



Carga de enfermedad por  
**Enfermedades Crónicas  
No Transmisibles y  
Discapacidad en  
Colombia**

**V** Edición



**MINSALUD**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ**

Directora de Epidemiología y Demografía



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**MANCEL MARTINEZ DURAN**

Director General (E) INS

**MARTHA GEMA GÓMEZ LOPEZ**

Secretario General (E)

**OFICINA DE COMUNICACIONES INS**



**CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA**

Director Observatorio Nacional de Salud



**Carlos Andrés Castañeda Orjuela**  
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

#### Equipo de trabajo

Pablo Enrique Chaparro Narváez  
Karol Patricia Cotes Cantillo  
Gina Alexandra Vargas Sandoval  
Diana Patricia Díaz Jiménez  
Luz Mery Cardenas Cardenas  
Fabio Alberto Escobar Díaz  
Sandra Patricia Salas Quijano  
Liliana Castillo Rodriguez  
Carlos Andrés Valencia Hernández  
Nelson José Alvis Zakzuk  
Johanna Quintero Cabezas  
William León Quevedo  
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar  
Paula Tatiana Castillo Santana  
Alexander Mestre  
Elkin Daniel Vallejo Rodriguez  
Andrea Rodríguez Pava

#### Equipo de apoyo

José Silverio Rojas Vásquez  
Ana Patricia Buitrago Villa  
Karen Daniela Daza Vargas  
Jimena Leiton Arteaga

#### Clara Lucia Delgado Murillo

Edición Observatorio Nacional de Salud

#### Kevin Jonathan Torres Castillo

Diagramación y Diseño Observatorio Nacional de Salud

#### Direcciones Instituto Nacional de Salud

Oscar Pacheco García

*Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

Mauricio Beltrán Durán

*Dirección de Redes en Salud Pública*

Pablo Enrique Chaparro Narváez

*Dirección de Investigación*

Néstor Mondragón

*Dirección de Producción*

#### Impresión

#### Imprenta Nacional de Colombia

Carrera 66 No. 24-09 Bogotá, D.C.

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. (Pag xxx) Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., 2015.

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud 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 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 de 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.

ONS © 2015

Todos los derechos reservados ©

Colombia, Junio 30 de 2015

#### Imágenes

Fotos:

foto-grais.es // categorias: personas, fondos, texturas

Siluetas niño modificada de:

UNICEF/MGLA2007-00060/HOLMES

<http://sowc2015.unicef.org/stories/access-to-justice-for-all-the-worlds-children/?lang=es>

Billetes

basado en <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/nc/ndetalle/pag/1/article/billetes-deteriorados-podran-utilizarse-para-descontaminar.html>

foto Felipe Castaño, unimedios, Billetes

Corazón

[http://2.bp.blogspot.com/-yiplrR\\_huFU/UpKAFK3X37I/AAAAAAAAAV0Y/3w4u\\_RVKR3E/s1600/timthumb.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-yiplrR_huFU/UpKAFK3X37I/AAAAAAAAAV0Y/3w4u_RVKR3E/s1600/timthumb.jpg)

basado en una ilustración de ilustración Barket Elsner

Manómetro tensiómetro

<http://www.corysan.es/images/506043G.jpg>

Siluetas modificadas hombre obeso

[http://clinicaobesidadtijuana.com/images/Obesidad\\_Causas.jpg](http://clinicaobesidadtijuana.com/images/Obesidad_Causas.jpg)

Dulces

<http://8269a29b8192df067b79-6e6eed8196f1d7c173a881fc180c26d.r65.cf2.rackcdn.com/exclusivamente-dulces.jpg>

Bacterias

<http://curiosidades.batanga.com/sites/curiosidades.batanga.com/files/Que-son-las-bacterias-nitrificantes-3.jpg>

Camillas

<http://matasanos.org/wp-content/uploads/2011/12/Hospital-Xanit-Primavera-2006-060.jpg>

Silla de ruedas

<http://reactiv.com.mx/images/productos/sillas-de-ruedas/manuales/info/silla-de-ruedas-con-descansabrazos-desmontables-movili-da-movili-de/zoom/silla-de-ruedas-con-descansabrazo-desmontables.png>

Mosquito basado en:

<https://centraldetareas.files.wordpress.com/2011/10/mosquito.gif>

# Resumen ejecutivo

---

## Introducción

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) está a cargo de generar evidencia en salud para informar la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas en Colombia. Dentro de sus funciones se incluye la realización de análisis integradores de diferentes fuentes de información en salud con la implementación de metodologías de carga de enfermedad y determinantes sociales de la salud. El ONS avanza generando de conocimiento novedoso, a partir del análisis epidemiológico de diferentes fuentes oficiales de información, comparando resultados para los diferentes departamentos y municipios, y con series temporales de casi 15 años.

El ONS ha publicado análisis de mortalidad general y mortalidad evitable para Colombia, evaluando las desigualdades de la mortalidad evitable por nivel de riqueza de cada uno de los municipios. También ha analizado el cumplimiento de objetivos de desarrollo del milenio como la mortalidad infantil y la mortalidad materna. En el caso de la mortalidad materna se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos, que evidenciaron amplias desigualdades sociales que conforman inequidades sociales en salud en contra de los más vulnerables. En el Cuarto Informe del ONS se presentó un análisis comprehensivo de la violencia homicida en Colombia, un problema que va más allá de la responsabilidad del sistema de salud y que resalta la necesidad del trabajo intersectorial para la intervención de los problemas de salud de la población y el beneficio del uso del enfoque de salud en todas las políticas para la mejora del bienestar de la población.

Adicionalmente se ha realizado análisis de políticas públicas en Colombia para la política de control de tabaco; para el control de la pólvora y de salud mental para víctimas de desplazamiento forzado; al igual que el análisis multinivel de encuestas poblacionales como la Encuesta de Demografía y Salud y la Encuesta de Situación Nutricional (ENDS); el análisis de modelación de

enfermedades transmisibles y no transmisibles y las evaluaciones económicas en salud. Para este Quinto Informe, debido a la necesidad de evidencia para informar la toma de decisiones, se seleccionó el tema de las *enfermedades crónicas no transmisibles* como eje central del reporte, aunque también se presentan análisis cualitativos y cuantitativos en otras áreas como lo son discapacidad, autopercepción de salud, suicidio, *chikungunya* y política en salud pública.

Doce capítulos componen este Informe: los seis primeros presentan los métodos y la estimación de la carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles. En el primero se presenta la metodología implementada para combinar la información de diferentes fuentes, a partir de la implementación de modelos de predicción de regresión lineal y modelos lineales generalizados de la familia *poisson* para modelar conteos y tasas de ocurrencia o mortalidad. Se combina la información proveniente de revisiones sistemáticas de literatura, la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS), registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y la base de mortalidad del DANE. El segundo capítulo presenta la estimación de la carga de enfermedad por hipertensión arterial; el tercero, la carga por accidente cerebrovascular (ACV); el cuarto, la carga de cáncer; el quinto, la carga por diabetes; y en el sexto, la carga por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En el séptimo capítulo se realizó un análisis descriptivo de los suicidios, ocurridos durante 1998 a 2012, a partir de los registros de defunción del DANE, con un análisis espacial de su distribución en el territorio colombiano a lo largo de estos 15 años. En el octavo capítulo se estimaron los costos económicos directos e indirectos asociados a la enfermedad por *chikungunya* (CHKV, por sus siglas en inglés), a partir del microcosteo de historias clínicas y la realización de encuestas de gastos de bolsillo y estimación de costos por pérdida de productividad, con una estimación de los costos nacionales debidos al reciente brote epidémico.

En el noveno y décimo capítulos, se analizó la autopecepción de salud a escala departamental e individual, a partir de los microdatos de la ENDS 2010, evaluando los determinantes sociales asociados a una buena o mala autopercepción de salud y ajustando el valor de dicha asociación por factores a nivel individual y departamental a través de la implementación de análisis multinivel y análisis de componentes principales.

En el décimo primer capítulo se hizo un análisis de políticas públicas sobre salud pública en el sistema de salud, con una metodología de análisis cualitativo a partir de una exhaustiva revisión documental y tomando como referencia la Ley 9 de 1979. Finalmente el décimo segundo capítulo plasmó una aproximación al goce efectivo de derechos en personas con discapacidad, por medio de un estudio de casos y la realización de entrevistas en profundidad y revisión documental.

## Métodos

La estimación de la carga de enfermedad, de las enfermedades crónicas no transmisibles, se basó en la combinación de varias fuentes de información a través de la implementación de una serie de modelos estadísticos predictivos. Se realizó una revisión de literatura en Colombia y como no se encontró suficiente información, en América Latina, se revisaron estudios que reportaran mediciones en la población sobre parámetros de ocurrencia y mortalidad para un subgrupo de enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Una estimación del número de consultas anuales por departamento, edad y sexo para los años 2010-2013, se realizó a partir de las ENDS del 2000, 2005 y 2010. A partir del número de registros de personas que consultaron por cada una de las enfermedades seleccionadas en la base de datos de RIPS, por medio de los cubos de SISPRO, se realizó un ajuste con el número total de consultas para estimar las prevalencias por uso de servicios de salud de cada enfermedad y así predecir los valores para el periodo 2010-2014.

Con la información de mortalidad 1998-2012 de DANE, se estimó el número de muertes anuales para cada una de las enfermedades por departamento, sexo y grupo de edad para el periodo 2010-2014.

Se presentó el análisis descriptivo del número de casos y muertes estimadas, por año, departamento, grupo de edad y sexo. Se estimaron tasa ajustadas por edad con la población de referencia de 2005 (año censal). Con el número de casos nuevos, casos prevalentes y muertes se estimó la carga de enfermedad en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para cada evento y por departamento, de acuerdo a los métodos del grupo de carga de enfermedad de la Universidad de Washington.

Para el análisis de suicidio se utilizó la base de datos de defunciones 1998-2012 del DANE. Se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad por suicidio en Colombia durante dicho periodo. Se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad y por edad y sexo, con referencia a la población censal de 2005. Se evaluó la tendencia temporal de las tasas de mortalidad por suicidio por medio de regresiones lineales. Con las tasas de mortalidad por departamentos se realizó un análisis espacial de la distribución del fenómeno a lo largo del periodo en el territorio colombiano, identificando la existencia de correlación geográfica por quinquenios y el suavizado de tasas de mortalidad.

Para el costeo de *CHKV* se realizó una evaluación económica parcial, de tipo retrospectivo, donde se describieron los costos económicos asociados al *CHKV*. Se incluyeron pacientes con historia clínica compatible con la enfermedad y nexos epidemiológico que consultaron en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Cartagena y el municipio de Mahates (Bolívar). Se realizó un micro-costeo a partir de las historias clínicas de pacientes que manifestaron la enfermedad. Para la estimación de los costos directos se calculó la mediana de los costos por tipo de paciente (grupo etario, sexo) con sus respectivos rangos intercuartílicos, en función de los costos de las actividades identificadas (consultas, procedimientos, exámenes de laboratorio e imagen, medicamentos, estancia hospitalaria).

Para estimar los costos indirectos relacionados con la atención y los gastos de bolsillo se construyó un instrumento de captura de datos, el cual se aplicó mediante entrevista persona a persona realizada por investigadores del ONS. Con la información socioeconómica y de gastos asociados a la enfermedad recopilada, se cuantificó el valor de la pérdida de productividad debido a la reducción del tiempo de trabajo debido a la enfermedad y los gastos de bolsillo.

Se realizaron dos análisis de las condiciones asociadas a la autopercepción del estado de salud (APES) en personas mayores de 18 años a nivel poblacional e individual mediante un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. La perspectiva poblacional se abordó por medio de un estudio ecológico con los departamentos como unidad de análisis y tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la APES y el uso y acceso a los servicios de salud en el contexto departamental. Se elaboraron dos indicadores por medio del análisis de componentes principales: uno de uso de los servicios de salud y otro de barreras de acceso a los servicios de salud. La perspectiva individual evaluó la asociación entre la APES y las condiciones de tipo social, económico y de salud de los individuos encuestados. La evaluación de las asociaciones de interés se realizó por medio de un modelo de regresión lineal robusta en el caso del estudio ecológico y un modelo de regresión logística en el caso individual, los modelos fueron ajustados por las variables que al análisis bivariado presentaron un valor **p<0,25**.

En cuanto al análisis de política pública en salud pública, se tuvo como propósito analizar la salud pública en el contexto de la reforma y la implementación del actual sistema de salud colombiano entre los años 1990 y 2012. Se desarrolló una metodología de carácter documental y cualitativo con el cual se identificaron normas, planes y programas, proyectos de ley e investigaciones para comprender las diferentes decisiones en salud pública y examinar su relación con el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) y la descentralización en salud.

Finalmente se realizó un estudio cualitativo de casos, con el propósito de comprender las percepciones sobre el goce efectivo de derechos de las personas con discapacidad.

Los casos se seleccionaron de acuerdo a criterios de heterogeneidad y accesibilidad. Se realizaron entrevistas en profundidad y revisión de documentos relacionados con normatividad sobre de derechos para personas con discapacidad, principalmente. Se seleccionaron seis casos, atendiendo a tipos de discapacidad y población con doble vulneración, como población desplazada con discapacidad y la población penitenciaria y carcelaria con discapacidad.

## Resultados

Respecto a la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el periodo 2010-2014, aumentó de 25,9% a 31,3% en mujeres y de 23,8% a 28,7% en hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mayor prevalencia se concentró en los grupos de 55 a 70 años, mostrando un descenso a partir de los mayores de 80 años. Los departamentos con mayor prevalencia de HTA fueron Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Risaralda y Caldas. En 2014, se registraron 2336 muertes por HTA en hombres, que se concentraron en los grupos de edad de 75 años en adelante. En mujeres, se registraron 2821 muertes, concentradas en los mismos grupos de edad. Al final del periodo, la tasa de mortalidad ajustada fue de 12,7 por 100.000 en mujeres y 13,7 en hombres.

En 2014, para el accidente cerebrovascular hemorrágico (ACV) en mujeres, se estimaron 1408 casos nuevos, equivalentes a una incidencia de 7,58 por 100.000 hab. y a una prevalencia de 0,05%. La tasa de mortalidad se estimó en 18,8 por 100.000 hab. Para hombres en el mismo año, se estimaron 1567 casos nuevos, con una incidencia de 9,08 por 100.000, durante todo el periodo. Para el ACV isquémico se estimó en 2014 una incidencia de 7,75 por 100.000, en mujeres y 17,08 en hombres.

En cuanto a los resultados de la estimación de carga de enfermedad, en mujeres, en el periodo 2010-2014 se registraron 132.799 casos nuevos de cáncer. El tumor más incidente fue el cáncer seno, seguido por el de cuello uterino, tiroides, estómago, y tráquea, bronquios y pulmón; este último con una leve tendencia al aumento durante el periodo. En hombres, se registraron 174.638 casos nuevos de cáncer.

El tumor más incidente fue el cáncer de próstata, seguido por el de colon y recto con una tendencia al aumento y el cáncer de estómago. En cuanto a la prevalencia según las estimaciones por fuente RIPS, los cánceres de mayor prevalencia en mujeres fueron: seno, cuello uterino, ovario, tiroides y colon y recto, mientras que en hombres son el cáncer de próstata, colon y recto, linfoma no *Hodgkin*, estómago y melanoma maligno de piel. Con respecto a la mortalidad en el periodo 2010-2014 se estimaron 79.779 muertes por cáncer en mujeres, la mayor cantidad de muertes debidas al cáncer de seno, cáncer tráquea, bronquios y pulmón, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto y cáncer de cuello uterino. Mientras que en hombres el total de muertes calculadas fue de 75.763. Los tumores que causaron más muertes fueron el cáncer de estómago, próstata, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y el de colon y recto.

Para 2014, la prevalencia de diabetes *mellitus* (DM) en mujeres fue de 4,6%, calculada a partir de la información de la revisión sistemática y de 2,1% a partir de RIPS. En los hombres, la prevalencia a partir de revisión sistemática fue de 4,3% y por RIPS de 1,8%. Se observó un promedio anual de 5.650 muertes por DM en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en mujeres (58%). Para 2014 la tasa de mortalidad fue de 15,3 por 100.000, en mujeres y 13,5 por 100.000, en hombres, registrando una razón de mortalidad **mujer:hombre** de 1,13. El análisis mostró que a nivel nacional, entre 2010 y 2014 la DM presentó una disminución de la ocurrencia y mortalidad en ambos sexos, siendo las mujeres quienes mantuvieron un riesgo mayor. Los departamentos que registraron mayor prevalencia y mortalidad en ambos sexos fueron Valle del Cauca, Norte de Santander y Risaralda.

En el análisis de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se incluyó un estudio como producto de la revisión de literatura, que suministró la prevalencia en población colombiana. A nivel nacional, entre 2010 y 2014 la prevalencia del EPOC se mantuvo estable en ambos sexos. Para 2014, la prevalencia de EPOC en mujeres fue de 3,3% calculada a partir de la información obtenida por revisión sistemática y de 0,7% a partir de RIPS. En los hombres, la prevalencia a partir de revisión sistemática fue de 4,1% y a partir de RIPS de 0,7%.

A nivel nacional anualmente se presentaron en promedio 11.343 muertes por EPOC en ambos sexos, siendo para 2014 mayor la proporción de muertes en hombres (53%). Para 2014 la tasa de mortalidad fue de 25,8 por 100.000, mujeres y 36,6 por 100.000, en hombres y se registró una razón de mortalidad **hombre:mujer** de 1,4. Se observó un aumento sostenido en la mortalidad por EPOC con la edad, siendo mayor el riesgo a partir de los 40 años. Los departamentos que registraron mayor prevalencia y mortalidad en ambos sexos fueron Boyacá, Quindío y Risaralda. El análisis mostró que a nivel nacional, entre 2010 y 2014 el EPOC presentó una disminución de la ocurrencia y mortalidad en ambos sexos, siendo las mujeres quienes mantuvieron un riesgo mayor. Los departamentos que registraron mayor prevalencia y mortalidad en ambos sexos fueron Valle del Cauca, Norte de Santander y Risaralda.

En cuanto a los suicidios, durante el periodo 1998-2012 ocurrieron 33.356 muertes, correspondientes al 1,2% de todas las defunciones. El 36% de los suicidios fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, 30% por envenenamiento y 26% por disparo de armas de fuego y explosivos. La tasa cruda promedio de mortalidad por suicidio para el periodo fue de 5,16 muertes por 100.000 hab. La tendencia temporal de la mortalidad por suicidio ha sido variable, en 2001 alcanzó el nivel más alto (tasa cruda de 5,66 por 100.000 hab.) y luego se presentó una tendencia hacia la reducción. Del total de fallecidos 26.125 eran hombres (78,3%) (tasa cruda de mortalidad anual promedio de 8,23 por 100.000 hab.), y 7.216 mujeres (21,6%) (tasa cruda de mortalidad anual promedio de 2,71). El 80% de las muertes se presentó entre los 10 y los 49 años. En hombres las tasas de mortalidad por suicidio más altas se localizaron principalmente en municipios del centro del país y en el límite con Brasil en el departamento de Amazonas, mientras en mujeres la mayoría de municipios no presentaron casos y las tasas más altas se presentaron en Buenaventura, (Valle del Cauca), Montería (Córdoba), Santa Marta (Magdalena), Medellín (Antioquia) y Bogotá, D.C. La distribución geográfica de las tasas ajustadas por edad para cada sexo tuvieron una autocorrelación positiva, siendo estadísticamente significativa. En mujeres existió una mayor autocorrelación aunque las tasas ajustadas fueron menores en la mayoría de municipios.

En cuanto a los costos por caso de *CHKV*, la mediana del costo médico directo en pacientes pediátricos se estimó en \$613.345 pesos (RIC \$289.545-\$1.340.984), mientras en adultos fue de \$159.316 (\$62.967-\$754.604). En un paciente pediátrico hospitalizado se presentó un aumento de 4,5 veces en la mediana del costo directo, y en caso de los adultos, este aumento fue de 10,5 veces. La mediana del costo ambulatorio en pacientes pediátricos fue 2,9 veces mayor que en adultos. Además, hospitalizar a un niño fue un 26,8% más costoso que hospitalizar a un adulto. Los rubros que tuvieron un mayor peso en el costo total de los pacientes fueron la estancia hospitalaria (40% para niños, 38,1% para adultos) y los exámenes de laboratorio (36,4% para niños, 34,7% para adultos). La mediana del costo económico en un paciente adulto, incluyendo costos directos e indirectos, fue de \$363.621 (RIC \$240.294- \$1.283.367), siendo el 53,2% debido a costos indirectos (pérdida de productividad), mientras los gastos de bolsillo, incluidos como costos directos, representaron el 3,3% del costo total.

En el estudio ecológico sobre la auto percepción del estado de salud (APES), al ajustar por condiciones del contexto departamental como el Producto Interno Bruto *per cápita* (PIB<sub>pc</sub>), la tasa de cobertura neta en educación básica y media y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por cada punto de incremento en el indicador de barreras de acceso a los servicios de salud la prevalencia de APES regular o mala a nivel departamental incrementó en un 1,85% ( $\beta=1,85$ ; IC 95%: 0,83 a 2,88). En el estudio individual de la APES, una mayor probabilidad de auto percibir el estado de salud como malo fue encontrada en mujeres, individuos con edad mayor a treinta años, menor nivel educativo, afiliados al régimen subsidiado o no afiliados, en situación de discapacidad o con problemas de salud en el último mes. Adicionalmente, una interacción estadísticamente significativa se encontró entre la pobreza y la zona de residencia; las personas mayores de 18 años con pobreza en el hogar y que habitaban en la zona rural tenían el doble de riesgo de auto percibir su estado de salud como malo en comparación con las personas sin pobreza en el hogar y del área urbana (OR: 2,03; IC 95%: 1,48-2,78).

En el capítulo de análisis de política de salud pública se encontró que esta se ha orientado por lo dispuesto en la Ley 9 de 1979 conocida como el Código Sanitario Nacional (CSN) vigente en la actualidad y por la Ley 60 de 1993 que distribuía las competencias de la Nación, los departamentos y los municipios en salud y en educación, norma que fue derogada por la Ley 715 de 2001. El Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSS) generó cambios significativos en el modelo de aseguramiento y de prestación de servicios individuales pero la salud pública quedó delimitada a través de un plan de atención básica de carácter gratuito y bajo la responsabilidad del Estado. Solo desde 2004 en el Congreso de la República, con los diferentes proyectos de ley para reformar el sistema de salud, se propuso un mejor posicionamiento de la salud pública cuyo resultado se reflejó en la Ley 1122 de 2007 que configuró el Plan Nacional de Salud Pública de carácter cuatrienal y posteriormente en la Ley 1438 de 2011 el Plan Decenal de Salud Pública. Sin embargo, el CSN no ha sido actualizado ni reformado y solo tuvo una iniciativa en rama legislativa que fracasó en su trámite final.

En el análisis de goce efectivo de derechos, se identificaron tres temas centrales que dan cuenta de las percepciones de los entrevistados en relación con el goce efectivo de derechos: la noción de goce efectivo; los mecanismos de acceso a derechos; y la vulneración de los mismos. La noción de goce efectivo de derechos se asoció con la garantía de igualdad como sujetos de derecho ante la Ley, lo cual implica una responsabilidad estatal importante tanto en términos de garantías constitucionales, como en la producción de políticas encaminadas a la protección de estos derechos. En cuanto a mecanismos para asegurar el goce efectivo de derechos, la mayoría de los entrevistados coincidió en el uso de la organización colectiva como forma de reivindicación de derechos y de ejercicio de incidencia para impulsar políticas que se ajusten a las necesidades de las personas con discapacidad. La Tutela también fue mencionada por todos los entrevistados como un mecanismo común en la exigencia de cumplimiento de derechos y además coincidieron en la importancia del núcleo familiar como apoyo para impulsar los diferentes mecanismos de validación de derechos.

Finalmente, en términos de vulneración de derechos, los entrevistados consideraron que el derecho más vulnerado fue el derecho a la igualdad, teniendo en cuenta que no eran reconocidos como sujetos de derecho ante la Ley colombiana y eran tratados como ciudadanos de segunda categoría. Esta falta de reconocimiento trajo como consecuencia el desconocimiento de otros derechos tanto civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

## Conclusiones

Este trabajo ha realizado estimaciones sobre la carga de enfermedad para cáncer. Del total de casos nuevos de cáncer para el periodo de análisis (307.437) cerca del 57% se presentó en hombres, siendo el cáncer de próstata el más relevante. En el estudio se encontró que el cáncer de estómago y de próstata fueron dos de los neoplasmas que más muertes ocasionaron en hombres y para el caso de las mujeres fue el cáncer de seno. Es necesario continuar y mejorar con el tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer (seno, cuello uterino, próstata), para que los pacientes tengan un manejo oportuno de la enfermedad.

En cuanto a las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular por grupos de edad fueron mayores en hombres que en mujeres. La prevalencia del accidente cerebrovascular aumentó durante el periodo 2010-2014, mientras la mortalidad descendió en el mismo lapso de tiempo. Colombia registró una menor mortalidad por estadísticas vitales respecto a otros países de la región. Los grupos con mayor frecuencia y mortalidad secundaria debida a accidente cerebrovascular se encontraron a partir de los 50 años de edad.

En relación con la prevalencia de hipertensión arterial en Colombia ha venido en aumento. A pesar de ello la mortalidad se redujo durante el mismo periodo. Al igual que en otras regiones del mundo, las mujeres presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial que los hombres. Los departamentos con una mayor tasa estandarizada de mortalidad secundaria a hipertensión arterial en mujeres fueron San Andrés, Boyacá, Chocó, Meta y San Andrés, con tasas que oscilaron entre 22,3 y 15,09 por 100.000 habitantes.

Además, se debe tener en cuenta que la información proveniente de fuentes oficiales podría presentar subregistro dada la baja percepción de riesgo y naturaleza asintomática de la hipertensión arterial.

Con el análisis se puede afirmar que en Colombia la distribución espacial de las tasas ajustadas de suicidios no se distribuyó al azar y hubo una tendencia a la aglomeración de municipios con tasas ajustadas de suicidios similares. Se presentaron en el periodo 1998-2012 varias zonas con municipios con tasas ajustadas altas rodeados de municipios con tasas ajustadas altas (altas-altas) y viceversa (bajas-bajas). Para los casos de mujeres se presentó un mayor número de *clúster* altas-altas que los mostrados para los casos en hombres

De acuerdo a la literatura revisada, este es el primer estudio que describe los costos económicos de la enfermedad del *CHKV* en Colombia y uno de los primeros realizados en América Latina y el Caribe. De acuerdo con una estimación realizada por el ONS (información por publicar), durante el primer año del brote de *CHKV*, se presentarían un total de 817.442 casos de *CHKV* (IC95% 211.458-3.195.598) en los 818 municipios de Colombia que se encontraron en riesgo de transmisión. Según esta información, la carga económica desde la perspectiva de la sociedad implicaría un costo de 297,2 mil millones de pesos (76,9-1.161,9) y representaría un 0,04% del Producto Interno Bruto total de Colombia de 2013. Desde la perspectiva del sistema de salud, la carga sería de 129 mil millones de pesos (33,5-505,9) y desde la perspectiva de las familias sería de 167,8 mil millones de pesos (43,4-656,0). Habiendo estimado los costos económicos del *CHKV*, se cuenta con información esencial para informar la toma de decisiones en salud pública, aumentar el grado de conciencia sobre el impacto económico a los hogares, el sistema de salud y la sociedad, y aumentar la investigación de tecnologías sanitarias que permitan contrarrestar los efectos de esta enfermedad

La prevalencia de autopercepción del estado de salud regular o malo en la población mayor de 18 años a nivel departamental se asoció con el indicador de barreras de acceso a los servicios de salud, mientras que, a nivel individual los resultados indicaron una mayor probabilidad de mala autopercepción del estado de salud según sexo, edad, nivel educativo, afiliación al Sistema General de Seguridad Social y Salud, estado civil, ocupación, región, situación de discapacidad, problemas de salud durante el último mes y una interacción entre pobreza en el hogar y zona de residencia.

La salud pública ha tenido varios referentes normativos provenientes de la descentralización, el Código Sanitario Nacional y el Sistema General de Seguridad Social y Salud durante los últimos 20 años. Recientemente se han logrado configurar planes nacionales que definen objetivos y metas a largo plazo. Sin embargo, las investigaciones realizadas para conocer el impacto del sistema de salud y de la descentralización sobre los problemas o las respuestas institucionales en salud pública plantean retos importantes en el desarrollo de esta tipo de acciones a nivel municipal. Se sugiere retomar la discusión sobre la pertinencia de reformar el Código Sanitario Nacional y contar con un estatuto único en salud.