

[INFORMES] DE BOLSILLO

Piensa diferente,
inicia por aquí



Lleva contigo
los 9 informes
del ONS

Encuentra al
interior, el mini
resumen de cada
informe



**INICIA
POR AQUÍ**



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

ons
observatorio nacional de salud

ons
observatorio nacional de salud

**Qué
hacemos**

GENERAMOS
EVIDENCIA
para

Toma de
Decisiones



Formulación de
Políticas en Salud



IDENTIFICAMOS
Brechas de
Conocimiento
Que requieren formulación de
proyectos de investigación



ARTICULAMOS
actores en salud en
Redes de
Conocimiento

**Cómo lo
hacemos**



IDENTIFICAMOS
FUENTES
de información



FORTALECEMOS
los sistemas de información
SISPRO y SIVIGILA



GENERAMOS
RECOMENDACIONES
para mejorar la calidad
de la información



Martha Lucia Ospina
Directora Instituto Nacional de Salud

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Patricia Cotes Cantillo
Pablo Enrique Chaparro Narváez
Diana Patricia Díaz Jiménez
Gina Alexandra Vargas Sandoval
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar
Diana arolina Giraldo
Paula Tatiana Castillo Santana
Luz Ángela Chocontá Piraquive
Fabio Alberto Escobar Díaz
Liliana Castillo Rodríguez
Liliana Hilarión Gaitán
Alexander Mestre Hernández
Andrea García Salazar
Elkin Daniel Vallejo Rodríguez
Nelson José Alvis Zakzuk
Juan Camilo Gutiérrez Clavijo
Salomé Valencia Aguirre

Equipo de apoyo

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

Estrategia ASCyT

Juan Camilo Acosta
Kevin Torres

Encontramos la cura, es el
INTERCAMBIO
de **CONOCIMIENTO**



- ▶ Describe la situación de salud en Colombia para 2011, integrando información de fuentes oficiales y secundarias.
- ▶ Incluye una descripción diferencial por subgrupos de población, para la identificación de desigualdades en salud.
- ▶ Aporta evidencia para la toma de decisiones y la implementación de políticas en salud.

CONTEXTO

socio-económico y demográfico

Estimación de la **FRECUENCIA de USO** de servicios en salud

MORTALIDAD GENERAL

en Colombia, 2010

Análisis de eventos desde la perspectiva de **DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD**

FECUNDIDAD y EXPECTATIVA de VIDA

en Colombia

Estimación de **PERSONAS ATENDIDAS** y número de atenciones anuales por enfermedad

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS - AVPP

DISCAPACIDAD

EVENTOS e INDICADORES DE SALUD

seleccionados

MODELACIÓN de la mortalidad en Colombia con un modelo de **REGRESIÓN LINEAL**

MODELACIÓN de la ocurrencia de la **ENFERMEDAD** en Colombia, 2011

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD en municipios de frontera, 2011



Los servicios de salud en la zona rural se utilizan mucho, pero pocos RIPS se registran. Así, hay una limitación en las estimaciones de eventos predominantes.



Los eventos más consultados en el sistema de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial de salud oral e hipertensión arterial.



El evento con mayor incidencia es la enfermedad diarreica aguda seguida por la infección respiratoria aguda.



La enfermedad coronaria ocasiona la mayor cantidad de muertes en el país.



Las principales causas de Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) son las lesiones de causa externa y las enfermedades no transmisibles.



Se evidencian desigualdades sociales en salud tanto para morbilidad como mortalidad en varios eventos.



En discapacidad hay una mayor prevalencia conforme aumenta la edad y los más afectados son los de peores condiciones socio-económicas.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

- ▶ Analiza la mortalidad materna y la mortalidad infantil y en menores de 5 años.

ESTUDIA LA MORTALIDAD POR:
Enfermedad cardiovascular en Colombia
Diabetes Mellitus
Lesión de causa externa

SITUACIÓN DE SALUD
En municipios de frontera terrestre
a partir de Sivigila 2012

MORTALIDAD
Colombia 1998-2011

GESTIÓN del CONOCIMIENTO
y conformación de
REDES del CONOCIMIENTO



La tasa de mortalidad general disminuye en el país.



La mortalidad por eventos cardiovasculares predomina en mayores de 75 años.

10

Se mantienen las 10 causas de más muertes.



La Diabetes Mellitus afecta más a las mujeres, especialmente a partir de los 65 años.



Entre 1998 y 2011, se destaca el escalamiento de ciertas enfermedades a los primeros lugares de mortalidad: otras enfermedades digestivas, VIH/SIDA y cáncer de colon.



En lesiones de causa externa, las agresiones y las lesiones de tránsito presentan más casos.



Las agresiones fueron la primera causa de muerte en 1998, la enfermedad cardíaca isquémica en 2011.



Las muertes por agresiones y lesiones de tránsito predominan en hombres desde 15 años.

- ▶ Evidencia la necesidad de investigar más sobre enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa.



La mortalidad infantil y en menores de 5 años, ha registrado una disminución del 37,5% y 39,0%, respectivamente, se cumple con los ODM, pero hay desigualdades por departamentos.



Existen múltiples limitaciones de los servicios de salud para brindar una atención con calidad que evite las muertes maternas.



Las enfermedades prevenibles están entre las primeras 10 causas de mortalidad en menores de 5 años.

No se cumple la meta de mortalidad materna de 45 por 100.000 nacidos vivos debido a:

- ▶ Importantes desigualdades entre departamentos.
- ▶ Existencia de múltiples barreras de los servicios de salud.
- ▶ Falta de acción intersectorial e interinstitucional, para garantizar una maternidad segura y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres.



Muerte evitable (ME): aquella que podría haberse evitado por prevención y tratamiento, ya sea por el sistema de salud o políticas públicas.

▶ Analiza la muerte evitable (ME) en Colombia 1998-2011.

▶ Adapta un listado de causas de ME, apoyado en clasificaciones aceptadas internacionalmente.

▶ Analiza la ocurrencia de ME según ejes de desigualdad y consecuencias en pérdida de productividad y costos para el país.

▶ Profundiza en la muerte materna e infantil.

▶ Revisa la política pública en el control del consumo de tabaco, principal factor de riesgo.

MORTALIDAD EVITABLE
en Colombia,
1998-2011

DESIGUALDADES SOCIALES
en ME para
2003-2006 y 2009-2011

TABAQUISMO y SALUD
políticas públicas
para su control

COSTOS ECONÓMICOS
desde 1998 a 2011

MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL
Colombia 2011
Análisis Multinivel

GESTIÓN LEGISLATIVA
Comisión Séptima
Congreso de la República Colombia
Periodo Legislativo 2013-2014

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS
por todas las causas de muerte y muerte evitable, 1998-2011



+53%
de muertes entre 1998 y 2012 fueron por causas evitables.



La mayor proporción de ME correspondió a enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares y neoplasias) y lesiones (no intencionales).



Las ME se concentraron en menores de 5 años y adultos mayores de 65 a 74 años.

75% AVPP
↓
PIB 1,6-3,0%

El 75% de los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) entre 1998-2011 correspondieron a causas de muerte evitables que representan el 1,6 y el 3,0% del PIB al año.



Las lesiones de causa externa generaron la mayor pérdida de AVPP.

270
↓
184
x 100.000 hab.

La tasa de mortalidad general se redujó al disminuir las ME. La tasa de ME disminuyó de 270 (x 100.000 hab.) en 1998 a 184 (x 100.000 hab.) en 2011. La mortalidad por causas no evitables se mantuvo alrededor de 200 (x 100.000 hab.) durante todo el periodo.



Las tasas de ME más altas: Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Caquetá.



Hay variables del contexto social que se asocian con la muerte infantil, independiente de los factores de riesgo individual de la madre.



Entre más altos los índices de pobreza multidimensional municipal y departamental, fue mayor la muerte materna.

▶ Describe el comportamiento de la Violencia Homicida (VH) en Colombia entre 1998 y 2012 a partir de datos del DANE.

▶ Analiza la VH según nivel educativo y variables contextuales municipales y departamentales.

▶ Incluye una revisión de las políticas públicas en el área de la salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado por la violencia.

VIOLENCIA HOMICIDA
en Colombia
Una aproximación a sus determinantes

EXPECTATIVA DE VIDA EN COLOMBIA
impacto de la
violencia homicida

SALUD MENTAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS
en el contexto del
conflicto armado

Carga de enfermedad e
Impacto económico de la

MALARIA
en Colombia

Factores Asociados
a la práctica de
ACTIVIDAD FÍSICA
en adultos colombianos

REDES DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO
en salud pública
caracterización de actores



La violencia homicida en Colombia es la segunda causa de muerte en los últimos años.

Colombia presentó las tasas de mortalidad por homicidio más altas en América Latina, aunque fue el único país que logró una reducción significativa.

>80

Muertes Evitables
x 100.000 hab.
de 1991 a 1993 y en 2002.



Los homicidios es la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura y costos por mortalidad evitable.

Entre 1979 y 2012, la tasa de mortalidad por homicidio registró los picos más altos.



El 22,2% de los homicidios: **Antioquia**
De los 1.123 municipios del país,
27 concentraron el 50% de las muertes
por violencia homicida.

En **203 municipios** ocurrió el **80%** del total de muertes por VH.



331.470 muertes
por homicidio en Colombia
entre 1998-2012.
91,9% fueron hombres,
72,7% tenían entre 15 y 39 años.



La muerte violenta se asoció con municipios de mayor número de acciones armadas, explotación aurífera y la presencia de cultivos de coca.

1.878
AVPP

US
936.253

Para 2012, se estima un total de 1.878 (1.543-2.230) Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) causados por muerte por malaria.



El riesgo de muerte por homicidio fue mayor en personas con los niveles educativos más bajos.



El total de costos de la atención de la malaria en Colombia se estimó en US\$936.253 (US\$700.760-1.193.595).

Los hombres presentaron mayor cumplimiento de la recomendación de 150 minutos a la semana de actividad física en tiempo libre y como medio de transporte

- ▶ Examina las enfermedades crónicas no transmisibles entre 2010 y 2014.
- ▶ Realiza un análisis cualitativo y cuantitativo de suicidio, Chikungunya, autopercepción de salud, discapacidad y política pública en salud pública.
- ▶ Estudia enfermedades crónicas no transmisibles, con base en la estimación de la carga de enfermedad.
- ▶ Recurre a la combinación de distintas fuentes de información con los que implementa una serie de modelos estadísticos predictivos.

Carga de Enfermedad por
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
en América Latina

Carga de Enfermedad
ISQUÉMICA DEL CORAZÓN
en Colombia

Análisis de Carga de
Enfermedad por
CÁNCER
entre 2010-2014

ESTIMACIÓN
de carga de enfermedad a
partir de la Combinación de
Fuentes de Información.

Estimación de carga de enfermedad por
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
DIABETES MELLITUS,
Y ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA-EPOC**
entre 2010-2014

Análisis descriptivo
SUICIDIO
entre 1998-2012

Estimación de costos
económicos de
enfermedad por virus
CHIKUNGUNYA

La salud pública desde
la perspectiva de
POLÍTICA PÚBLICA
en el sistema de salud

AUTOPERCEPCIÓN
del estado de salud y
asociación con el uso y barrera a
servicios de salud, Colombia 2010

AUTOPERCEPCIÓN
del estado de salud y
factores asociados en adultos
mayores de 18 años, Colombia 2010

Goce efectivo de derechos en
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
una mirada desde la experiencia



La incidencia de enfermedad isquémica del corazón en el país aumentó 8,2% en mujeres y un 13,2% en hombres.



La prevalencia de hipertensión arterial aumentó, mientras que la mortalidad disminuyó. Las mujeres presentaron la mayor prevalencia.



El accidente cerebro vascular más frecuente fue el isquémico.



La incidencia de diabetes mellitus disminuyó. Las mujeres tuvieron el mayor riesgo de padecer y morir por esto. El riesgo aumentó a partir de los 45 años de edad.



El cáncer de estómago y de próstata causaron más muertes en hombres, mientras que el cáncer de seno ocasionó más defunciones en mujeres.



La prevalencia de EPOC se mantuvo, los hombres los que tuvieron los estimadores más altos. Hubo un aumento sostenido a partir de los 35 años.

6. Desigualdades sociales

- ▶ Evalúa las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia desde una perspectiva integral.
- ▶ Aborda las desigualdades en salud, desde el contexto social, político y económico como determinantes sociales de la salud.
- ▶ Sintetiza los principales avances y desafíos en la medición de desigualdades en Colombia.
- ▶ Analiza las desigualdades en cinco dimensiones: expectativa de vida, morbilidad, mortalidad, salud percibida y condiciones de vida saludable.
- ▶ Se evalúan los ejes de desigualdad de pobreza, educación, entre otros.
- ▶ Estudia las políticas en América Latina, el Caribe y Colombia, y las percepciones de actores sociales sobre cómo disminuir las desigualdades.
- ▶ Realiza recomendaciones sobre el abordaje metodológico y político para reducir las desigualdades.



La economía extractiva, la reorganización de las elites en torno a grandes conglomerados económicos y multinacionales y el impacto del narcotráfico, que generan un modelo de desarrollo desigual.



La asimetría en tenencia de la tierra, tiene un impacto en las condiciones de vida de la población rural, dado que es una fuente de riqueza, poder y prestigio, siendo una fuente de desigualdad y conflicto social.

El modelo político es permisivo no diferenciar entre intereses públicos y privados.



Hay desigualdades en la práctica de actividad física entre hombres y mujeres.



Se tienen pocos datos sobre indicadores de desigualdad para los grupos étnicos. Aun así, existen desventajas en distribución de tierras, educación y nivel socioeconómico.



Los ejes de desigualdad más relevantes son el nivel educativo, socioeconómico y aseguramiento.



Hay una tendencia hacia el aumento de la expectativa de vida en hombres y mujeres. Los mas desaventajados de acuerdo al PIBpc y Gini tienen una expectativa de vida menor.



Los hijos de las madres con menor nivel educativo e índice de riqueza, tienen mayor desnutrición, la brecha es mayor en el área rural.



Se requieren metodologías de análisis robustas para evidenciar la relación entre las desigualdades y la salud.



El nivel educativo y de aseguramiento son ejes de desigualdad para la mortalidad materna en zona rural dispersa.



Las políticas públicas que incorporan los determinantes, aumentan en la región y en Colombia.



Las líneas de acción de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.



Los principales avances según los actores sociales son en normatividad, infraestructura, servicios públicos y programas sociales de salud.

- ▶ Revisa la experiencia completa de los análisis de situación de salud desde el punto de vista metodológico y operativo, cuantitativo y cualitativo.
- ▶ Genera recomendaciones de mejora de procesos.

- ▶ Propone análisis más profundos que avancen en la identificación de los determinantes sociales de la salud de fenómenos críticos en diferentes entidades territoriales.

EXPERIENCIAS DEPARTAMENTALES
en construcción, divulgación y uso del ASIS en Colombia, 2016

Situación de salud de los departamentos: caracterización y análisis crítico del **ENFOQUE DIFERENCIAL**

ENFOQUE CUANTITATIVO
de los ASIS departamentales 2014

HAMBRE Y DESNUTRICIÓN
en La Guajira

Chocó:
MINERÍA Y SALUD

SALUD CARDIOVASCULAR
en Tolima



Hay compromiso nacional en la implementación de la metodología ASIS a nivel territorial que incluye el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.



El ASIS avanza en el reconocimiento de los enfoques diferenciales y de derechos de las comunidades para reconocer sus realidades y particularidades que inciden en sus condiciones de salud.



Las entidades territoriales departamentales y municipales tienen diferentes capacidades para desarrollar la metodología ASIS y esto se refleja en diferencia de calidad y profundidad en los resultados.



En La Guajira es mayor el riesgo de desnutrición infantil crónica para hombres en áreas urbanas, no afiliados al sistema de salud.



La metodología ASIS es débil en caracterizar la situación de salud de grupos étnicos víctimas del conflicto armado. Falta mejorar en el reconocimiento de la heterogeneidad de las comunidades étnicas.



En el Chocó el uso de sustancias tóxicas, como el mercurio, en la explotación minera, tiene efectos significativos en el ambiente y la salud de las personas, sin que haya reacción evidente de las autoridades o los actores del sistema de salud.



El Chocó y La Guajira tienen los peores indicadores en mortalidad infantil y materna y desnutrición en menores de 5 años.



En el Tolima hay altos indicadores de mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, siendo la obesidad y la hipertensión arterial los factores de riesgo más importantes. Esto se incluye en los planes de salud territorial pero no hay resultados de políticas al respecto.

7

8. Clase social y salud

- ▶ Profundiza en el papel de la categoría clase social en la generación de las desigualdades sociales en salud en Colombia.
- ▶ Construye diez categorías de clase partiendo de una clasificación desarrollada para el país, y utilizando tres variables referidas a aspectos ocupacionales provenientes de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los años 2008 y 2015.

- ▶ Realiza un análisis de desigualdad en trabajadores y población en general, en morbilidad condiciones de vida, salud autopercebida, afiliación a la seguridad social y acceso a servicios de salud.
- ▶ Pone de manifiesto la importancia de las diferencias sociales producto de la ocupación y de las relaciones laborales, en el estudio y comprensión de los determinantes sociales de la salud.

ASPECTOS CONCEPTUALES
para comprender la relación entre clase social y salud

CLASIFICACIÓN OCUPACIONAL
para el análisis de clases sociales y salud a partir de las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida en Colombia.

RELACIÓN
entre clase social y salud en población colombiana: revisión de literatura.

DESIGUALDADES
en los indicadores de salud y calidad de vida por clase social.

DESIGUALDADES DE CLASE
encontradas en las dimensiones de análisis e implicaciones para intervenciones



En Colombia la pequeña burguesía, clase heterogénea que da cabida al trabajo informal y autoempleo, es predominante tanto en trabajadores como población general.



Las diferentes clases sociales cuentan con un nivel similar de afiliación al sistema de salud.



Los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos poseen los peores indicadores, especialmente a nivel de condiciones de vida, niveles de pobreza, enfermedad autopercebida y acceso a la atención de enfermedades crónicas.



La pequeña burguesía y los obreros industriales se caracterizan por tener niveles intermedios en la mayoría de indicadores, aunque los primeros poseen bajos niveles de afiliación al sistema pensional.



Los profesionales/técnicos, empleados y directivos tienen los mejores resultados, destacando el menor porcentaje de discapacidad y de enfermedad autopercebida, las mejores condiciones de vida, así como los mayores niveles de afiliación a pensiones.

8

- ▶ Analiza desenlaces en salud, por medio de la comprensión de la dinámica territorial del conflicto armado.
- ▶ Construye un índice de intensidad del conflicto (IIC).

- ▶ Realiza un esquema conceptual sobre los procesos sociales que favorecen el conflicto armado.
- ▶ Pone de manifiesto al conflicto armado como un determinante de la salud y de las desigualdades en salud en Colombia.

ASPECTOS CONCEPTUALES

de la relación conflicto armado y salud

Construcción y análisis ÍNDICE DE INTENSIDAD DE CONFLICTO (IIC)

CONFLICTO ARMADO Y SALUD

en Colombia, revisión de literatura

COSTOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Mediante valoración económica de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Políticas de atención en salud para VÍCTIMAS Y ENFOQUE DIFERENCIAL 2011-2017

Morbilidad y mortalidad en los municipios de las ZONAS VEREDALES Y PUNTOS TRANSITORIOS DE NORMALIZACIÓN

DISCUSIÓN

Hallazgos e implicaciones para las intervenciones y la propias investigación



En el centro y sur del país están los grupos de municipios con bajo y leve Índice de Intensidad del Conflicto (IIC).

Vista Hermosa (Meta), Tibú (Norte de Santander), Granada, San Luis y San Carlos (Antioquia) tienen los más altos niveles de IIC.

Entre 1998 y 2015:

362.856 homicidios, el 91,9% (333.511) correspondieron a hombres.

Los municipios de mayor intensidad del conflicto presentan las tasas más altas por homicidio.

Murieron 195.908 menores de un año, entre mayor IIC en los municipios, mayor razón estandarizada de mortalidad (REM), la peor situación está en Casanare y Antioquia.



Malaria: 356.972 casos por *P. vivax*; 168.468 por *P. falciparum*; 6.433 mixta; 3.668 complicada; en total ocasionaron 1.420 muertes. En todos los casos, entre el 60% y el 70% corresponden a hombres.

Leishmaniasis: 125 casos de mucosa, 170 de visceral; causaron 131 muertes, el 61,1% eran hombres.

Fiebre amarilla: 54 muertes.



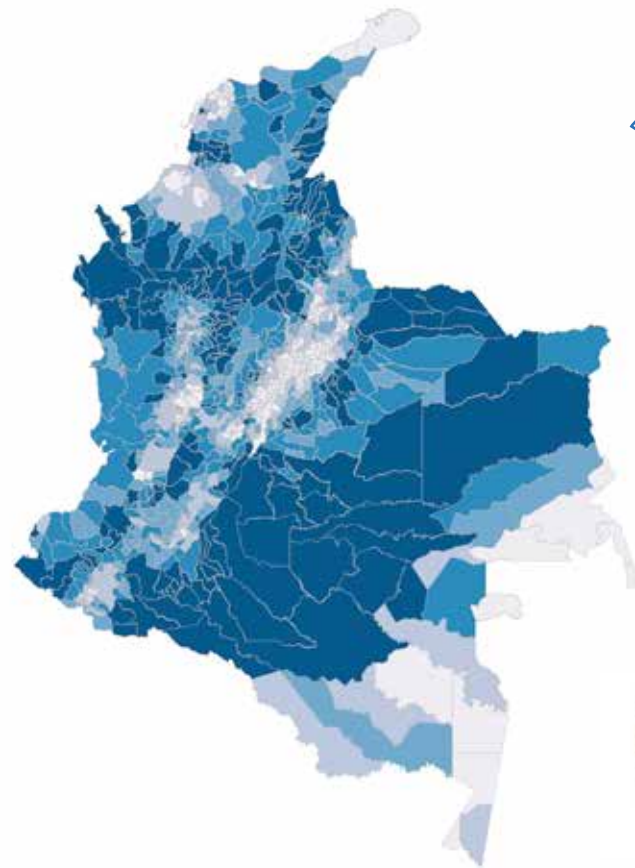
Murieron 40.579 personas a causa del VIH/SIDA, más de dos tercios eran hombres. El riesgo en las mujeres aumentó, no hay una relación directa con el índice del conflicto.



Tuberculosis: 17.873 casos.



9



Las personas expuestas al conflicto presentan más trastornos mentales, en particular trastornos de ansiedad; además, sufren mayores niveles de sentimientos de angustia, depresión e infelicidad y exposición a otros tipos de violencia.



28.938 mujeres fallecieron a causa de Cáncer de Cuello Uterino, hay más riesgo para las mayores de 65 años y quienes viven en municipios con mayor intensidad de conflicto.



La hipertensión arterial presenta mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto. La enfermedad isquémica del corazón genera más mortalidad en hombres que en mujeres.



Los municipios más afectados por el conflicto tienen peor cobertura para todas las vacunas.



Índice de Intensidad del Conflicto (IIC).

9