fatalidad cuando el embarazo ha sido riesgoso. Esta probable causa genera desafíos relacionados con la preservación de las tradiciones asociadas a la gestación en las cosmovisiones indígenas.

• **Falta de acceso** a servicios de atención primaria en salud, obstétricos y de emergencias por largos desplazamientos entre los resguardos y centros de atención, el estado de las vías y los costos de desplazamiento que no son reintegrados por las Entidades Promotoras de Salud y la dificultad para garantizar el talento humano requerido en el personal de los Planes de Intervenciones Colectivas.



Propuesta de algunas acciones para afrontar la problemática

1. Articular acciones desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) :

a. Enlazar con prácticas propias de las comunidades, bajo un abordaje diferencial que combine los enfoques de derechos humanos como los derechos colectivos de autodeterminación y autogobierno de los pueblos indígenas.

b. Adecuar los servicios de salud a los contextos de la población étnica desde un enfoque territorial.

c. Generar normatividad y guías de práctica en salud intercultural que reconozcan los saberes de los sistemas médicos tradicionales de los pueblos indígenas y cualificar el talento humano con este enfoque.

d. Construir intervenciones situadas y adecuadas socioculturalmente entre entidades promotoras de salud y lideresas, mayores y sabedoras indígenas sobre educación y derechos sexuales y reproductivos que relacionen métodos anticonceptivos, periodos intergenésicos, salud y cuidado de la mujer, etapas y riesgos de la fecundidad.

e. Realizar el entrenamiento a parteras tradicionales, crear hogares de paso maternos y adaptar interculturalmente los servicios de salud obstétrica.

2. Promover diálogos con las comunidades indígenas:

a. Mejorar los niveles de autonomía de las mujeres indígenas en la fecundidad y la distribución de los cuidados en el hogar desde un enfoque de género.

b. Reforzar procesos pedagógicos que resalten la importancia de la higiene en los partos y de incorporar un enfoque preventivo que fortalezca la asistencia a los controles prenatales y sienta diálogos en las comunidades sobre planificación y métodos anticonceptivos.

c. Ampliar la discusión sobre las diversas posibilidades de proyecto de vida diferentes a la maternidad para las mujeres indígenas.

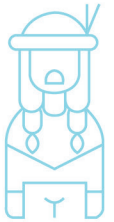
Los datos

Según el informe de mortalidad materna del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud (INS), en Colombia durante 2021 ocurrieron:



Diferencia de RMM en las poblaciones:

Indígena	Otros
183,6 casos por 100.000 nacidos vivos	68,5 por 100.000



A partir de la información de estadísticas vitales (EEVV) del DANE, de 2008 a 2020 ocurrieron:

6.386 muertes maternas: el 19,97% (1.275) en población con alguna pertenencia étnica

Las indígenas tienen tres veces más riesgo de morir que gestantes sin pertinencia étnica:

613 muertes (9,6%)

76% en el área rural

53,5% en mujeres de 20 a 34 años

17,6% entre 15-19 años

2,4% en menores de 14 años



Las mujeres de comunidades negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente tienen dos veces más de riesgo de morir que gestantes sin pertinencia étnica:

Mujeres Rom (gitano), palenquero de San Basilio y raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia: **12** muertes (0,19%)



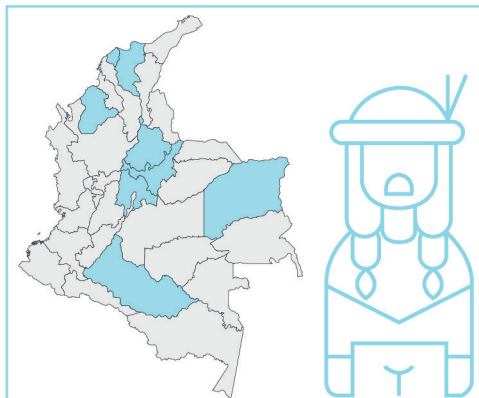
En 2008,

Se pudo haber evitado un 46,1% de la RMM del país y para el **2020** un 12,8%, según riesgo atribuible poblacional (RAP) (proporción de muertes maternas evitadas si todos los grupos étnicos tuvieran las mismas condiciones del grupo sin pertinencia étnica)

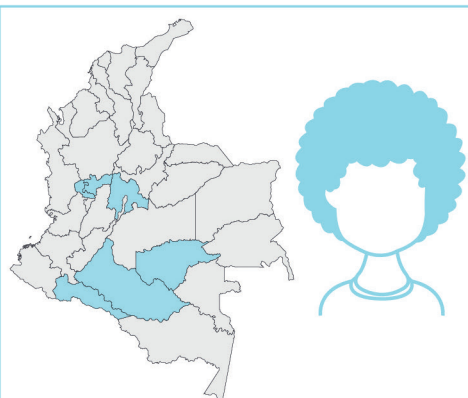


Mapa según análisis del ONS

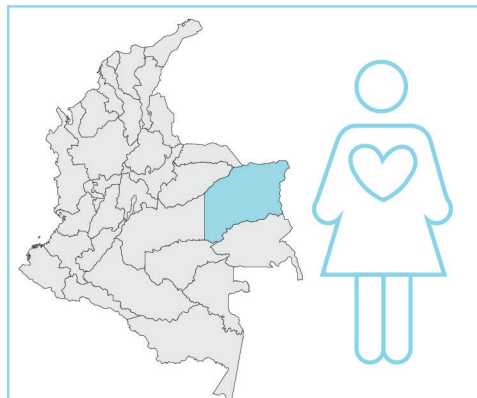
RMM más altas por departamento y población étnica de 2008 a 2020, ordenando de mayor a menor:



Población indígena: Atlántico, Vichada, Boyacá, Caquetá, Cundinamarca, Córdoba, Santander y Magdalena



Negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente: Cundinamarca, Risaralda, Guaviare, Caquetá, Putumayo y Caldas



Nota que sale de Vichada: En 2020, de acuerdo con el DANE, la RMM fue de 166,57, cifra superior a la RMM nacional de 102,48, con una RMM entre mujeres indígenas de 262,93, mientras que entre mujeres sin pertenencia étnica no se presentaron muertes.



Nota que sale de Córdoba: Se relaciona con condiciones de alta dispersión territorial y demográfica, las mujeres no atienden las citas establecidas, dificultades para ausentarse de las casas porque tienen a cargo labores del hogar y crianza.

Determinantes sociales de la muerte materna



Menores recursos económicos: municipios ubicados en el quintil más pobre según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)



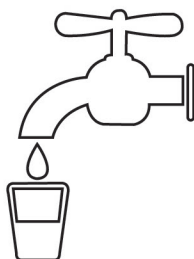
Áreas rurales dispersas con acceso limitado a los servicios de salud



Exclusión social



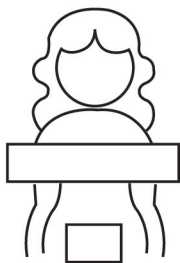
Bajo nivel educativo de las madres, incluyendo analfabetismo



Bajo acceso a agua potable, saneamiento básico y alimentos



Desplazamiento por causa de diversas formas de violencia



Explotación sexual

Sistema de salud y seguridad social:



Baja afiliación y cobertura



Grandes distancias para acceder a los servicios



Sin cobertura universal



Falta de acceso efectivo e intercultural



Pertenecer al régimen subsidiado de salud

Barreras en el acceso y ausencia del enfoque de género en el trato a los trastornos mentales y suicidio en Colombia

Los trastornos mentales permanecieron entre las diez principales causas de carga enfermedad en todo el mundo, sin evidencia de una reducción global, sin embargo, la respuesta de las políticas públicas en salud mental y su implementación son ineficaces. En la mayoría de los países de Latinoamérica estas políticas son centralizadas y concebidas solo desde el modelo biomédico y un enfoque curativo. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, en los países de ingresos bajos y medios, entre el 76 y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento y en los países de ingresos altos, entre el 35 y 50%, los pacientes reportan baja calidad en la atención que reciben, así como una oferta insuficiente de personal sanitario especializado.

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) cuantificó y analizó la carga de enfermedad para algunos trastornos mentales frecuentes en Colombia: depresión, trastorno de ansiedad, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar (TAB) y conducta suicida. Por otro lado, estudió estrategias de prevención del suicidio con enfoque de género y exploró la percepción de los usuarios acerca del acceso a la atención de la depresión. En estos análisis, **el ONS encontró que, en Colombia en 2020, se llegó a los 187.000 años de vida saludables perdidos (AVISA) debido a trastorno de ansiedad, 49.000 por trastorno afectivo bipolar (TAB) y 94.000 relacionados con la esquizofrenia (DANE, RIPS y ENSM), información con la que no contaba el país hasta ahora. En cuanto a la indagación con los usuarios, reportaron barreras de acceso al sistema de salud que restringen el tratamiento de la depresión. Finalmente, hay indicios de qué aún falta la concreción de un enfoque de género para llegar a prevenir el suicidio en hombres.** Esto sumado a las afectaciones que causó la pandemia en los colombianos, descrita y cuantificada por diversos estudios, especialmente relacionados con ansiedad y depresión. Ahora bien, cabe resaltar que el mismo confinamiento pudo ocasionar una disminución en el acceso a servicios de salud mental, por lo cual no debe descartarse un posible subregistro durante el 2020, año de inicio de la pandemia.

Los datos que deja el cálculo de la carga de enfermedad por trastornos mentales

En Colombia, entre 2015 a 2020:



Las tasas de AVISA para **esquizofrenia, TAB y ansiedad** han tenido un incremento entre 2015 y 2020 y **se perdieron casi 140.000 AVISA** (DANE, RIPS y ENSM).



Trastorno de ansiedad: **5.373.027** casos y tres defunciones.



TAB: 806.384 casos y 23 defunciones.



Esquizofrenia: 579.175 y 142 defunciones.



En los tres trastornos mentales se estima una pérdida de **1.230.767 AVISA**, de los cuales el **49,36%** corresponde a los **trastornos de ansiedad**, **33,06%** esquizofrenia y **17,58%** a TAB.



El trastorno de ansiedad tuvo el mayor incremento en las tasas de AVISA, en 2020 fue casi el doble de 2015, que coincide con la pandemia.



Según análisis del ONS, el **40%** de las personas experimenta sus síntomas antes de **los 20 años**, uno de cada cinco casos **es detectado a tiempo** en los servicios de atención y su **prevalencia es dos veces más alta en mujeres que en hombres** en todas las edades, reflejado por un número más alto de atención en mujeres.



Las **mujeres** tienen la **mayor carga de enfermedad en todas las edades**, especialmente entre los **55 y 59 años** con un aumento al **doblo de la carga** entre **2015 y 2019**.



En **hombres** se registra un incremento, en especial entre los **20 y 24 años**.



Es más frecuente en **adultos** entre los **20 y 25 años** (ENSM, 2015)



La **prevalencia** fue de **15,8%** en **población adolescente**, **4,7%** en el grupo entre **18 y 44 años** y de **8,9%** en **mayores a 45 años** (ENSM, 2015).

Carga de enfermedad por conducta suicida:

AVISA perdidos en el país (ONS): la mayor parte de la pérdida de vida saludable es atribuible a los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), que **representaron el 99,5% del total de AVISA en 2018 y 2019, y el 99,6% en 2020:**

439.561 entre **2018 y 2020**

147.336 en **2018**

151.842 en **2019**

140.383 en **2020**

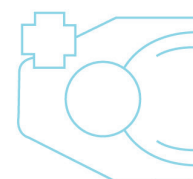
Suicidio:



En **2019**, (DANE), la mortalidad por suicidio se concentró en **hombres entre los 15 y 44 años**.



Los suicidios e intentos de suicidio entre los **15 y 24 años** representan el **26,8% de las muertes** y el **47,6% de las muertes** (EEVV-DANE y SIVIGILA, 2021).



Entre **2018 y 2020**: se suicidaron **8.549** personas y **85.526** más lo intentaron.

Acceso potencial y real a los servicios de salud para la atención de la depresión, según los usuarios

El acceso potencial implica, por un lado, las propiedades de los servicios de salud que facilitan la utilización de los mismos, y, por el otro, las características de los individuos para su uso, que pueden ser predisponentes (edad, sexo, etnia, religión y valores relacionados con la salud y la enfermedad), y capacitantes, o medios disponibles de la persona y su familia (ingresos, cobertura de aseguramiento) y del contexto (área de residencia rural-urbano, región, etc.), además de la necesidad en salud percibida por el usuario o evaluada por los servicios de salud. En cuanto al acceso real, se entiende como la utilización de los servicios de salud y la satisfacción del usuario (Informe Técnico 11 ONS, 2019). Las limitaciones derivadas se reconocen como barreras de acceso e incrementan los costos y la complejidad en los tratamientos.

Según el informe 11 del ONS que analiza el acceso a servicios de salud en Colombia, la brecha de atención de personas con depresión es de 80%, es decir, solo el 20% del total de personas adultas con diagnóstico de depresión mayor recibió atención especializada. Esta falta de acceso a la atención incide en su carga de enfermedad, cuyos efectos impactan sobre la vida de quienes la padecen y otros actores. Por ejemplo, el análisis de carga de enfermedad por depresión en el país expone que las tasas poblacionales de AVISA por 100.000 muestran una tendencia hacia el aumento entre 2015 y 2019, con una caída en 2020.

Estos datos confirman que la depresión es un evento generador de pérdidas de vida saludable, por lo tanto, afecta al individuo y la sociedad. Al respecto, la literatura científica identifica que una proporción de esta carga de enfermedad puede ser consecuencia de limitaciones en la atención en salud, debido a que existen múltiples barreras para el diagnóstico oportuno o que generan tratamientos tardíos o insuficientes (Informe 11, ONS).

Al profundizar en el presente estudio sobre estos obstáculos a través de entrevistas a informantes clave, se identifican limitaciones de acceso potencial que incluyen aspectos relacionados con el sistema de salud y las formas de operar de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), dificultades relacionadas con los factores capacitantes y predisponentes de los usuarios, además de algunas situaciones de contexto. También, se resalta, a partir de estos testimonios, que la atención en el acceso real puede ser insuficiente, atemporal e inefectiva. Los usuarios del plan obligatorio de salud, tanto del régimen subsidiado como contributivo, perciben como reducida su oportunidad de atención, en particular si son del régimen subsidiado y con vulnerabilidad económica que no les permite buscar atención privada debido al costo, el pago del servicio, el transporte y las pérdidas de ingresos económicos por la interrupción del trabajo. Por consiguiente, las urgencias y la hospitalización se consideran la puerta de entrada más efectiva y frecuente para hacer uso real de los servicios de salud mental. Debido a que estos servicios de salud mental se utilizan con el propósito de atender la sintomatología y los estados de crisis emocionales, se alejan de su verdadero propósito: brindar un proceso duradero y efectivo que permita a las personas llevar una vida saludable.

“hay personas que nos dicen que tienen derecho por la EPS a una cita al psicólogo al año, [...] y que pueden durar hasta 15 minutos”. (FL-Familias),

Los usuarios del plan obligatorio de salud, tanto del régimen subsidiado como contributivo, perciben que su oportunidad de atención es reducida porque la oferta

de profesionales especializados es limitada y, además, estas necesidades tienen que competir con la demanda de estos mismos servicios para usuarios de planes complementarios y medicina prepagada. Por otro lado, los participantes expresan que el sistema de salud no facilita los medios para que las personas de los lugares más apartados del país puedan hacer uso efectivo de los servicios de atención o preventivos en salud mental vivir. Finalmente, las personas no cuentan con el conocimiento de los derechos y el uso de mecanismos de exigibilidad para tener una mayor oportunidad de acceso en menor tiempo.

Otra de las barreras es el estigma hacia la enfermedad que limita a las personas a consultar. Al respecto, a nivel individual, los sentimientos de culpa y responsabilidad que la persona asume y que se define como autoestigma, terminan por empeorar su estado de salud y le impiden pedir ayuda por temor a ser juzgado como el responsable de su condición.

La necesidad de un enfoque de género aplicado realmente

En las estrategias de prevención de la conducta suicida se sigue haciendo referencia a población y personas de manera genérica, sin atender de manera particular a las diferencias que nacen de la biología y del género. La respuesta en política pública a la problemática del suicidio aborda de manera general a la población, aunque plantea la existencia de unos determinantes sociales que influyen en los desenlaces de salud, entre los que se cuenta con el género como el “estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino”.

A nivel global, se ha establecido que el suicidio se concentra en hombres, suele ocurrir en personas pertenecientes a clases socioeconómicas bajas, en tratamiento psiquiátrico y puede influir el abuso de sustancias psicoactivas. La OMS ha identificado como algunas de sus causas las enfermedades mentales, enfermedades crónicas, adicciones, violencia, invisibilidad de la vulnerabilidad masculina, el sentimiento de pérdida y el maltrato infantil. En este sentido, algunos análisis sobre la brecha de la ocurrencia del suicidio entre sexos suelen concentrarse en el uso de mecanismos más letales por parte de los hombres, pero esta explicación es limitada, pues también deben tenerse en cuenta las causas relacionadas con la construcción social del género, que implica la falta de estrategias de afrontamiento y de redes de apoyo en los hombres, además de factores culturales que establecen patrones de conducta vinculados con la masculinidad. A esto se suma, el estigma en la búsqueda de servicios de salud mental, que es general a toda la población, pero que puede afectar en mayor medida a los hombres.

El género es una categoría relacional que se vincula con otros aspectos de los individuos – el territorio que habita, el contexto socioeconómico y cultural, la etnia-, elementos que en conjunto afectan su bienestar. Por ende, es necesario el trabajo intersectorial con el objetivo de movilizar otros sectores con el fin de propender por proyectos de vida viables en materia de empleo, vivienda y educación. En tanto las causas del suicidio son multifactoriales y complejas, deben ser consideradas para la construcción de estrategias preventivas.

Los hombres se suicidan “por la falta de estrategias de afrontamiento, por la falta de redes de apoyo, por el asunto cultural con el que hemos enseñado a los hombres de que ellos no puedan manifestar, expresar, sentir, llorar, pedir ayuda. Entonces un hombre soluciona [una] situación emocional, aislándose, tragándose”. Líder de la Estrategia “Escuchaderos” de Medellín

Propuesta de algunas acciones para afrontar la problemática

1. Luchar contra los estigmas sobre la salud mental: visibilizar, sensibilizar e informar a la comunidad sobre la importancia de reconocer la salud mental como una esfera importante y vital del ser humano, además de promover la rehabilitación y la inclusión social de las personas con algún trastorno mental.

2. Garantizar el acceso a los servicios de salud mental:

a. Identificar de manera temprana y realizar el tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.

b. Garantizar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) dentro de los planes de beneficios de salud, garanticen el acceso de manera eficiente a consultas psicológicas con profesionales idóneos y sensibilizados respecto a la problemática de los diferentes estados clínicos que se presentan en los trastornos mentales.

c. Incluir dentro de los servicios de salud mental que gestionan las EPS y entidades territoriales, intervenciones a nivel colectivo y recuperación del entorno familiar, bajo un concepto de salud mental positiva y dirigidas a la prevención del suicidio y la reducción del estigma, además de aumentar su capacidad de respuesta a la alta demanda al incrementar el número de profesionales especializados en salud mental, aumentar el tiempo y volumen de consulta, y capacitar en salud mental a todo el personal de atención primaria.

d. Implementar un modelo de telesalud: por ejemplo, en Antioquia, ha permitido realizar consultas psiquiátricas a regiones de difícil acceso, captando, así, un mayor número de casos. Por otro lado, para quienes atendieron la situación durante la pandemia, la atención virtual parece haber propiciado que los hombres buscaran ayuda con mayor facilidad, superando la barrera de la vergüenza.

3. Fortalecer la política pública con enfoque diferencial e intersectorial de género, territorial, de curso de vida y de etnia:

a. Articularla con las políticas alimentarias, de empleabilidad, educación, vivienda, acceso a servicios básicos, recreación y seguridad con el fin de intervenir los determinantes sociales de la salud, que garantice un desarrollo libre y pleno.

b. Restringir el acceso a algunos de los medios más utilizados para la comisión del suicidio (plaguicidas, medicamentos y armas de fuego).

c. Promover líneas de ayuda y recursos comunitarios disponibles a nivel territorial.

4. Replicar buenas prácticas territoriales como Los “Escuchaderos” de la Secretaría de Salud de Medellín:

a. Identificar las necesidades en salud mental a través de la vigilancia epidemiológica y un diálogo constante y próximo con las comunidades, alimentado por la continuidad en la contratación del personal de salud, que promueve la conversación y la búsqueda de servicios en salud mental, lo cual finalmente redundará en su desmitificación.

b. Fomentar espacios comunitarios donde se posibilite la creación de grupos de apoyo.

c. Fijar un punto de atención continuo en el territorio, en lugares con mayor presencia de hombres como unidades militares, obras de infraestructura, etc.

d. Realizar jornadas de educación en salud mental que busquen deconstruir las ideas patriarcales acerca del sufrimiento, del dolor emocional y de la expresión de las emociones.

e. Fomentar las redes de apoyo, al tener en cuenta las formas actuales que estas han tomado como las familias monoparentales y multiespecie (compuestas por vínculos de cuidado entre humanos y animales), lo cual permitiría crear estrategias que respondan a las necesidades emocionales, así como en salud mental.



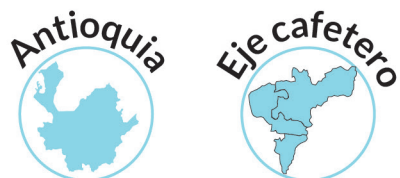
Intentos de suicidio: Tasas más altas.



Trastornos de ansiedad y TAB
permanecen con valores más elevados
en tasas de AVISA por 100.000
habitantes.



Esquizofrenia: valores más
altos, entre 194 y 322 AVISA
por cada 100.000 personas
(2018).



Depresión: tasas más altas
(2019).



Incremento en las tasas de
depresión (2020).



**Carga de enfermedad conducta
suicida:** la tasa de AVISA más alta,
en promedio de 1.785,64 y
1.019,18 (2018 -2020).

Según el índice de intensidad de conflicto armado (IIC) del ONS, Antioquia concentra varios municipios con IIC de hasta del 50%, que pudo afectar negativamente la salud mental de la población. Por otro lado, al ser un departamento con infraestructura robusta, hay un mejor proceso en la recolección de información y el reporte de casos.

Violencia homicida en Colombia: desigualdades, predicción y municipios en Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)

El homicidio es uno de los resultados de las distintas formas de violencia a las que está expuesta la población. Como problema de salud pública genera una carga elevada en la mortalidad si se tiene en cuenta que son muertes prevenibles y las consecuencias sociales y económicas para los allegados a la víctima y la sociedad en general. En el país, la tendencia de la tasa de homicidio ascendió entre 1979 y 1991, luego disminuyó hasta 1997 para de nuevo aumentar hasta 2002, cuando reinició el descenso. La tasa de homicidios en hombres fue 11 veces mayor que en mujeres y en el 80% de los homicidios utilizaron armas de fuego. Colombia, en relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) “Paz, justicia e instituciones sólidas”, propuso reducir la tasa de homicidio. En 2009, la tasa estaba en 35,2 muertes por 100.000 habitantes y la propuesta es llevarla a 16,4 en el 2030. Al respecto, las diferentes condiciones sociales y económicas entre las distintas áreas geográficas son un reto para alcanzar la meta.

A pesar de la reducción del evento desde 2002, en su análisis, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) encuentra **que las desigualdades territoriales permanecen y parecen estar relacionadas con aspectos socioeconómicos, de dinámica espacial y temporal, movilidad, uso del suelo y la propia confrontación armada**. En el contexto del conflicto armado, y en particular lo que significó la firma del Acuerdo Final de Paz, **en el conjunto de los municipios PDET se presenta una tendencia significativa hacia al aumento de los homicidios a partir de 2015, a diferencia de los no PDET donde figura una tendencia hacia el descenso**. De otro lado, el ONS explora factores que incidirían en la ocurrencia del homicidio, al tomar como ejemplo la ciudad de Medellín. Allí, **las zonas con más visitantes tienen mayores tasas de homicidios, mientras que donde hay una mayor proporción de residentes y mayor diversidad en el uso del suelo están las menores tasas**.

Los homicidios son el resultado de una combinación de distintos factores que afectan las condiciones sociales y económicas y suelen aparecer en los niveles:

- **En el nivel global:** están los movimientos de población, la rápida urbanización, los desastres ambientales, la recesión económica, los cambios en los patrones del comercio y comunicaciones, y los patrones del crimen organizado.
- **En el nivel nacional:** el grado de disparidad en los ingresos de los hogares, los niveles de corrupción, la calidad de la infraestructura y las instituciones, y los patrones sociales y culturales.
- **En el nivel local:** la infraestructura, los poderes fiscales y administrativos inadecuados, la vivienda deficiente, las escuelas en malas condiciones, el abandono escolar, las conductas de intimidación y exclusión de la escuela, la falta de servicios de salud, el desempleo, el acceso a drogas o armas y las desigualdades dentro y entre ciudades.
- **En el familiar:** características de crianza, los conflictos familiares, la violencia y el abuso, la pobreza y el aislamiento, y las relaciones con amigos y compañeros.
- **En el nivel individual:** los factores biológicos y personales.

Las consecuencias, más allá de las pérdidas de vidas, son múltiples y pueden ser directas e indirectas:

- Económicas: la pérdida de ingreso para los hogares que son dependientes del fallecido, la reducción de la demanda de ciertos bienes y servicios, el deterioro del capital humano y la afectación del bienestar social.
- Psicosociales: la mayor percepción de inseguridad, la normalización de la violencia homicida, el miedo y sensación de peligro y el deterioro del capital social.
- Políticas: la impunidad, la debilitación de las instituciones del Estado, la afectación a la gobernabilidad y la inestabilidad política, las cuales también podrían ser causa de los homicidios.

Datos de la magnitud de mortalidad por homicidios

Entre 1998 y 2020 (estadísticas vitales - EEVV):

- 427.567 homicidios registrados en Colombia.
- La mayor parte de las víctimas corresponden a hombres (91,9%) e individuos entre los 15 y los 44 años (80,9%).
- Más de dos terceras partes (69,1%) ocurren en área urbana y cerca de la mitad (46,8%) en vía pública.

Las desigualdades de la mortalidad por homicidios

Al analizar la tendencia de las tasas de mortalidad por homicidio entre 1998 y 2020 y explorar la relación de estas con las condiciones socioeconómicas en Colombia para 2005, 2011 y 2018 en 23 ciudades entre 2010 y 2018, se encuentra que el número de homicidios acumulados supera a los que se esperarían en una situación de completa igualdad. Al utilizar el Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como ordenador socioeconómico, en 2005, el Índice de Concentración (IC) es de -0,142. En 2011, este índice cambia a -0,109 y en 2018 a -0,176. El ordenamiento por NBI, entre los municipios en los quintiles en peores y mejores condiciones socioeconómicas, 2005 a 2018, señala una disminución en la cantidad de municipios en peores condiciones socioeconómicas que concentraban el 30% de los homicidios, pues pasó de 44 a 33. Mientras tanto, para los mismos años, Floridablanca, Itagüí, Bogotá y Envigado figuran persistentemente entre los municipios en mejores condiciones socioeconómicas que concentran hasta el 20% de los homicidios.

La tendencia de las tasas de mortalidad por homicidio de los municipios con 20 y más muertes al año en 1998–2020, indica una reducción a partir de 2002 a nivel nacional, tanto en hombres como en mujeres. Cali, Medellín y Bogotá acumulan la mayor cantidad de homicidios y su tendencia de mortalidad es también a la baja. En el tiempo, persiste un grupo de municipios en Antioquia y Valle del Cauca, geográficamente contiguos al interior de cada departamento, que concentran altas tasas de mortalidad por homicidio. En estos, las tasas tienden a disminuir entre 1998 y 2015, pero, en 2020, se evidencia un aumento. La relación de las tasas de mortalidad por homicidio con los indicadores socioeconómicos de NBI, Pobreza Monetaria (PM) y Pobreza Monetaria Extrema (PME), disponibles para distintos periodos de tiempo, muestran algunas desigualdades persistentes, en contra de los más vulnerables.

Ante este panorama es necesario entender los factores que conducen a este desenlace. Cada área geográfica, sea esta regional o municipal, tiene su propio contexto político, económico y cultural del que derivan sus propias dinámicas que hacen que el abordaje al momento de buscar reducir y prevenir esta mortalidad, así como disminuir y eliminar las desigualdades asociadas, requiera estar ajustado a sus necesidades. Un informe anterior del ONS indicó que el análisis de la mortalidad por

homicidios necesita de diferentes puntos de vista debido a que hasta el momento los estudios no han respondido las inquietudes que aún existen respecto a la explicación del evento.

El entorno construido y la movilidad mejoran la predicción del homicidio

El crimen ocurre en unos pocos lugares como la vía pública, parques y edificaciones, y sus números suelen mantenerse en el tiempo. Los estudios de crimen en ciudades y vecindarios se basan en dos corrientes de literatura. La primera se centra en la actividad rutinaria y las teorías de patrones delictivos en los lugares. Estos estudios sugieren que el delito ocurre cuando un delincuente, su objetivo (personas o residencias) y la ausencia de cualquier sistema de disuasión, como la policía o incluso los ciudadanos comunes, convergen en un lugar. También, se encuentra que el entorno construido afecta las actividades delictivas, ya que el desorden físico y los lugares específicos (por ejemplo, bares y tabernas) atraen a los delincuentes y objetivos adecuados (teoría de las ventanas rotas). La segunda corriente se basa en el contexto social en el que ocurre el crimen. La teoría de la desorganización social evidencia una alta concentración de delitos en barrios social y económicamente desfavorecidos. Los predictores estructurales se ven a través de la desventaja concentrada, niveles educativos, diversidad étnica, la inestabilidad residencial de los barrios, etc.

Si bien, la mayoría de estos estudios utilizan indicadores socioeconómicos, demográficos y de infraestructura urbana para identificar los puntos de concentración y dispersión del crimen, últimamente se vienen usando redes sociales sintéticas para simular la cohesión del vecindario y los flujos de movilidad para indicar las oportunidades de delincuencia y las conexiones entre los vecindarios. Otros han aprovechado los puntos de interés (POIs, por sus siglas en inglés) de fuentes múltiples, flujos de taxis y la actividad de teléfonos móviles para evaluar la presencia de personas. En conjunto, estos resultados destacan la estrecha relación entre las condiciones socioeconómicas, el entorno construido y la estructura de la movilidad, y su impacto en las actividades delictivas.

En Medellín, 2018-2021, ocurre mayor violencia homicida en:

- El sector central y la periferia occidental de la ciudad.
- Vía pública, (el 69,2%).
- Espacios con más población flotante e inversión censal. Por ejemplo, los lugares turísticos y comerciales (con baja población residente) atraen muchos visitantes durante el día, por lo cual multiplican varias veces la población residente.
- Lugares social y económicamente desfavorecidos, caracterizados por un nivel educativo bajo. La pobreza y la desigualdad de ingresos se asocian significativamente con el aumento de los homicidios.

Se presentan menos tasas de homicidios en:

- Los barrios altamente residenciales que no tienen gran afluencia de gente en las calles, es decir alta densidad poblacional y alta urbanización.
- Barrios altamente diversos en el uso del suelo.
- Lugar de residencia, el (12,9%).

Si bien un mayor número de homicidios sucede en la noche, una cantidad considerable acontece a la luz del día. Lo anterior sugiere que, en la determinación del homicidio, no solo las características físicas y sociodemográficas del barrio y sus residentes son importantes, sino también la concentración de individuos y el ritmo diario de actividades que tiene cada zona de la ciudad. Para este periodo, la mayor cantidad de víctimas se concentran alrededor de los 25 años.

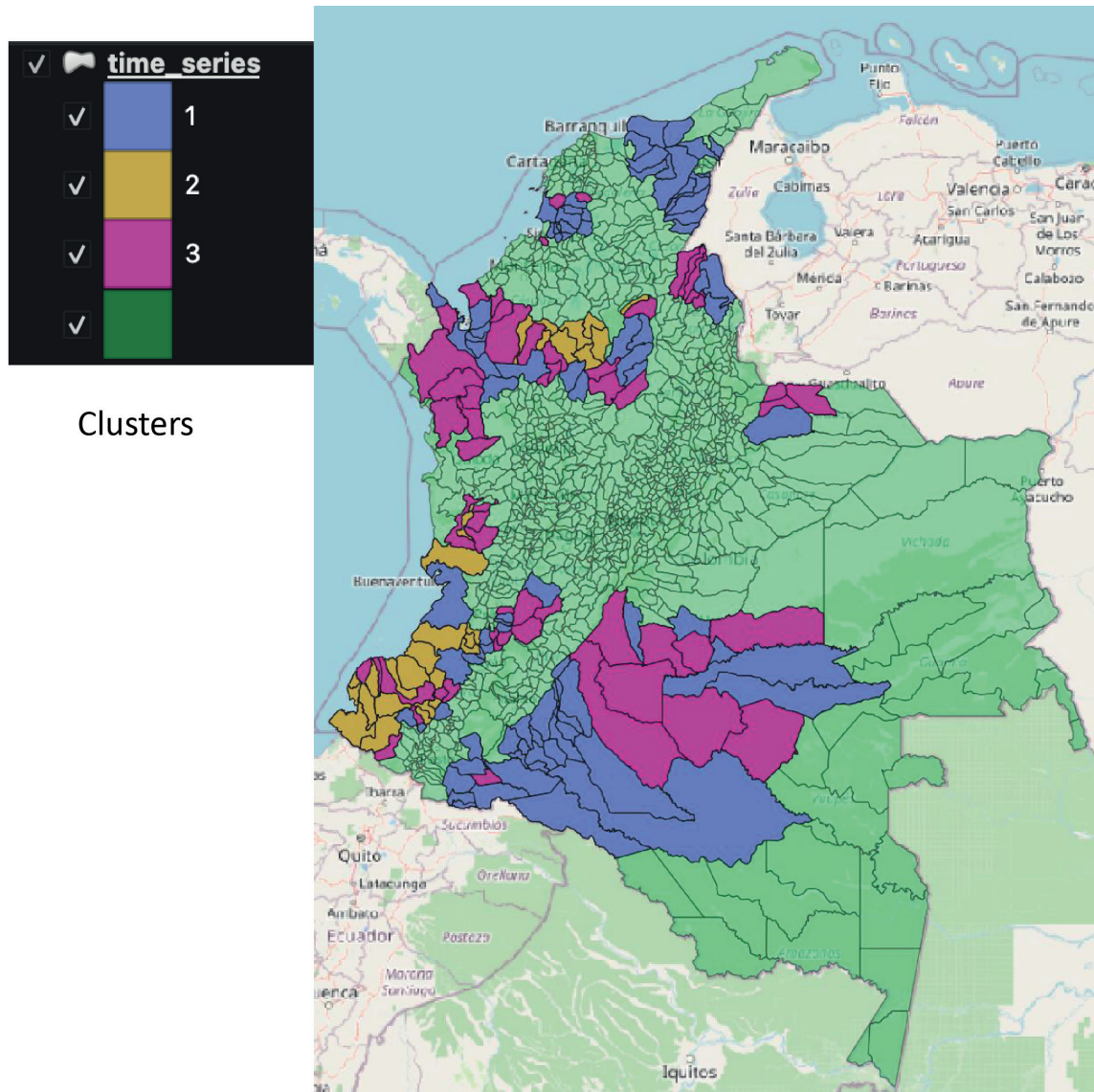
La tendencia de los homicidios en los municipios PDET

En 2016, se firmó el AFP con la antigua guerrilla de las FARC-EP y en uno de sus puntos se encuentran los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), que se desarrollan en 170 municipios con alto impacto del conflicto armado de 16 subregiones, 19 departamentos, en total 11 mil veredas. Su propósito es estabilizar y transformar los territorios más afectados por la violencia, la pobreza, las economías ilícitas y la debilidad institucional. La salud representa el pilar 3 de los ocho pilares, desde el cual se agrupan los programas y planes de la reforma rural integral, que incluye la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) con el propósito de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud, particularmente en poblaciones en condición de vulnerabilidad. A la fecha, dicho Plan no ha sido formalizado.

En los PDET, los homicidios tienen una tendencia hacia el descenso a partir de 2002, año en que se presentó la tasa más alta y el mayor número de homicidios. A partir de 2017, empieza un aumento en la tasa y en 2020, año de inicio de la pandemia, se registra un leve descenso. En 2016, se registró el menor número de homicidios y la tasa más baja de todo el periodo (2027) con una tasa de 67,38 por 100.000 habitantes). Los dos periodos en que se presentó una tendencia hacia la reducción cubren años que comprendieron los procesos de negociación con las autodefensas y las ex FARC-EP, que mostraron un mayor cambio significativo para los municipios PDET. Durante estos dos procesos hubo un desescalamiento de la confrontación armada que tuvo un efecto en distintos indicadores de violencia asociada al conflicto armado, entre ellos el homicidio. Sin embargo, se han mantenido brechas absolutas y relativas importantes en comparación con los municipios no PDET. El análisis de puntos de inflexión (Joint point) muestra cambios estadísticamente significativos hacia el descenso entre el periodo 2009 a 2015, con un porcentaje de cambio anual (PCA) del 11,4% y una tendencia hacia el aumento entre 2015 y 2020, con un PCA del 6,6% en los municipios PDET. En contraste, entre 2015 y 2020, los municipios no PDET presentan una tendencia hacia el descenso con un PCA del 3%. Entre 2010 y 2015, este grupo de municipios también presentó una tendencia hacia la reducción, estadísticamente significativa, aunque con un PCA menor que el de los municipios PDET (8,57%). Es importante resaltar que entre 2002 y 2006, también se presentó una tendencia hacia la reducción en los dos grupos de municipios, aunque en los PDET, esta no fue estadísticamente significativa. Estos últimos, a diferencia de los PDET, entre 2015 y 2020, presentan una tendencia hacia el descenso de homicidios con un porcentaje de cambio anual (PCA) del 3%. Entre 2010 y 2015, los no PDET también presentaron una tendencia hacia la reducción, estadísticamente significativa, aunque con PCA menor que el de los municipios PDET (8,57%).

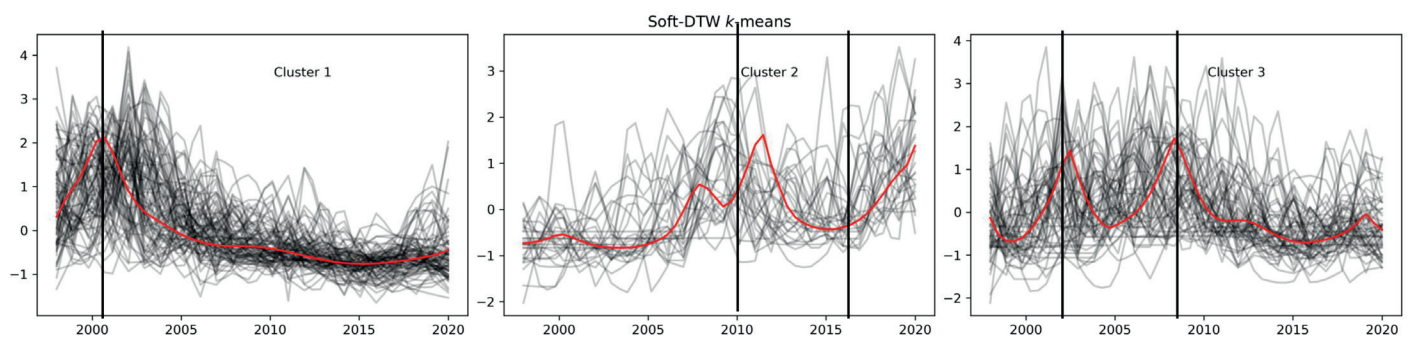
Como resultados de la aplicación de la metodología de clusterización agrupamiento de series de tiempo de la tasa de homicidio, se identifica que no todos los grupos PDET tienen el mismo comportamiento. Dado lo anterior, se dividen en tres grupos. El primer grupo 1, presenta una clara tendencia hacia la disminución en los últimos años, pues figura un solo pico hacia 2002 y una tendencia evidente hacia el descenso, así como un leve aumento a partir del año 2017. El segundo grupo 3 tiene dos picos en 2002 y 2009, más un leve incremento a partir de 2016. En contraste, el tercer grupo 2 muestra un pico hacia 2012 y, posteriormente, un descenso hasta 2016, momento en el cual empieza una clara tendencia hacia el aumento de los homicidios. Particularmente, en todas las subregiones con afectación de cultivos de coca, los municipios pertenecen a este último grupo; e. En contra posición, las subregiones del primer grupo, de “mejor comportamiento”, como Montes de María, en 2020, no presentaban municipios afectados por cultivos de uso ilícito y en estos se presenta una tendencia más clara hacia la disminución en los últimos años.

Mapa de agrupaciones de municipios PDET según el algoritmo de clusterización de series de tiempo de la tasa de homicidios. 1998-2020



Fuente: Elaboración equipo ONS

Grupos según tendencias de homicidios en los municipios PDET



Fuente: Elaboración equipo ONS

Acciones para reducir los homicidios en Colombia

Una revisión de literatura propuso seis estrategias globales para reducir homicidios:

1) Control de factores de riesgo o protectores:

- Programas de control de armas de fuego, que tienden a reducir su disponibilidad, restringir armas en espacios públicos y controlar los incidentes armados.
- Limitaciones al consumo de alcohol y prevención situacional en espacios públicos.

2) Promoción de cambios culturales: un programa de promoción de valores frente a la violencia letal.

3) Protección de grupos en riesgo: protección policial, reubicación de personas amenazadas, los refugios para personas en riesgo, cambios legislativos que endurecen las penas y distintas formas de apoyo económico, psicológico e institucional.

4) Mejoras en el sistema de justicia penal: intervenciones policiales en áreas de alto riesgo, incentivos económicos con el fin de mejorar la eficacia policial, progreso en las investigaciones de homicidios y la reducción del uso la fuerza por parte de la policía.

5) Programas de reinserción, mediación o negociación dirigidos a los agresores.

6) Estrategias integradas de reducción de la violencia.

En los centros urbanos:

- Generar estrategias a partir del conocimiento y entendimiento de los factores que conducen a este desenlace, basadas en las características y dinámicas propias de cada lugar. La ciencia de datos puede ser de gran ayuda en este sentido.
- Centrar la política pública en mejorar dimensiones claves en el desarrollo humano, tales como la educación, el empleo y el nivel de ingresos.
- Aumentar la zonificación residencial en zonas que de otro modo serían puramente comerciales o turísticas.
- Orientar la planeación y política pública hacia el aumento de la diversidad del uso del suelo a escala granular dentro de las áreas urbanas.
- Tener en cuenta en la planificación del uso del suelo que:
 - o Entre más diverso sea el uso del suelo (entropía), más seguro es el lugar y menos tasas de homicidio se esperan.
 - o Los lugares con mayor afluencia de visitantes de una zona (vitalidad urbana) son más inseguros.
 - o La seguridad de un lugar depende no solo del número de visitantes, sino de quién lo visita.
 - o El atractivo de un lugar es una interacción entre uso del suelo (por ejemplo, la población residente, puntos de interés, comercio, empleo, lugares de ocio) y la movilidad humana.
- Considerar fuentes alternativas de datos con el fin de inferir a escalas pequeñas, la cohesión social, las interacciones sociales y el desempleo, y así superar el uso de información censal. Información limpia y confiable de estos factores permitiría comprender, incluso el estudio del crimen organizado, un fenómeno más complejo y subyacente a la violencia homicida en Colombia.

En los territorios más afectados:

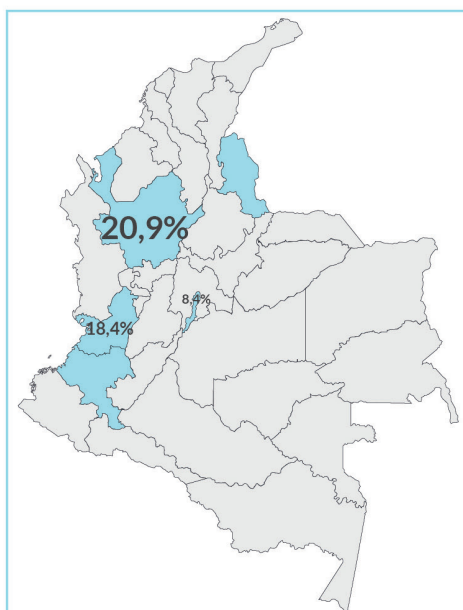
- Avanzar con la construcción de la paz territorial. El sector salud debe implementar el PNSR.
- Generar estrategias que aporten a la reconstrucción del tejido social para avanzar

en la garantía del derecho a la vida en estos municipios.

- Implementar la estrategia de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, enmarcada en el punto 5 del AFP para generar espacios de conversación ciudadana, sin la mediación de los actores armados, que favorezcan la recuperación de la autonomía de la comunidad organizada y la confianza, que además permita la protección de los propios recursos del sector salud.

Mapa según análisis del ONS

Entre 1998 y 2020, más de la mitad de las muertes por homicidio ocurrieron en



Antioquia (20,9%), Valle del Cauca (18,4%), Bogotá (8,4%), Norte de Santander y Cauca.



El más alto número son en: **Cali** (41.227), **Medellín** (37.342), **Bogotá** (35.793), **Cúcuta** (10.274), **Barranquilla** (9.107), **Pereira** (7.784), **Cartagena** (5.514), **Palmira** (4.759), **Buenaventura** (4.758) y **Manizales** (4.346). Estos municipios acumulan cerca de dos quintas partes del total de estas muertes (37,6%).



En 2020, **Tarazá** (Antioquia) tuvo la mayor tasa de homicidios (575,05 por 100.00 habitantes) seguido de **Argelia** (Cauca), ambos municipios PDET.

En 2021 **Medellín** concentró **369 homicidios**, una **tasa de 15,69** por cada 100.000 habitantes, la media nacional fue de 22,2 por 100.000, la mayoría de estos, ligados al crimen organizado. Un descenso sostenido en sus cifras desde 2003.

Análisis de otros eventos de importancia en salud pública

Desigualdades sociales en el bajo peso al nacer a término

El proceso de gestación es un asunto de interés en salud pública debido a que los sucesos que ocurren durante las primeras etapas de la vida repercuten decisivamente en la supervivencia, calidad de vida y desarrollo de la persona a largo plazo. Cualquier afectación potencialmente evitable que limite el óptimo desarrollo fetal, puede generar y reproducir inequidades sociosanitarias desde el inicio de la vida. Existen diversas afectaciones evitables en el proceso de desarrollo fetal, uno de los más estudiados es el bajo peso al nacer a término (BPNT), que ocurre cuando un recién nacido de al menos 37 semanas de gestación nace con un peso inferior a 2.500 gramos. Esta situación es una de las principales causas de muerte en la primera infancia y quienes sobreviven tienen un mayor riesgo de tener retrasos en el crecimiento, más dificultades de aprendizaje y un aumento en la probabilidad de presentar afecciones crónicas en la edad adulta, como obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

La persistencia del BPNT en territorios y grupos sociales más vulnerables genera una reproducción de inequidades sociales y sanitarias desde el comienzo de la vida. Existe evidencia que señala que el BPNT, sumado a condiciones de vida desfavorable y un bajo nivel educativo de la madre está asociado con menores capacidades cognitivas en la edad adulta, lo que podría significar menos oportunidades para superar las condiciones socioeconómicas adversas. Así, el BPNT no solo afecta al individuo que nace con esta condición. La sociedad, los sistemas de salud y las familias también resultan afectadas. Una revisión de literatura sobre los costos a largo plazo del BPNT, encontró reportes de aumento en los costos hospitalarios por la atención de las complicaciones recurrentes en salud que enfrentan los neonatos con BPNT, así mismo, mayores gastos de bolsillo para las familias, relacionados principalmente con los costos de desplazamiento hacia los servicios de atención o la atención misma de los menores y la pérdida de ingresos familiares debido a la necesidad de retirarse del trabajo para asumir el cuidado del neonato.

En Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó que entre 2016 y 2019 hubo un aumento continuo en la notificación de casos de BPNT con una leve disminución en 2020, primer año de pandemia por COVID-19. Un análisis previo del ONS, con datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), también observó un aumento en la prevalencia del BPNT entre 2005 y 2010 e identificó que dichas prevalencias aumentaron más en áreas rurales y que las mujeres más pobres tuvieron un mayor riesgo de tener hijos con BPNT. En contraste, en el presente análisis, se observó que el BPNT a nivel nacional disminuyó progresivamente entre 2006 y 2020. Este comportamiento no fue igual para todos los territorios, ni en todos los grupos sociales analizados. Los municipios con mayor pobreza multidimensional (quintil 5) fueron los únicos en los que no se observó una disminución del BPNT durante todo el periodo de análisis. Adicionalmente, se evidenció que **la probabilidad de BPNT es mayor en mujeres con bajos niveles educativos, sin aseguramiento o del régimen subsidiado en salud, con menos de cuatro controles prenatales, solteras y pertenecientes a minorías étnicas. La concentración del BPNT en los territorios y grupos con mayor vulnerabilidad socioeconómica, genera una reproducción de inequidades sociales y sanitarias evitables, desde el comienzo de la vida.** Previo análisis bivariado, en el análisis multivariado realizado para explorar asociaciones entre el BPNT y las diversas variables explicativas se encuentra que:

La probabilidad de presentar BPNT es significativamente menor en:

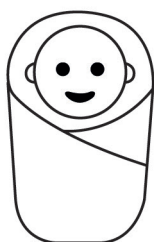
- Neonatos hombres comparados con mujeres (OR = 0,64; IC95% 0,64 - 0,65)
- Hijos de madres que residen en centros poblados comparados con zonas urbanas (OR = 0,93; IC95% 0,91 - 0,95)
- Recién nacidos de las madres con más hijos (OR = 0,88; IC95% 0,87 - 0,88)

La probabilidad de presentar neonatos con BPNT, comparado con los grupos de referencia, es significativamente mayor en madres:

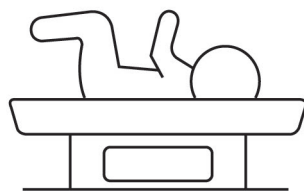
- Menores de 20 años y mayores de 34 años
- De menor nivel educativo
- Sin ningún aseguramiento en salud o pertenecientes al régimen subsidiado
- Con menos de cuatro controles prenatales
- Solteras
- De zonas rurales
- Pertenecientes a minorías étnicas, particularmente indígenas y NARP

Datos:

En Colombia, entre 2006 y 2020 (Estadísticas vitales-DANE):



8.011.738 nacimientos
con **más de 37 semanas**
de gestación



205.828 (2,57%)
nacieron con bajo peso.

A nivel de quintiles municipales según IPM:

- Según las tendencias temporales, el quintil 5, municipios con mayor pobreza multidimensional, es el único que no tiene tendencia a disminuir la proporción de BPNT durante todo el periodo de análisis.

Acciones para reducir las desigualdades y el BPNT:

- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios sanitarios a las mujeres, particularmente en zonas rurales, comunidades étnicas y población vulnerable con enfoques diferenciales, poblacional y territorial. Un mayor acceso a controles prenatales disminuye el riesgo de presentar BPNT.
- Asegurar mayores controles prenatales disminuye la aparición del BPNT. La normatividad colombiana establece un mínimo de cuatro controles prenatales, sin embargo, estos resultan insuficientes frente a las recomendaciones internacionales que sugieren al menos ocho.
- Incluir en los análisis variables ambientales. Existe evidencia que señala que en los territorios con dinámicas de explotación y contaminación ambiental son más frecuentes los nacimientos con bajo peso.
- Abordar en futuras investigaciones aspectos que consideren la complejidad de los territorios y el papel de la interseccionalidad en la ocurrencia del BPNT y la reproducción de inequidades sociales en salud.
- Fortalecer el derecho a la participación social en salud, de tal forma que las mujeres tengan un papel más activo en la identificación de sus condiciones de riesgo y vulnerabilidades, además de la generación de propuestas de acción que sean

articuladas e implementadas en el marco de estrategias intersectoriales para mejorar la salud materno infantil en los territorios.

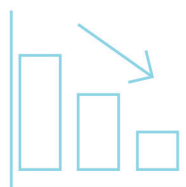
La prevalencia y desigualdades de la obesidad en Colombia

El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Este se clasifica de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC). Sobrepeso corresponde a un IMC a 25 kg/m² y la obesidad a partir de un IMC mayor a 30kg/m². A nivel global, el aumento en las tasas de exceso de peso ha sido progresivo y generalizado desde hace más de tres décadas y se estima que 2,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a esta causa. La obesidad es un factor de riesgo para la ocurrencia y muerte por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Todas estas condiciones provocan una reducción de la productividad y un aumento de la morbilidad, lo cual representa un alto costo para los servicios de salud por los gastos de atención y tratamiento médico necesario. A su vez, la obesidad es considerada una enfermedad de origen multifactorial, que tiene un comportamiento epidémico. Investigaciones estiman que el 13% de las personas a partir de los 18 años son obesas y las mujeres son las más afectadas. El rápido incremento de las cifras de obesidad se asocia a las tendencias en el incremento de ambientes que la favorecen, sumado a la transición demográfica y nutricional y el desplazamiento masivo de personas a centros urbanos, pues la mayor parte de la población obesa se concentra en ciudades. Ahora bien, estudios demuestran que la prevalencia de obesidad en áreas rurales tiene también un impacto importante en el mundo, principalmente explicada por la automatización de las actividades agrícolas y la urbanización de la vida rural.

En Colombia, según el presente análisis, la obesidad afecta principalmente a departamentos de mayor riqueza. Esos son resultados controversiales si se tiene en cuenta que otros estudios reportan una asociación con peores condiciones socioeconómicas. En todos los grupos edad, las mujeres tienen prevalencias más altas que los hombres. Asimismo, entre los 50 y 64 años se concentran las mayores prevalencias de obesidad en ambos sexos, pero los hombres entre 35 a 49 años han venido igualando paulatinamente la prevalencia de obesidad de 50 a 64 años.

Datos de la prevalencia de obesidad:

A nivel nacional, la prevalencia en **adultos entre 20 a 64 años**, se ubicó en 17,1% para 2016 y en 33,7% en 2019:



Reducción del 3,5% en la prevalencia entre 2015 y 2016 y de 10% entre 2019 y 2020



De 2016 a 2019, se evidenció un aumento progresivo.



El mayor incremento se dio de 2018 (27,71) a 2019 (33,69), al llegar así a seis puntos porcentuales .

La prevalencia de exceso de peso aumentó desde 2010 (Encuesta Nacional de Situación Nutricional -ENSIN, 2015):



Primera infancia: del 5,2 al 6,3%



5-12 años: del 18,8 al 24,4%



13 - 17 años: 15,5 al 17,9%



Adultos hasta 65 años: 51,2 a 56,5%

Desigualdades sociales de la obesidad

A partir de los datos de prevalencia de obesidad estimados para 2019 y 2020 con base en el IPM departamental, se observa una desigualdad en contra de los departamentos con más ingresos en la brecha absoluta, pues presentan una prevalencia de obesidad más alta entre el quintil más rico, en comparación con el quintil más pobre. En 2020, según el ridit, hay un aumento de 3,27% a medida que el quintil de riqueza es más alto. Sin embargo, no se puede concluir que la obesidad solo sea un problema de grupos con mejores condiciones socioeconómicas. Al tratarse de un estudio ecológico, las fuentes de los datos analizados pueden estar sesgados por un mejor registro de información y mayor calidad de datos en los departamentos de mayor riqueza, lo cual, a su vez, indicaría que tienen más casos y prevalencias más altas de obesidad. Anteriormente, los países que tenían un más alto producto interno bruto (PIB) tenían las peores cifras de obesidad, pero análisis más desagregados encuentran que los grupos más desfavorecidos, en un contexto de alta riqueza, son los más perjudicados. En el caso de países en desarrollo, el crecimiento económico va de la mano con una transición de los problemas nutricionales hacia una concentración de la población obesa que tiene una distribución de ingresos más baja, pues a medida que disminuye el ingreso, los alimentos bajos en nutrientes, pero altos en energía, tienen un costo menor que los alimentos ricos en nutrientes.

Mapa



Las regiones **Pacífica y Amazonía** reportan las prevalencias más altas



Chocó, San Andrés, Atlántico y Amazonas permanecen en el quintil más alto de prevalencias



Risaralda, Guainía y Sucre están en el quintil más bajo de prevalencia



Tendencia de las prevalencias: **San Andrés y Providencia, Atlántico y Chocó** son los más afectados

¿Qué hacer al respecto?

- Promover mejores entornos alimentarios, hábitos saludables y de actividad física con programas intersectoriales que garanticen el acceso físico y económico a víveres más nutritivos, adaptados al contexto de cada región.
- Fortalecer políticas públicas que restrinjan la publicidad de alimentos y bebidas altas en azúcares y sales y otras formas de promoción comercial, el etiquetado de alimentos, y aumente el impuesto a bebidas azucaradas.
- Generar estrategias de comunicación que lleguen a un público cada vez más amplio y con distintos niveles de educación.
- Contar con datos poblacionales más actualizados y también se hace un llamado a mejorar el registro de los casos de obesidad a nivel nacional.

Tendencia de mortalidad por siniestros viales en Cali

Según el Grupo de Análisis y Datos Internacionales de Seguridad Vial (IRTAD) más de 1,3 millones de personas mueren en las carreteras del mundo cada año mientras decenas de millones resultan gravemente heridas. Para 2020, según la IRTAD, la tasa promedio de fallecidos por siniestros viales en Colombia registró 10,66 por cada 100.000 habitantes, por encima de Chile (9,38), Polonia (6,56) y Lituania (6,26). La Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) registra el comportamiento de las tasas de mortalidad en Colombia, y aunque entre 2011, año de inicio de implementación del Plan Nacional de Seguridad Vial (PNSV), y 2016 hay un aumento, luego se reporta una disminución en dicha tasa, fundamentalmente a expensas de motociclistas y peatones.

El impacto de los siniestros viales y sus consecuencias en la salud pública y en la movilidad de los ciudadanos en Colombia, implicó que las autoridades gubernamentales lo incluyeran en la agenda pública mediante el diseño e implementación de políticas públicas para la prevención, reducción y mitigación de los accidentes asociados al tránsito. **La normatividad relevante para la seguridad vial tiene un efecto poderoso en algunos comportamientos de riesgo como las leyes de transporte, penales, de seguros, constitucionales, de salud pública y de responsabilidad civil.** El Gobierno nacional formuló el PNSV 2011 – 2021 con el fin de orientar medidas concertadas, indicativas e integrales en todo el territorio nacional, que fomentaran la formulación y aplicación de políticas y acciones a nivel regional, departamental y municipal con el objetivo de reducir el número de víctimas fatales y no fatales a nivel nacional.

El PNSV 2011-2021 se enfocó en cinco pilares:

1. La gestión institucional con el fin de fomentar la articulación institucional en la materia.
2. El comportamiento humano para la pedagogía y educación.
3. La atención efectiva y rehabilitación a víctimas, y la implementación de un sistema de vigilancia en salud pública de accidentes de tránsito.
4. La infraestructura en la búsqueda de la definición de un sistema de gestión vial, infraestructura segura, e infraestructura vial articulada en los planes de desarrollo e instrumentos de planeación territorial.
5. Los vehículos en relación con la reglamentación técnica y evaluación de la conformación para un parque automotor más seguro.

Así, el PNSV pretendía aportar a la disminución del número de víctimas mortales, heridos graves, motociclistas, peatones y víctimas por la conducción bajo efectos del alcohol. A 2021, las metas eran la reducción de víctima fatales en un 26% por accidentes de tránsito a nivel nacional, 18% del usuario tipo peatón, 27% del usuario tipo motociclista y bajar en un 21% las lesiones por accidentes de tránsito. En cuanto a los muertos por accidentes de tránsito imputables a la conducción bajo el influjo del alcohol y el uso de sustancias psicoactivas, se esperaba llegar a 0%. Tras consultarse el Informe de Seguimiento al PNSV, que hace sus cálculos con los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), se concluye que el PNSV presenta debilidades de cumplimiento en los indicadores de cantidad total de fallecidos en siniestros viales, tasa de muerte por cada cien mil habitantes y cantidad total de motociclistas fallecidos y un sobrecumplimiento en la cantidad de peatones fallecidos y total de lesionados.

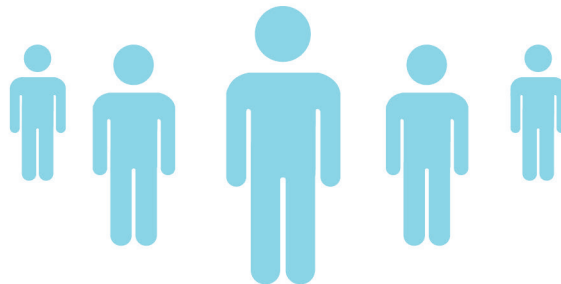
La tendencia de las tasas es al descenso, sin embargo, no se alcanza a cumplir la meta del PNSV de una reducción del 26%. En Cali, tampoco se cumplió el objetivo

de reducción, según datos del PNSV 2011 – 2021, el promedio entre 2005 y 2012 fue de 341 y se esperaba que pasará a 252 para el 2021, sin embargo, fueron 274 los casos registrados por el Observatorio Nacional de Seguridad Vial, lo que equivale a una reducción del 20%. La disminución de la tasa nacional de mortalidad a partir del año 2016 se explicaría por la mejora en la regulación normativa ya que, entre 2016 y 2017, se encuentran 25 normas (entre leyes, decretos y resoluciones) que abarcan la reformulación del PNSV, la regulación de detecciones electrónicas por infracciones a los límites de velocidad, el control y establecimiento de principios de calidad para elementos de protección como los cascos y cinturones de seguridad.

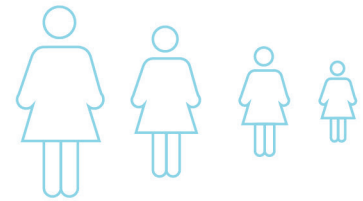
Los avances normativos a nivel nacional evidencian el esfuerzo, pero falta sinergia entre las diferentes entidades territoriales. La implementación y articulación del PNSV con las entidades territoriales de Cali para la formulación y ejecución de planes de seguridad vial local fueron lentas y escasas. **Cali tiene una de las mayores tasas de muerte por siniestros viales que se presenta en los motociclistas (promedio de 7,9 muertes por cada 100.000 habitantes), casi 3 puntos por encima del promedio de esta tasa a nivel nacional.**

Datos de mortalidad por siniestros viales:

Entre 2009 – 2020 (DANE):



Mayores tasas de mortalidad en hombres con un promedio de **18,64 muertes por cada 100.000 habitantes**, mientras que el promedio nacional está en 11,3



Las mujeres tienen un **promedio de 4 cada 100.000**

Valor promedio de las tasas por actor vial:



5,7 motociclistas lesionados por cada 100.00 habitantes



3,7 peatones lesionados por cada 100.00



1,1 de ocupantes de vehículos de motor



0,8 ciclistas lesionados

Después de Bogotá, Cali registró la mayor cantidad de muertes por siniestros viales entre 2009 y 2020, por encima del valor nacional. Las mayores tasas se presentan en los motociclistas con un promedio de 7,9 muertes por cada 100.000 habitantes, casi 3 puntos por encima del promedio nacional. Para los peatones, se registró una tasa promedio de 6,9 muertos por cada 100.00. Le siguen los ciclistas con un promedio de 2,1 muertos y los ocupantes de vehículos de motor con un promedio de 0,9 muertos.

Acciones para mitigar la mortalidad por siniestros viales:

- Optimizar la articulación entre los diferentes órdenes territoriales con el fin de garantizar el cumplimiento de metas y objetivos de las acciones de gobierno.
- Adelantar acciones que logren aterrizar en lo municipal en términos de oportunidad y de cumplimiento de metas, los objetivos del PNSV 2011 – 2021 más allá del direccionamiento a nivel nacional a través de entidades como la ANSV.
- Mejorar los sistemas de seguimiento y generación de alertas en término de cumplimiento de objetivos a nivel municipal, puesto que en el caso de Cali tardaron aproximadamente ocho años en implementar un Plan Local de Seguridad Vial.
- Definir e implementar lineamientos de políticas públicas que impulsen y faciliten la coordinación institucional e intersectorial de acciones en seguridad vial.

Entre 2009 y 2020: 61.828 muertes por siniestros viales en Colombia (DANE)



Los mayores decesos: Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá. En 2017, Antioquia mantiene el mismo comportamiento, el Valle del Cauca descendió en un 30% (pasó de 753 a 526 registros). Bogotá bajó de 622 a 561 (un descenso del 10%) a pesar de contar con los registros más altos del parque automotor en el país.

El COVID-19 y otros impactos

Síndrome post COVID (SPC)

La mayoría de las personas se recuperan del COVID-19, sin embargo, algunos pacientes manifiestan persistencia o presentación de nuevos síntomas más allá de la semana doce posterior a la infección, lo cual se ha denominado condición o síndrome post COVID (SPC). De manera general, dichos síntomas pueden incluir uno o varios desórdenes pulmonares, cardiovasculares, nerviosos, mentales, entre otros. Actualmente, Colombia no cuenta con registros poblacionales que permitan distinguir los casos con SPC y calcular su frecuencia y carga de enfermedad. El presente análisis tiene como objetivo estimar la carga de enfermedad de SPC, entendiendo este como la presencia sola o concurrente de cuatro síntomas seleccionados: fatiga, disnea, somnipatía y desórdenes cognitivos. De acuerdo con los resultados, desde el inicio de la pandemia hasta junio 30 de 2022, se confirmaron más de cinco millones de sobrevivientes a SARS-CoV-2 sintomáticos y mayores de edad y de estos, el 29,5% habría desarrollado SPC, es decir, aproximadamente un millón y medio. Estos casos aportarían casi 200 mil AVISA, equivalentes a 38,7 AVISA por 10.000 habitantes para el nivel nacional.

Datos del síndrome Post COVID

Desde el inicio de la pandemia hasta junio 30 de 2022, en Colombia:

5.110.487
sobrevivientes a
SARS-CoV-2
sintomáticos y
mayores de edad



La mayoría de los sobrevivientes fueron los contagiados por COVID-19 durante el periodo posterior a la **vacunación (58,7%)** (después del 30 de septiembre de 2021), están **entre 18 a 59 años (84,3%)** y **no fueron hospitalizados (97,2%)**



1.509.813 (29,5% de los casos sintomáticos y sobrevivientes) personas presentaron SPC, lo que representa una **tasa ajustada de 148,9 casos por cada 10.000 habitantes**



Los casos de SPC pueden presentar solo un síntoma o varios síntomas de manera simultánea (en coocurrencia). Del total de casos con SPC:

85,8% presentaron solo un síntoma:



41,6% fatiga



20,9% disnea



12,7% somnipatía



10,6% desórdenes cognitivos.

El 14,2% mostraron coocurrencia de síntomas, frecuencia:



Total de **199.497 AVISA**
por SPC en el país

Síntoma con más carga de enfermedad:



Fatiga: 93.009
AVISA, 46,6%



Disnea: 33.058
AVISA, 16,6%



Somnipatía:
18.864 AVISA,
9,5%



Desórdenes
cognitivos:
18.075, 9,1%

La coocurrencia generó el 18,3% de la carga: 36.489 AVISA



Acciones para enfrentar el síndrome Post COVID

- Establecer mecanismos para la identificación y registro, así como programas de atención integral para casos con SPC.
- Continuar la investigación del SPC para entender mejor sus factores de riesgo, tratamiento y pronóstico.

Mapa del SPC por terciles de tasas departamentales de AVISA entre el periodo previo al 30 de septiembre de 2021 y el periodo posterior:



Tercil de las tasas de AVISA más altas, ambos periodos: Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y San Andrés



Tercil más bajo en ambos periodos: Cauca, Chocó, La Guajira, Arauca, Putumayo



Tercil más alto para el periodo posterior: Bolívar, Boyacá, Santander, Sucre y Casanare.



Tercil más bajo para el periodo posterior: Caquetá, Huila, Tolima y Amazonas.

La mayoría de los departamentos se mantuvieron en el mismo tercil en ambos periodos.

COVID-19 en el talento humano en salud

Durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, el Talento Humano en Salud (THS) tomó el rol de primer respondiente ante la alta demanda de servicios de salud y, en el marco de sus funciones, presentaron mayor exposición y contagio por el agente viral, por tener un contacto prolongado y estrecho con casos de COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de enero de 2020 a mayo de 2021 fallecieron por COVID-19 entre 80.000 y 180.000 trabajadores de la salud. Cifra que en el escenario de mediana afectación es cercana a las 115.000 defunciones, donde América y Europa aportan cerca del 95% de esta mortalidad. Aunque el número de casos y muertes en trabajadores de salud ha descendido de manera sostenida tras la implementación de campañas de vacunación para COVID-19, el llamado de la OMS es contundente: se deben aumentar los esfuerzos de mitigación del riesgo de contagio en el lugar de trabajo, de tal modo que las políticas de gestión de THS en situaciones de emergencia y crisis sanitaria deben instaurar medidas eficaces de protección en salud pública y de seguridad y salud en el trabajo según perfil y nivel de exposición.

En Colombia, entre 2020 y 2021, 266.513 casos de COVID-19 fueron aportados por el THS, es decir, el 5,2% del total nacional (SegCOVID-19). Esto equivale a un cuarto de la fuerza laboral activa dispuesta para dar respuesta a la emergencia. Esta situación derivó en un aumento en la carga a los servicios de salud para garantizar su atención, del mismo modo que representó una reducción de un cuarto de la capacidad instalada del THS por las incapacidades, cuarentenas y fallecimientos. Lo anterior, sin considerar las discapacidades por otras patologías y secuelas, las licencias por agotamiento o asilamientos tras ser configurados como contactos estrechos de casos COVID-19 en el entorno familiar y comunitario.

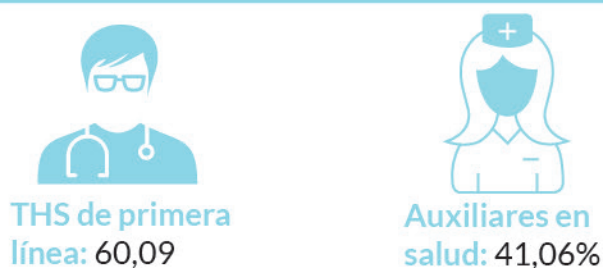
Los enfermeros y auxiliares presentaron la mayor tasa de ataque, pero los médicos sufrieron la mayor letalidad. Por su parte, el personal de primera línea de atención aportó el 57,52% de los casos (más de 153 mil). Si bien no se observaron diferencias significativas con respecto a la tasa de ataque y la proporción de cuadros sintomáticos compatibles con COVID-19 entre el personal médico general y el personal médico especializado, sí se evidencia un 57,0% más de demanda de servicios de hospitalización y 41,0% más de letalidad en médicos generales respecto al personal especializado. Lo anterior, se incrementa en 2021, cuando por poco se duplica en médicos generales. Aunque la tasa de ataque por COVID-19 en personal médico en Colombia fue menor (entre un 10% y 33%) respecto al personal de enfermería y otras profesiones en salud, por el contrario, sí duplicaron la letalidad. Tan solo en el primer año de la pandemia, la letalidad en personal médico fue 2,88 y 4,47 veces mayor a enfermeros y otros profesionales. Al comparar las tasas de ataque entre el personal médico y THS no profesional, se observa que los médicos presentaron 4,3 veces la tasa de ataque y 2,2 veces la letalidad, en comparación con la categoría técnico auxiliar en salud.

Datos de la situación del THS por COVID-19 en 2020 y 2021 (SegCOVID-19)

Del total de casos, 266.513:

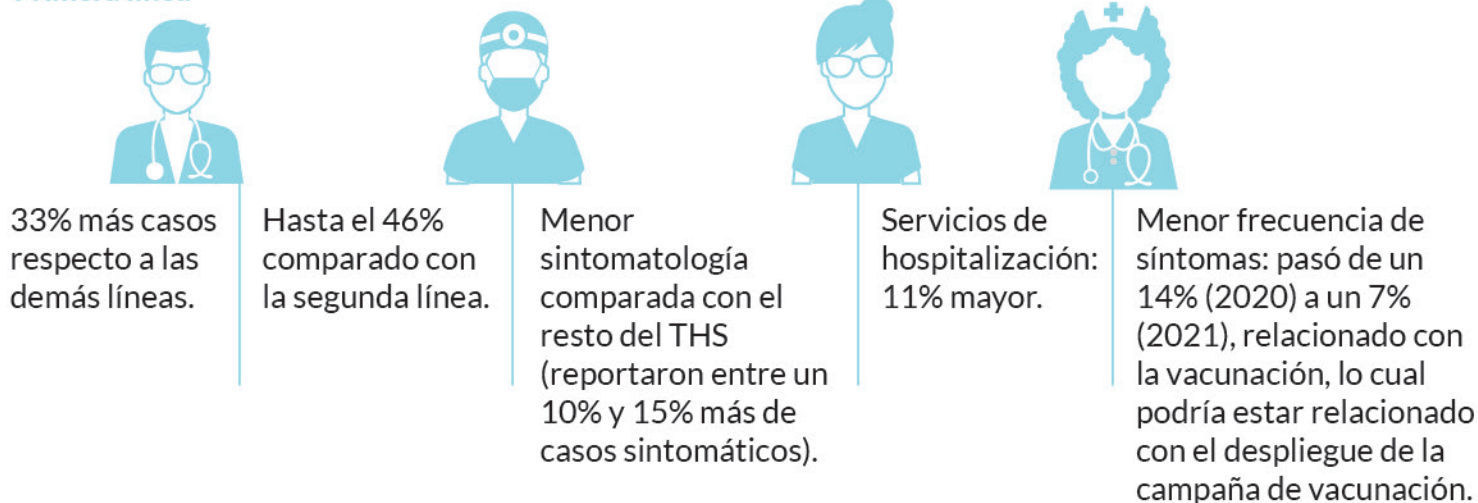


Tasa de muertes:



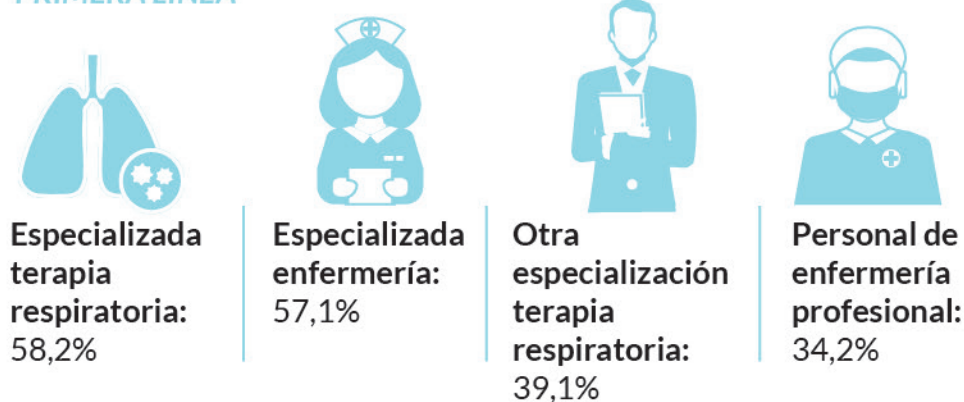
La letalidad en la totalidad del THS activo: 0,5%

Primera línea



Por perfil ocupacional según nivel de exposición, tasa de ataque:

PRIMERA LÍNEA



SEGUNDA LÍNEA



Bacteriología:
40,9%



Geriatría:
36,2%



**Enfermedades
infecciosas:**
30,8%



**Tecnólogo en
radiología e imágenes
diagnósticas:** 29,3%

TERCERA LÍNEA



**Medicina
homeopática:**
100%



**Nutrición y
dietética:**
100%



**Medicina
reproductiva:**
60%



**Oftalmología
pediátrica:**
50%

Acciones para prepararse ante una nueva pandemia

- Identificar los perfiles con mayor carga y afectación por COVID-19 en el THS en el país provee insumos para orientar el diseño de intervenciones focalizadas.
- Garantizar la suficiencia y distribución equitativa del THS ante emergencias de salud pública.
- Fomentar programas y políticas de protección y seguridad ocupacional, y su monitoreo para reducir el riesgo de contagio.
- Promover la garantía de condiciones de trabajo dignas, tanto en situaciones de normalidad como de crisis (Organización Internacional para el Trabajo –OIT– y la OMS)
- Estimar la razón de pérdida del TH por especialidades y el tiempo que le tomará al país retornar a las cifras de densidad del mismo, bajo una lectura crítica de los procesos y ciclos de formación académica del THS especializado.
- Ampliar las capacidades de respuesta de los sistemas de salud a emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) con criterios de suficiencia y no de mínimos de habilitación o funcionamiento de servicios.
- Mejorar el registro de información detallada del tipo y grado de exposición a agentes transmisibles, así como evaluar la adherencia en el uso de elementos de protección personal (EPP) y medidas de prevención y control de infecciones asociadas a los servicios de salud.

Resumen ejecutivo informe técnico especial 14. Panorama de eventos en salud pública. Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud.

Colombia, 2023