



Informe **3**

Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011

Resumen Ejecutivo

Tercer Informe
Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011

Observatorio Nacional de Salud

	1
Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011	
	2
Desigualdades sociales en la mortalidad evitable en Colombia para 2003-2005 y 2009-2011	
	3
Años de Vida Potencialmente Perdidos por todas las causas de muerte y muerte evitable en Colombia para el periodo 1998-2011	
	4
Costos económicos de la mortalidad evitable en Colombia desde 1998 hasta 2011	
	5
Análisis multinivel de la mortalidad materna en Colombia para el año 2011	
	6
Análisis multinivel de la mortalidad infantil en Colombia	
	7
Tabaquismo y salud: una aproximación a las políticas públicas para su control en Colombia	
	8
Aproximación a la gestión legislativa de la Comisión Séptima del Congreso de la Republica, durante el primer semestre del Periodo Legislativo 2013-2014	

Resumen Ejecutivo

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) es la dirección del INS encargada de la generación de evidencia para informar la toma de decisiones en salud, a partir de metodologías de análisis que integran la información disponible. Los análisis del ONS se han centrado en la mortalidad en Colombia, sin embargo, ese enfoque hasta ahora, no considera la edad en que ocurre la muerte, ni explora en detalle la causa que origina el evento. A pesar de la importancia del análisis de la mortalidad general, y su gran utilidad para la definición de prioridades en salud pública, este informe amplía el análisis de la mortalidad, incluyendo el concepto de mortalidad evitable, sus costos y perspectivas adicionales de análisis de los fenómenos.

La muerte evitable se define como aquella muerte que dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento. Algunos autores han propuesto listas de causas de mortalidad evitable, basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, las cuales varían según el concepto que cada autor tenga sobre la evitabilidad de las diferentes condiciones. En Colombia se han realizado aproximaciones a la mortalidad evitable, las que han adoptado conceptos y listados elaborados en distintas partes del mundo, pero no se cuenta con una selección renovada. Ante esta necesidad, el ONS elaboró un listado actualizado de mortalidad evitable, apoyado en las clasificaciones aceptadas internacionalmente, teniendo en cuenta las condiciones de desarrollo tecnológico desarrollado y adoptado por el país. Basado en este concepto, el Observatorio implementó diferentes metodologías de análisis para evaluar su variación a través del tiempo, incluyendo la perspectiva del análisis de los determinantes sociales en salud y análisis de políticas públicas, con el fin de generar una serie de recomendaciones con base en la evidencia disponible.

Apoyado en la lista de causas evitables, los objetivos generales del presente informe fueron: **1)** estimar las tasas de mortalidad evitable en Colombia para el periodo 1998-2011; **2)** describir y analizar la distribución de las principales causas de muerte en la población y en los niveles departamental y municipal; **3)** evaluar las desigualdades de la mortalidad por nivel de pobreza y zona de residencia; **4)** estimar la pérdida de productividad y sus costos por causa de muerte evitable; **5)** realizar el análisis multinivel de la mortalidad infantil y materna para evaluar los efectos contextuales del municipio y departamento en la ocurrencia de esos fenómenos; **6)** analizar la política pública en el control del principal factor de riesgo de la mortalidad evitable, el consumo de tabaco; y **7)** revisar la gestión legislativa de la Comisión Séptima del Congreso de la República.

Metodología

A partir de una revisión conceptual y un consenso se elaboró un listado de causas de muerte evitables, armonizando las listas disponibles en la literatura. También se realizaron las siguientes actividades: selección de los registros de defunción cuya causa básica de muerte correspondiera a muerte evitable, de los registros de los certificados de defunción consolidados en las bases de mortalidad del DANE. Estimación de las tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo por toda causa y por causa de muerte evitable. Clasificación de los eventos con base en la clasificación de grupo de causas del estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) 2010, en 3 grupos, 22 subgrupos y 236 eventos individuales. Aquellos eventos no incluidos en esta clasificación se agruparon bajo el nombre de No GBD.

Además, se compararon las tasas de mortalidad general y evitable, por causa, sexo y departamento, para todas las causas y los grupos de eventos. Se realizó, además, el análisis geo-estadístico municipal comparando los trienios 1998-2000 y 2009-2011 calculando Razones de Mortalidad Estandarizada (RME) y empleando método de suavizado geográfico.

Se realizó la evaluación de las desigualdades de la mortalidad evitable a nivel municipal, comparando el 25% de población más pobre por NBI con el 25% de la población con menores privaciones, así como las diferencias urbano-rurales; y se estimó el riesgo relativo y riesgo atribuible poblacional relativo entre los grupos comparados para cada uno de los grupos, subgrupos y eventos de causas de muertes evitables.

Así mismo, se estimaron los AVPP para todas las causas de muerte y muerte evitable, a partir de la expectativa de vida de referencia del GBD 2010 por grupo de edad simple. Los AVPP fueron estimados para cada caso de muerte ocurrido durante el periodo de análisis, para todas las causas de muerte y por causas de muerte evitable, los totales se presentan por evento y la tasa por 1000 habitantes. Adicionalmente, para las causas de muerte evitable, se valoró la pérdida económica por la pérdida de productividad, con el enfoque de capital humano, entre los 18 años y la edad de jubilación para la cual se estimaron los APVPP a pesos constantes del 2012, considerando escenario piso (salario mínimo anual) y techo (PIB_{pc}).

Dos análisis multinivel se diseñaron con información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 para la explicación de la mortalidad materna e infantil. El ONS indagó sobre los posibles factores del contexto municipal y departamental asociado con estos dos eventos en salud. Se utilizaron diferentes fuentes de información nacional como el DANE, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud y de Protección Social, ENDS 2010 y la Organización Transparencia por Colombia. Para mortalidad materna se realizó un estudio ecológico tomando como variable de respuesta la razón de mortalidad materna (RMM) de 1082 municipios, el análisis se realizó con un modelo de regresión de *Poisson* con intercepto aleatorio para cada departamento. Para la mortalidad infantil se tomaron 3596 menores de un año contemplados en la ENDS 2010, el análisis se realizó por medio de un modelo de regresión logística con intercepto aleatorio en municipio y departamento.

En el marco de la mortalidad evitable, se elaboró un análisis de políticas del control del tabaco con la metodología de triangulo de política. Se realizó una revisión documental, identificando elementos del contexto, procesos y contenido de la política en el país. Del mismo modo, se consultaron fuentes documentales primarias y secundarias como encuestas nacionales, reportes internacionales, proyectos legislativos y normatividad relacionada con el control del tabaco. Igualmente se examinaron estudios e investigaciones sobre la carga de enfermedad y evaluación de factores de riesgo en Colombia y se evaluó la construcción de las políticas públicas para la regulación del tabaquismo en el país durante los últimos 20 años, adoptando una visión transsectorial, evaluando la información en salud, agricultura, comercio, trabajo, entre otros.

Finalmente, se realizó un análisis de la gestión legislativa de la Comisión Séptima del Congreso de la República durante el segundo periodo de sesiones ordinarias, correspondiente a la legislatura 2013-2014, mediante la caracterización de los integrantes de la Comisión activos a diciembre 31 de 2013; la identificación de la gestión adelantada en lo relacionado con los temas tangentes a la Comisión; los temas centrales objeto de la agenda legislativa y control político de la Comisión y el estado de las acciones realizadas por la misma durante la gestión del primer periodo de sesiones 2013-2014.

Resultados

Durante el periodo 1998-2011 se reportaron en Colombia un total de 2'677.170 muertes, 1'427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables. Las tasas de mortalidad general y evitable disminuyeron a lo largo del periodo. La proporción de causas evitables de muerte paso de 58% en 1998 a 47% en 2011. La mayor proporción de las muertes evitables se encontró en los grupos de enfermedades no transmisibles y lesiones. Por subgrupos de causas de muerte (23 subgrupos incluyendo No GBD), las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte, seguido por neoplasmas y lesiones intencionales. De acuerdo al grupo de edad, las muertes evitables se concentraron en los menores de 5 años y en los grupos de 65 a 74. Las tasas de mortalidad evitable más altas se reportaron en Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Caquetá; mientras Amazonas, San Andrés y Providencia, Chocó, Córdoba, La Guajira, Nariño, Sucre y Vaupés reportaron las tasas más bajas.

Para el trienio 1998-2000, la tasa de mortalidad evitable ajustada por edad y sexo por todas las causas fue de 280 muertes por 100.000 habitantes y las tasas ajustadas más altas correspondieron a las lesiones intencionales, las enfermedades cardiovasculares y los neoplasmas. Para el trienio 2009-2011, la tasa de mortalidad evitable ajustada por edad y sexo por todas las causas disminuyó a 196 muertes por 100.000 habitantes y las tasas ajustadas más altas, también recayeron sobre esos tres grupos de eventos. Al comparar los dos trienios, las tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo para todas las causas disminuyeron en un 16%, mientras el número de casos aumentó en un 8,6%. El análisis geoestadístico mostró que, a pesar de la disminución de las tasas de mortalidad evitable nacional y departamental, el riesgo de morir a nivel municipal respecto del nacional aumentó en ambos sexos, para agresiones con arma de fuego y complicaciones del parto prematuro y en hombres para cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.

Se estimaron un total de 83.856.080 AVPP por todas las causas de muerte durante el periodo 1998-2011, con una tasa anual promedio de 140,5 AVPP por 1000 habitantes. Para la mortalidad evitable se estimaron 63.683.232 AVPP con una tasa de 106,7 por 1000 habitantes. El 76% de los AVPP en Colombia se perdieron por causas de muerte evitables. El 64,7% de AVPP por toda causa y el 68,4% de las causas evitables se perdieron en hombres. La agresión por arma de fuego fue la primera causa de AVPP por toda causa, sin embargo, su participación en el total de AVPP disminuyó de 17,8% al 13,2%; le siguió la enfermedad cardiaca isquémica que aumentó su participación del total de AVPP.

Para el grupo de causas de muerte evitable, la principal causa de AVPP se debe a la agresión con arma de fuego, disminuyendo del 22,2% del total de AVPP al 19%. El VIH sin TBC fue uno de los eventos que más ascendió durante el periodo pasando del puesto 19° al 10°. Otras enfermedades diarreicas y la encefalopatía neonatal descendieron considerablemente, al igual que lesión a peatón por vehículo.

El 68% de las muertes evitables durante el periodo ocurrieron durante, ó antes, de la edad productiva. El costo total de la mortalidad evitable se estimó entre \$142 y \$266 billones de pesos de 2012. Las 10 entidades territoriales con mayores costos por muerte evitable durante el periodo fueron: Antioquia (\$25,2–47,1 billones), Valle del Cauca (\$19,1–35,7 billones), Bogotá (\$15,7–29,3 billones), Cundinamarca (\$5,7–10,6 billones), Atlántico (\$5,6–10,5 billones), Santander (\$5,5–10,3 billones), Norte de Santander (\$5,4–10,0 billones), Cauca (\$4,4–8,2 billones), Tolima (\$4,4–8,2 billones) y Bolívar (\$4,4–8,1 billones). Las cinco entidades territoriales con mayores tasas de costos por muertes evitables fueron: Caquetá (400,6–748,2 millones por cada 1000 hab.), Guaviare (390,4–729,0 millones por cada 1000 hab.), Arauca (374,4–699,3 millones por cada 1000 hab.), Meta (334,4–624,5 millones por cada 1000 hab.) y Valle del Cauca (327,9–612,4 millones por cada 1000 hab.). Por grupo de principales eventos los mayores costos se presentaron en el grupo de lesiones (61%), seguido por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (20%) y finalmente las enfermedades no transmisibles (19%).

Entre los cuatro eventos de muerte que generan mayor costo se encontraron tres del grupo de lesiones: agresiones con arma de fuego, (\$47-\$87 billones), agresiones por objeto afilado (\$7-13 billones), y lesiones auto infligidas (\$5-9 billones).

Con los modelos multinivel se verifico que el número de muertes maternas a nivel municipal fue mayor por cada punto de incremento de la pobreza multidimensional (RMM relativa 5.30; IC 95%: 2.66-10.55); el peor escenario de mortalidad materna asociado a la pobreza municipal se encontró en aquellos municipios que pertenecían a departamentos con moderada y alta pobreza multidimensional (RMM relativa 5.95; IC 95%: 1.68-21.09 y RRM relativa 8.33; IC 95%: 2.96-23.40, respectivamente). Con relación a la mortalidad infantil, ésta se asoció significativamente con características individuales como: el sexo del niño, la educación de la madre; el número de semanas gestacionales al nacimiento; los meses de lactancia materna; la pertenencia a algún grupo étnico; el número de miembros en el hogar, la pobreza en el hogar y características del entorno como la pobreza multidimensional municipal y departamental.

En el análisis de políticas públicas relacionadas con el control del tabaco, se evidenció que se ha considerado desde hace más de dos décadas como una grave epidemia que ha exigido medidas de control en la mayoría de países, incluida Colombia. El contexto internacional se ha caracterizado por una creciente presión de la Organización Mundial de la Salud y la alianza entre las naciones para enfrentar el tabaquismo que se ha traducido en el Convenio Marco para el Control de Tabaco, (primer tratado mundial en salud pública establecido en el año 2003). Colombia ratificó el mismo en 2008 y progresivamente ha venido consolidando un conjunto muy importante de mecanismos jurídicos para implementar todas las estrategias sobre la oferta y la demanda de tabaco consignadas en este Convenio. En este proceso, se evidenció la oposición de los sectores productivos e industriales en tabaco quienes defendieron los intereses de agricultores, trabajadores, comerciantes y empresarios, contando con el apoyo del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; esta oposición dilató pero finalmente no evitó la incorporación de Colombia a la tendencia mundial para prevenir y enfrentar el consumo de tabaco como problema de salud pública.

En la Comisión Séptima del Congreso de la República durante el primer semestre del periodo legislativo 2013-2014 se presentaron un total de 60 Proyectos de Ley, 7 Proyectos de Acto Legislativo y 8 Proposiciones de control político. Uno de los proyectos de Ley discutidos fue sancionado como Ley, sin embargo solo un proyecto fue archivado y otro retirado, dejando el resto de proyectos aún vigentes. Los temas de mayor relevancia en el período estudiado fueron los relacionados con asuntos de la mujer y de la familia, haciendo énfasis en iniciativas tendientes a mejorar la salud materna e iniciativas relativas al Sistema General de Seguridad Social y Salud. También se reportaron los partidos que más se destacaron en la gestión legislativa, así como los congresistas que más participaron en la presentación y discusión de iniciativas.

Conclusiones

Más de la mitad de las muertes que ocurrieron en Colombia se debieron a causas de muerte evitables. Aunque existe discusión en torno al alcance de dicho concepto, la revisión aquí realizada armoniza las distintas listas disponibles, y enmarca el concepto a aquellos evitables tanto por la intervención de los servicios de salud como por la implementación de políticas públicas transectoriales con impacto en salud. La disminución de la mortalidad general en Colombia durante el periodo evaluado se debe a la disminución en la mortalidad evitable; el riesgo fue mayor en hombres.

La mayor proporción de muertes evitables correspondió a enfermedades no transmisibles y lesiones. Más de la mitad de las muertes evitables fueron debidas a enfermedad cardiaca isquémica y a lesiones de causa externa. Aunque la mayoría de eventos presentaron una disminución en sus tasas de mortalidad durante el periodo, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer de colon y recto, la enfermedad por VIH resultante en otras enfermedades específicas o indeterminadas, las lesiones por vehículo motorizado de dos ruedas, el cáncer de seno, las anomalías congénitas del corazón y la leucemia aumentaron las tasas; la mayoría de estos eventos dependen, en gran medida, de la intervención de los servicios de salud, sin embargo los lesionados por motocicletas dependen, además, de la participación de diferentes sectores incluyendo los de transporte y educación.

La diversidad geográfica expuesta de la mortalidad evitable, sugiere la existencia de un patrón diferencial por zonas, con comportamientos que requieren análisis adicionales, especialmente para eventos como agresiones con arma de fuego, complicaciones del parto prematuro y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, que a pesar de la disminución de su tasa a nivel nacional y departamental, presenta incrementos a nivel municipal.

Los resultados presentados pueden contribuir en la toma de decisiones y la adopción de estrategias más efectivas, las cuales tendrán su correspondiente contribución en los proyectos, programas y políticas de salud en los niveles nacional y departamental. Los resultados sugieren que se debe realizar seguimiento y monitoreo a los programas de promoción y prevención, así como la evaluación de su impacto para modificar y ajustar las prioridades.

Las desigualdades sociales en la mortalidad evitable señaló la persistencia de amplias desigualdades relacionadas con eventos en salud en contra de los más vulnerables, reflejo inequívoco de la calidad de vida, así como del acceso y calidad de los servicios de salud, como se observó en los trastornos maternos, las enfermedades diarreicas y las deficiencias nutricionales. Igualmente, se evidenció que la mortalidad relacionada con el conflicto armado continuo concentrándose en las regiones más pobres del país. El análisis de las desigualdades urbano-rural mostró, en general, que las mayores tasas de mortalidad para la mayoría de los eventos se presentaron en el contexto urbano. Hay limitaciones con el uso del NBI para evaluar las desigualdades entre más y menos vulnerables, discusión que será abordada en posteriores análisis del Observatorio.

La mortalidad evitable tuvo un gran impacto en la productividad, por lo menos el 75% de los AVPP durante el periodo 1998-2011 correspondieron a causas de muerte evitables y sus pérdidas representaron entre el 1,6 y el 3,0% del PIB al año. Las lesiones de causa externa generaron la mayor pérdida de productividad en AVPP y costos.

La mortalidad materna en los municipios colombianos se asoció con el grado de pobreza multidimensional municipal y departamental, aspecto que hace un llamado a la acción intersectorial y organizada hacia la mejora de las condiciones de vida en municipios y departamentos con alta incidencia de pobreza, no obstante, se requiere profundizar en este tipo de análisis para incluir el nivel individual y su relación con el desenlace considerado.

Una mayor probabilidad de muerte en menores de un año se halló asociada en mayor medida con características del individuo y algunas características del municipio y departamento como la pobreza multidimensional. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones orientadas tanto a nivel individual como colectivo que impacten positivamente la salud y la probabilidad de supervivencia de los menores de un año.

Los resultados del análisis de políticas públicas relacionadas con el control del tabaco indican que se hace necesario configurar el Sistema Nacional de Vigilancia de Consumo de Tabaco que permitiría contar con información comparable, lo cual garantiza el seguimiento permanente sobre este mortal hábito. Además, es indispensable establecer estudios de evaluación de las diferentes acciones de política pública para valorar los avances y los resultados de las mismas.



Avenida Calle 26 No. 51-20 CAN
Bogotá D.C. Colombia
Teléfono: 57 (1) 2207700, extensión: 1389

www.ins.gov.co
01 8000 113 400



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD