



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

ons
observatorio nacional de salud

Una mirada al ASIS y análisis en profundidad

Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición



MINSALUD

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ JUSTICIA EDUCACIÓN



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

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA

Directora de Epidemiología y Demografía (E)



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZÓN

Secretaria General

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

Karol Patricia Cotes Cantillo
Fabio Alberto Escobar Díaz
Sandra Patricia Salas Quijano
Gina Alexandra Vargas Sandoval
Luz Ángela Chocontá Piraquive
Diana Patricia Díaz Jiménez
Juan Camilo Gutiérrez Clavijo
Carlos Andrés Valencia Hernández
Elkin Daniel Vallejo Rodríguez
Andrea García Salazar
Paula Tatiana Castillo Santana
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar
Liliana Castillo Rodríguez
Nelson José Alvis Zakzuk
Johanna Quintero Cabezas
Willian León Quevedo
Alexander Mestre Hernández
Pablo Enrique Chaparro Narváez

Equipo de apoyo

Ana Patricia Buitrago Villa
José Silverio Rojas Vásquez
Karen Daniela Daza Vargas
Gimena 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

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Dirección de Investigación (E)

Mancel Enrique Martínez

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Mauricio Beltrán Durán

Dirección de Redes en Salud Pública

Nestor Fernando Mondragón

Dirección de Producción

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Una mirada al ASIS y análisis en profundidad. (Pag.). Bogotá, D.C., 2016.

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 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, Junio de 2016

ONS © 2016

Resumen ejecutivo

El análisis de la situación de salud (ASIS), ha venido ganando relevancia en el continente americano, gracias a la reemergencia del papel de la salud pública en los escenarios de reforma de los sistemas de salud. El ASIS es una metodología que alimenta la toma de decisiones y las políticas de salud brindando información sobre las características y los perfiles de salud y enfermedad, sus daños, sus determinantes sociales y las necesidades, prioridades e intervenciones más apropiadas para enfrentar los problemas de salud de las poblaciones. El séptimo informe buscó comprender la experiencia de algunas entidades territoriales (ET) departamentales de Colombia en la construcción, divulgación y uso de la metodología ASIS, caracterizar los ASIS departamentales, hacer un análisis cuantitativo comparativo de los indicadores reportados y finalmente, realizar un análisis profundo de los determinantes sociales de la salud (DSS) para temas prioritarios en tres departamentos de Colombia.

Métodos

Las experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del ASIS (Capítulo 1), se evaluaron con la realización de entrevistas a los funcionarios que han tenido la responsabilidad de la realización del ASIS en las ET. Esta técnica tuvo dos momentos: el envío a la mayoría de ET de un cuestionario estructurado con respuestas abiertas y, la realización de una entrevista semiestructurada de forma virtual o presencial a aquellas ET que diligenciaron el cuestionario. Del total de departamentos y distritos que conforman el país, diez participaron en el estudio, estos pertenecían a diferentes regiones y categorías presupuestales.

La caracterización y análisis crítico del enfoque diferencial en los ASIS (Capítulo 2), se realizó teniendo en cuenta el objetivo fundamental del ASIS de servir para la toma de decisiones. El capítulo se dividió en dos secciones. En la *primera sección*, se hizo una caracterización general de los ASIS departamentales con relación a los objetivos, fuentes de información, contextualización, priorización, intervenciones y recomendaciones, mediante la lectura de los 33 ASIS y la extracción de la información de las categorías de análisis en una matriz que fue usada posteriormente para realizar el análisis y descripción de las principales características de los ASIS. En la *segunda sección*, a partir de una revisión documental, se hizo un análisis crítico con relación al abordaje del enfoque diferencial en los ASIS, particularmente para la población étnica y la población víctima de desplazamiento utilizando las categorías de análisis de enfoque diferencial y de derechos, formas nominales asociadas a las etnias y a las víctimas de desplazamiento, contexto territorial, salud y poblaciones diferenciales y prácticas productivas y empleo.

Para el análisis cuantitativo de los ASIS departamentales (Capítulo 3), se identificaron 40 indicadores que se agruparon según se refirieran a condiciones sociales, empleo, educación, afiliación a salud, esperanza de vida, acceso a servicios, salud infantil, salud materna, otros indicadores de salud y estilos de vida. Se diseñó una herramienta en *Excel*® para su comparación teniendo en cuenta el sentido del indicador y se semaforizó a los 33 departamentos de acuerdo al tercil al que cada uno pertenecía. Se estimó el promedio y error estándar de cada indicador para identificar los departamentos que estuviesen a más de dos desviaciones estándar de la media, en el sentido crítico del indicador. Para identificar zonas geográficas problemáticas se organizaron los departamentos de acuerdo a tres clasificaciones: por regiones geográficas, grupos de departamentos por tamaño poblacional y unas regiones definidas por población según su localización geoespacial y algunas características geográficas. Finalmente se realizó una comparación gráfica para los indicadores de tres departamentos priorizados –La Guajira, Chocó y Tolima–, comparados por medio de una herramienta gráfica, con el valor de referencia nacional y los valores de los demás departamentos, graficando los valores para Bogotá, D:C., Antioquia y Valle del Cauca como departamentos de referencia.

En el Capítulo 4, se realizó una primera aproximación al fenómeno del hambre y la desnutrición en el departamento de La Guajira a través de diferentes estrategias. En primera instancia, se realizó un análisis detallado del comportamiento de la mortalidad por desnutrición y un análisis de factores asociados a la prevalencia de desnutrición crónica en La Guajira a través de la Encuesta de Situación Nutricional (ENSIN). Por otro lado, se realizó una aproximación a la comprensión de los determinantes sociales y, como complemento a esto, se efectuó una revisión de tipo etnográfico sobre el pueblo *Wayúu* con el fin de exponer un panorama general de éste como insumo para entender algunos asuntos actuales asociados a la problemática de la desnutrición infantil en el departamento de La Guajira.

En el análisis del comportamiento de la mortalidad por desnutrición y causas asociadas, se calcularon las tasas de mortalidad por esta causa en menores de un año y de 1 a 4 años para el periodo de 1998 a 2013, para el país y por departamentos; se analizó la tendencia de la mortalidad y se calculó la Reducción Relativa del Riesgo (RRR) por cuatrienios; se calculó, para La Guajira, proporción de muertes por desnutrición como causa básica y asociada así como las tasas de mortalidad por desnutrición por región y municipio; adicionalmente se calculó el Riesgo Relativo de muerte por desnutrición según pertenencia étnica, seguridad social y área de residencia permanente. En el análisis de factores asociados a la prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años se realizó un estudio multivariado de corte transversal a partir de los datos de la ENSIN 2010. Para la comprensión de los determinantes sociales se acudió a información secundaria privilegiando estudios recientes que desarrollaron algún trabajo de campo en el departamento. En la revisión etnográfica se definieron siete aspectos relacionados con el modo de vida del pueblo *Wayúu*, que se consideraron de importancia en el marco del fenómeno analizado.

Se buscó establecer una relación entre las actividades mineras del oro en el departamento de Chocó y los potenciales efectos en salud (Capítulo 5). Para esto, se partió de una revisión documental de elementos estructurales de la política económica minera en el país y sus elementos normativos, así como de as-

pectos sociales y culturales de la realidad chocoana y de las actividades mineras del departamento. Posteriormente se realizó una revisión de tema sobre efectos de la minería en el ambiente, efectuando una búsqueda de artículos científicos en revistas indexadas, así como informes técnicos de entidades especializadas. Esta búsqueda se complementó con una revisión de tema, en bases de datos especializadas, sobre las problemas de salud causados por la minería del oro, con énfasis en la minería artesanal y efectos documentados en el Chocó y otras zonas mineras del país.

Además, se llevó a cabo un análisis de las tendencias de seis desenlaces en salud, elegidos a partir de una revisión de literatura, cuya frecuencia podría verse potencialmente afectada por la actividad minera (mortalidad por cáncer por todas las causas, mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad por enfermedades congénitas, mortalidad por VIH/SIDA, mortalidad por enfermedad diarreica aguda y mortalidad por malaria) para el periodo 1998 a 2013. Se estimaron tasas anuales ajustadas de mortalidad por evento para el departamento del Chocó y para Colombia y se analizaron las tendencias mediante la regresión *joinpoint*. Finalmente se realizó un estudio ecológico para evaluar la asociación entre minería y Malaria en el periodo 2007–2014, a partir de un modelo de regresión binomial negativa, utilizando datos de Sivigila, población a riesgo de Malaria y la producción legal de oro por municipio.

El análisis de salud cardiovascular en Tolima (Capítulo 6), se realizó en tres fases. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (ECV) en el año 2013, en el que se compararon los quintiles de las tasas ajustadas municipales de mortalidad y morbilidad atendida para ECV agudas y crónicas, posteriormente, mediante modelos de regresión multivariada, se analizó la distribución de la mortalidad y la morbilidad cardiovascular utilizando diferentes variables poblacionales tanto municipales como individuales. En segundo lugar, se calculó el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) para ECV frente a diferentes factores de riesgo en el departamento.

Finalmente, se realizó una revisión de documentos institucionales y oficiales relacionados con políticas gubernamentales para atender el problema de las ECV y sus factores de riesgo o determinantes en Colombia y en Tolima; asimismo, se realizó una entrevista semiestructurada a seis funcionarios del equipo de trabajo de la Secretaría de Salud Departamental del Tolima, donde se exploraron procesos y percepciones sobre planes, programas y proyectos relacionados con la salud cardiovascular. [CAV1]

Resultados

Se reconoce, por parte de los actores, la importancia del ASIS para el país y, especialmente para las ET, la incorporación de la perspectiva de los DSS, que permite extender la explicación de las causas de la salud y de la enfermedad más allá del sector salud. Sin embargo, se encontraron aspectos aún críticos para la elaboración del ASIS como la falta de recursos humanos y capacidades técnicas en algunos departamentos y municipios; la falta de participación de otros sectores sociales y comunitarios; las debilidades en cuanto a información actualizada y disponible sobre DSS en las ET y el uso de sus resultados en la formulación de planes territoriales de salud y desarrollo departamentales y municipales.

La caracterización de los ASIS mostró que, aunque todos los documentos tienen la misma estructura de análisis, hay diferencias importantes en la calidad y profundidad con la que se abordan los problemas de salud. En la mayor parte de los documentos no se identifica el perfil de los autores de los análisis ni se establecen objetivos propios del departamento para el ASIS. Aunque se hace una descripción extensa del contexto territorial y poblacional, esta información realmente no es usada en el análisis de problemas de salud. También se encuentran vacíos en la descripción de los métodos y participantes de los ejercicios de priorización en la mayoría de los ASIS, que no permite valorar si el proceso fue participativo. Los departamentos reconocen las limitaciones y alcances de la información usada como insumo para el análisis, pero requieren desarrollar mayores fortalezas para su análisis crítico.

Con relación al análisis del enfoque diferencial, se evidenció que se han realizado algunos avances en la necesidad de entender a las poblaciones diferenciales, como reconocer de manera explícita la presencia de poblaciones étnicas y víctimas de desplazamiento en los territorios. Sin embargo, no se evidenció la participación de tales poblaciones en la construcción del ASIS. Las poblaciones étnicas y víctimas de violencia son definidas como vulnerables y se abordan desde un estar cultural que no se define en ninguno de los ASIS, además estas poblaciones son descritas únicamente de acuerdo a su ubicación y el número de personas que las conforman. En relación a los problemas de salud que afectan a las poblaciones étnicas y víctimas no se encontró que se realizaran esfuerzos para analizar las problemáticas específicas para estas poblaciones y no se encontraron menciones a programas específicos dirigidos a las poblaciones diferenciales, ni la posibilidad real de acceso tanto de la población general, como de la población diferencial a la atención en salud.

En el análisis cuantitativo de los ASIS se evidenció que el departamento del Chocó, con siete, fue el departamento con más indicadores en nivel crítico; Vaupés y Vichada presentaron niveles críticos en seis indicadores; Casanare y Guainía tuvieron cinco; La Guajira tres, San Andrés, Caquetá, Bogotá, Amazonas y Guaviare, tienen dos cada uno y Bolívar, Magdalena, Huila, Tolima, Boyacá, Meta, Arauca y Valle del Cauca un indicador en nivel crítico. Para los indicadores sociales, de empleo y educación hay una conglomeración de los peores indicadores en la Región Caribe e Insular. La Región Amazonía-Orinoquía reportó malos valores de afiliación a salud, esperanza de vida, cobertura de vacunación, salud infantil y mortalidad materna. Para salud infantil y materna se concentraron valores deficientes en las regiones Caribe e Insular y Pacífico.

Ésta última región también reunió los peores indicadores de empleo, cuyos mejores valores se presentaron en la Región Caribe e Insular. La Región Oriental condensó los peores valores de violencia intrafamiliar y contra la mujer (excepto Vichada), al igual que para mortalidad por enfermedad cardiovascular y lesiones de transporte.

La Región Bogotá, D.C.-Cundinamarca consolidó los peores indicadores de tabaquismo y consumo de alcohol en jóvenes similar a la Región Central, mientras que la Región Caribe e Insular concentró los valores más bajos para estos mismos indicadores.

Los indicadores sin información correspondieron a los departamentos más pequeños. La mayoría de los peores indicadores se reportaron en los departamentos de menos de un millón de habitantes, mientras se reportaron los peores indicadores de bajo peso al nacer y consumo de alcohol en escolares en los departamentos más grandes. Para la mortalidad homicida en hombres se expusieron tasas altas en los departamentos más grandes, excepto Bogotá, D.C. y los departamentos más pequeños, excepto Casanare. En el análisis gráfico comparativo se evidenció que hay distribuciones bastante amplias y sesgadas hacia uno de sus lados, por ejemplo en el caso de cobertura de acueducto urbano, hogares con servicios inadecuados, analfabetismo en jóvenes, cobertura de difteria, tosferina y tétano (DPT), mortalidad infantil en ambos sexos, mortalidad por desnutrición, mortalidad materna, mortalidad cardiovascular en mujeres y mortalidad por lesiones de transporte. Los indicadores para los departamentos de Chocó y La Guajira generalmente aparecen muy cerca el uno del otro en la distribución de cada indicador y de forma frecuente, ambos se encontraron en el extremo deficiente de la distribución. No obstante, estos dos departamentos presentaron simultáneamente valores en el sector deseable de la distribución para fecundidad adolescente, violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, homicidio en mujeres, mortalidad cardiovascular, mortalidad por lesiones de tránsito en mujeres y tabaquismo y consumo de alcohol en jóvenes.

Comparado con La Guajira, al departamento del Chocó le fue peor en la mayoría de los indicadores, por ejemplo, en eventos trazadores de desigualdades sociales como la mortalidad infantil, mortalidad por desnutrición en menores de cinco años y mortalidad materna. Tolima reportó valores que se ubicaron dentro del rango intercuartílico en las distribuciones de la mayoría de los indicadores analizados, aunque reportó valores por encima del percentil 75 para mortalidad por lesiones de tránsito y enfermedad cardiovascular.

Se pudo verificar que en algunos indicadores, el país tiene un mejor valor, comparado con la media departamental (NBI, porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos, mayores con pensiones, expectativa de vida y homicidios), sin embargo, para otros el valor de Colombia fue peor que la media departamental (índice de *Gini*, afiliación al régimen contributivo, afiliación al régimen subsidiado, nacidos vivos con BPN y prevalencia consumo alcohol).

En el análisis detallado de La Guajira se evidenció que este fue el departamento con menor RRR de muerte por desnutrición en menores de un año durante el periodo observado. Por otro lado, del total de muertes registradas en menores de 5 años en el periodo de análisis, el 8,8% tuvo desnutrición como causa asociada: 6,7% en menores de un año y 16,6% entre 1 y 4 años. Para el último cuatrienio, presentaron mayor riesgo de muerte por desnutrición los menores indígenas, con residencia permanente en el área rural dispersa y quienes no se encontraban asegurados. En relación con factores asociados a la ocurrencia de desnutrición en La Guajira a partir de la ENSIN se observó que el sexo masculino, vivir en áreas urbanas y estar afiliado al régimen subsidiado aumentó el riesgo de sufrir desnutrición crónica. Por otro lado, tener estudios secundarios o superiores, frente a no tener ningún grado de escolaridad, y contar con servicio de alcantarillado fueron factores protectores para este desenlace.

Los procesos determinantes del hambre y la desnutrición en La Guajira son variados y complejos. Las condiciones precarias de vida que se relacionan con elementos de orden estructural y que se manifiestan en los modos de vida, como las condiciones de empleo y trabajo, de educación, vivienda y servicios públicos son condicionantes fundamentales en el avance del fenómeno, de la misma manera procesos relacionados con las condiciones climáticas, como la extensa sequía que se relaciona con la disponibilidad de agua, la situación actual en Venezuela y la crisis de la frontera, las condiciones de los servicios de salud, la corrupción y las formas de ilegalidad permanentes, la presencia de grupos armados y el conflicto, los procesos de extracción minera, la debilidad de los programas de atención a la infancia

y en general los procesos de exclusión histórica por parte del Estado, confluyen en una dinámica compleja que se relaciona con la grave problemática de hambre y desnutrición que sufre la población del departamento. Por su parte el pueblo *Wayúu* se encuentra en un proceso de sincretismo cultural donde sus prácticas tradicionales, si bien se han visto afectadas, se ha desarrollado un ejercicio de resistencia buscando un equilibrio entre lo tradicional y lo foráneo.

En el departamento del Chocó se encontró que existe un modelo de desarrollo extractivista impulsado de manera nacional, que ha afectado aspectos económicos, sociales, políticos y culturales locales en el departamento, desestimando los requerimientos regionales de preservación ambiental y generando conflictos. La revisión sobre minería y ambiente permitió aclarar los efectos negativos que causan el vertimiento de metales pesados y residuos sólidos en el ambiente como consecuencia de procesos mineros. En el caso de efectos en la salud se documentan en la literatura intoxicaciones causadas por la exposición al mercurio en niveles superiores a los permitidos, presentando síntomas de tipo neuronal, principalmente, así como efectos en el aumento en las tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer. Igualmente se registran casos de contaminación por metales pesados como arsénico y cadmio. La revisión arrojó también problemas de salud asociados a la seguridad laboral y lesiones ocupacionales debido a los riesgos geológicos de las zonas de minería, además de cuadros de estrés, cambios en la nutrición de la población y riesgo por presencia de mosquitos transmisores de la Malaria.

La mortalidad por VIH/SIDA y por enfermedades congénitas presentó tendencias inversas con respecto al país, durante el periodo de análisis. La mortalidad por VIH/SIDA en Colombia mostró una disminución aunque sin una tendencia significativa mientras que en el Chocó tiene una importante tendencia al aumento, de la misma manera se observó que la mortalidad por enfermedades congénitas desde 2001 presentó una reducción significativa a nivel nacional, mientras que en el Chocó la tendencia es al aumento. En cuanto a la relación entre riesgo de Malaria y la producción de oro se obtuvo que los hombres tienen un 39%

más de riesgo de presentar malaria, los municipios que tuvieron mayor riesgo de presentar casos de malaria se encuentran entre el segundo y tercer cuartil de NBI y los municipios en el tercer y cuarto cuartil en producción de oro.

En el departamento del Tolima para el año 2013, se reportaron 2663 defunciones por ECV, con un promedio de 57 muertes por municipio, Honda tuvo la mayor tasa de mortalidad con 484 muertes por cada 100.000 hab., mientras que Flandes tuvo la menor con 31,2 por 100.000 hab., Respecto a las ECV agudas, la tasa de morbilidad osciló entre Ibagué con 907 por 100.000 hab., y Natagaima que no registró eventos, mientras que para ECV crónicas varió entre 12.464 en Honda y 474,8 por 100.000 hab. En San Luis. El 29,8% de los municipios analizados reportaron tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el mismo quintil de las distribuciones. Las variables significativas en el modelo multivariado de regresión de mortalidad fueron el sexo masculino con una Razón de Incidencia (RI) de 1,32 (1,23 a 1,43), grupos de edad, grado de urbanización con una RI de 2,19 (1,44 a 3,34) y presencia de resguardos indígenas con una RI de 0,65 (0,48 a 0,87). La variable con mayor RAP para mortalidad por ECV fue la obesidad con un valor de 8,17% (7,01% a 9,34%). Finalmente, se documentó que las enfermedades cardiovasculares se han posicionado como problemas públicos y se encuentran en las agendas políticas gubernamentales a nivel nacional y del departamento del Tolima aunque no hay decisiones explícitas por parte de esta entidad territorial para dar respuesta a las mismas.[CAV]

Discusión

El ASIS se encuentra en proceso de implementación en las diferentes ET a nivel departamental y municipal, proceso que se enfrenta a las particularidades de los contextos políticos, económicos y sociales de los mismos. Estas experiencias reflejan un progresivo posicionamiento del ASIS como instrumento útil para la toma de decisiones en salud en los territorios y también muestran desafíos para que se convierta en una estrategia intersectorial, que apunte a la identificación y explicación de los problemas de salud desde la perspectiva de las DSS, con capacidades idóneas a nivel técnico y humano y su uso, cada vez más amplio, en la orientación de planes y políticas en los departamentos.

El análisis realizado muestra que los ASIS, aun cuando tienen una estructura predeterminada, varían en la calidad y profundidad de los análisis. Se requiere fortalecer la capacidad analítica y argumentativa para que se conciba un abordaje desde los determinantes sociales que verdaderamente aproveche la información contenida en estos documentos y que así se conviertan en un verdadero insumo central para la toma de decisiones, para esto es de particular importancia el proceso de priorización, en el que se debe garantizar la participación de la comunidad y la transparencia del mismo. En relación al abordaje de las poblaciones diferenciales, se ha logrado un gran avance con la inclusión de este enfoque en los ASIS que visibiliza estas poblaciones, sin embargo, se requiere llegar a una mayor profundización en los análisis, con un contenido que explore la relación de estas poblaciones con el territorio, con la educación, el lenguaje, el sistema de salud, entre otros aspectos que los posicionan como población diferencial, así mismo garantizar la inclusión de las comunidades étnicas y la población víctima de desplazamiento en los análisis de situación en salud para lograr un acercamiento mucho más real a las situaciones problemáticas percibidas y sentidas por estos grupos.

Se evidencian patrones geográficos de distribución de los indicadores sociales, de desempleo, educación, acceso y cobertura de servicios y problemas de salud en los departamentos, con cualquiera de las clasificaciones usadas. Chocó es el departamento con más indicadores en el nivel crítico, sobre todo en indicadores que dan cuenta de los determinantes sociales estructurales y de las consecuencias en salud en los grupos más vulnerables como son niños y mujeres embarazadas. Se demuestra que hay desigualdades sociales en la disponibilidad de información para los departamentos más pequeños, agrupados la mayoría en la Región Amazonía-Orinoquía, esto es un impedimento para conocer la real situación de esos departamentos y su relación con los DSS, sobre todo cuando son los que reportan peores indicadores de salud infantil y materna, indicadores trazadores de las inequidades en salud. Hay una amplia variabilidad en los indicadores, lo que resulta importante a la hora de la selección de los valores de referencia para identificar la existencia o no de desigualdades y evaluar la magnitud y la tendencia temporal de esas brechas. Esta preocupación se extiende a las comparaciones que los departamentos hacen con los municipios en donde el valor de referencia se toma como el indicador de su propio departamento. Estas limitaciones impactan directamente en la identificación de las problemáticas que más destacan en cada departamento o municipio. Se discute en detalle las implicaciones de la selección de la unidad geográfica de referencia y las estimaciones del riesgo relativo con su respectivo intervalo de confianza.

A pesar de las cifras publicadas por medios de comunicación y señaladas por distintos líderes y organizaciones indígenas de La Guajira, que no coinciden con los datos oficiales, estos reflejan sin embargo la gravedad de la situación en La Guajira, donde la proporción de muertes por desnutrición como causa básica se encuentra en aumento en comparación con la proporción nacional y se resalta como este departamento es el que menor reducción ha logrado en las tasas de mortalidad entre el primer y último trienio para menores de un año en el periodo analizado.

Asimismo, se presentaron diferenciales dentro del departamento, por ejemplo, la Alta Guajira, presentó las mayores tasas durante todo el periodo, los niños indígenas, los que habitan en área rural dispersa y los que no tienen seguridad social tienen mayor riesgo de muerte por desnutrición.

Por su parte aunque los hallazgos en relación con factores asociados a la desnutrición crónica y global sugieren algunas diferencias con respecto a los factores posiblemente asociados a la mortalidad, esto coincide con hallazgos en países similares a Colombia, por lo que es necesario seguir profundizando en la explicación de estos dos eventos. Los procesos determinantes del hambre y la desnutrición en La Guajira requieren de mayor profundización que permita entender sus conexiones y mecanismos específicos de producción del fenómeno, no obstante los elementos esbozados dan luces para el abordaje de la problemática. El pueblo *Wayúu*, el más afectado por el problema, necesita seguir avanzando en la recuperación de los procesos de gestión autónoma de su territorio desde sus usos y costumbres con la intervención efectiva por parte del aparato estatal y la sociedad colombiana en general.

Por otro lado, al ser el departamento del Chocó un escenario tan alejado del centro del país donde confluyen problemas de toda índole, es difícil dimensionar la situación de salud de la población chocoana, en especial para casos relacionados con la minería, considerando que gran parte de esta actividad se hace al margen de la ley y que el seguimiento a eventos relacionados con la minería es limitado.

Si bien ninguno de los desenlaces analizados puede atribuirse a la minería, sí puede afirmarse que son afectados por la situación de crisis humanitaria que sufre el departamento del Chocó y la minería puede jugar un papel importante entre los determinantes de las problemáticas de salud que afectan al departamento.

Finalmente la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares es relevante dentro de la carga de enfermedad en el departamento del Tolima. Se observó la potencial influencia de los determinantes sociales en los factores de riesgo cardiovascular, así como en la mortalidad. Si bien la enfermedad cardiovascular se encuentra en la agenda política local, es necesario avanzar en la formulación y toma de decisiones formales por parte de las autoridades gubernamentales que conlleven a acciones concretas de salud pública.



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

ons
observatorio nacional de salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

*Somos una entidad adscrita al
Ministerio de Salud y Protección Social*

Avenida calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.
Tel: (57+1) 220 7700, extensiones: 1389 -1390
Línea Gratuita: 018000113400

www.ins.gov.co
ons@ins.gov.co

