

**6. Mortalidad evitable  
por eventos no  
transmisibles y lesiones  
de causa externa**

## 6.1 Enfermedad cardiovascular: la principal causa de muerte en Colombia es evitable por atención médica

Exploración de las desigualdades sociales relacionadas y la responsabilidad del sistema de salud

Pablo Enrique Chaparro Narváez, Diana Díaz-Jiménez, Valery Jiménez

**Palabras clave:** mortalidad, enfermedades cardiovasculares, desigualdad en salud

### Abreviaturas:

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**ECV:** Enfermedad cardiovascular

**ESS:** Mortalidad evitable por el sistema de salud

**GBD:** Estudio de Carga Global de Enfermedad

**NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**PCA:** Porcentaje de cambio anual

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública

**PNSP:** Plan Nacional de Salud Pública

**PPCA:** Porcentaje promedio de cambio anual

**RIA:** Ruta integral de atención

**TAM:** Tasas ajustadas de mortalidad

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte a nivel mundial y uno de los principales problemas de salud pública (1). La ECV puede manifestarse como enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad arterial periférica y otros problemas vasculares y cardíacos (2). La ECV genera una alta carga para los sistemas de salud debido a los costos de su atención médica (3), junto a la pérdida de productividad de población económicamente activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2019 que 17,9 millones de personas murieron por ECV, el 32% de todas las muertes en el mundo. De estas, el 85% correspondieron a infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Además, ese mismo año, de los 17 millones de muertes prematuras en menores de 70 años debidas a enfermedades no transmisibles, el 38 % fueron causadas por ECV (4).



En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo tres, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, plantea como meta para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento (5). En este sentido, la ECV como enfermedad no transmisible puede considerar alcanzar una meta similar. En esta línea, la Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estableció como metas a 2031 la reducción de la población en riesgo o con enfermedades como la cardiopatía hipertensiva y los eventos cerebrovasculares y el aumento en la captación de personas con hipertensión arterial (6), sin embargo, no establece metas respecto a los demás eventos de mortalidad por ECV.

La mortalidad es considerada evitable si resulta de las exposiciones insalubres a factores de riesgo, condiciones de vida, trabajo estresante y acceso limitado a los servicios de salud (8). La mortalidad evitable está compuesta por aquello prevenible, tratable o evitable por los servicios de salud (7). Esta última es definida como lo que ocurre en personas menores de 75 años y que no debería suceder “si a la luz de los conocimientos médicos y la tecnología en el momento de la muerte, podría evitarse mediante una atención médica oportuna y de buena calidad” (8). De otro modo, son las muertes atribuidas a condiciones que pueden mitigarse en presencia de atención médica oportuna y eficaz (9). En el caso de la ECV, son factores de riesgo la hipertensión, dislipidemia, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cardiopatía coronaria y el tabaquismo (10), junto con la actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol (11).

La mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud, para efectos del presente análisis, retoma la lista de mortalidad susceptible de atención médica de Nolte y McKee modificada por el estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) de 2019 que considera la edad en los siguientes eventos: enfermedad cardíaca reumática de 0 a 74 años, enfermedad cardíaca isquémica de 15 a 74 años, enfermedad cerebrovascular

de 0 a 74 años y enfermedad cardíaca hipertensiva de 15 a 74 años (12).

La ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes (13). Muchas de estas podrían evitarse al mejorar los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud (14). La ECV puede reducir su magnitud mediante el uso amplio de estrategias de intervención comprobadas, incluidos programas, servicios y políticas públicas para planificar una atención basada en evidencia (9). A pesar de disponer de distintas medidas, en el país, ya en 2008 se advertía que las políticas de prevención y promoción de la salud en las instancias gubernamentales y del sector privado eran precarias (15). En 2018, se observaba que la prevención de enfermedades crónicas no mostraba mayor progreso

en ese decenio (16). Ante este panorama, el objetivo de esta sección es identificar la tendencia de las tasas de mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud en Colombia para el periodo 1979 a 2021 y explorar sus desigualdades sociales.

El análisis de la tendencia de las tasas de mortalidad por ECV recurre a la información de mortalidad del periodo 1979 - 2021 que provee el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud es seleccionada de acuerdo con la lista de mortalidad susceptible de atención médica de Nolte y McKee modificada por el estudio

de carga global de enfermedad (12). El estudio realiza el cálculo de tasas de mortalidad (cruda, ajustada por edad y por edad y sexo), la construcción de la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad, emplea un modelo de regresión de puntos de inflexión (joinpoint), y estima las métricas de desigualdad como la diferencia y razón de tasas y el índice de concentración. Además, explora el comportamiento de la tendencia de la mortalidad en relación con las principales normas en salud emitidas por las autoridades sanitarias durante el periodo y que de alguna manera tienen en cuenta la ECV.

**La ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes (13). Muchas de estas podrían evitarse al mejorar los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud (14).**

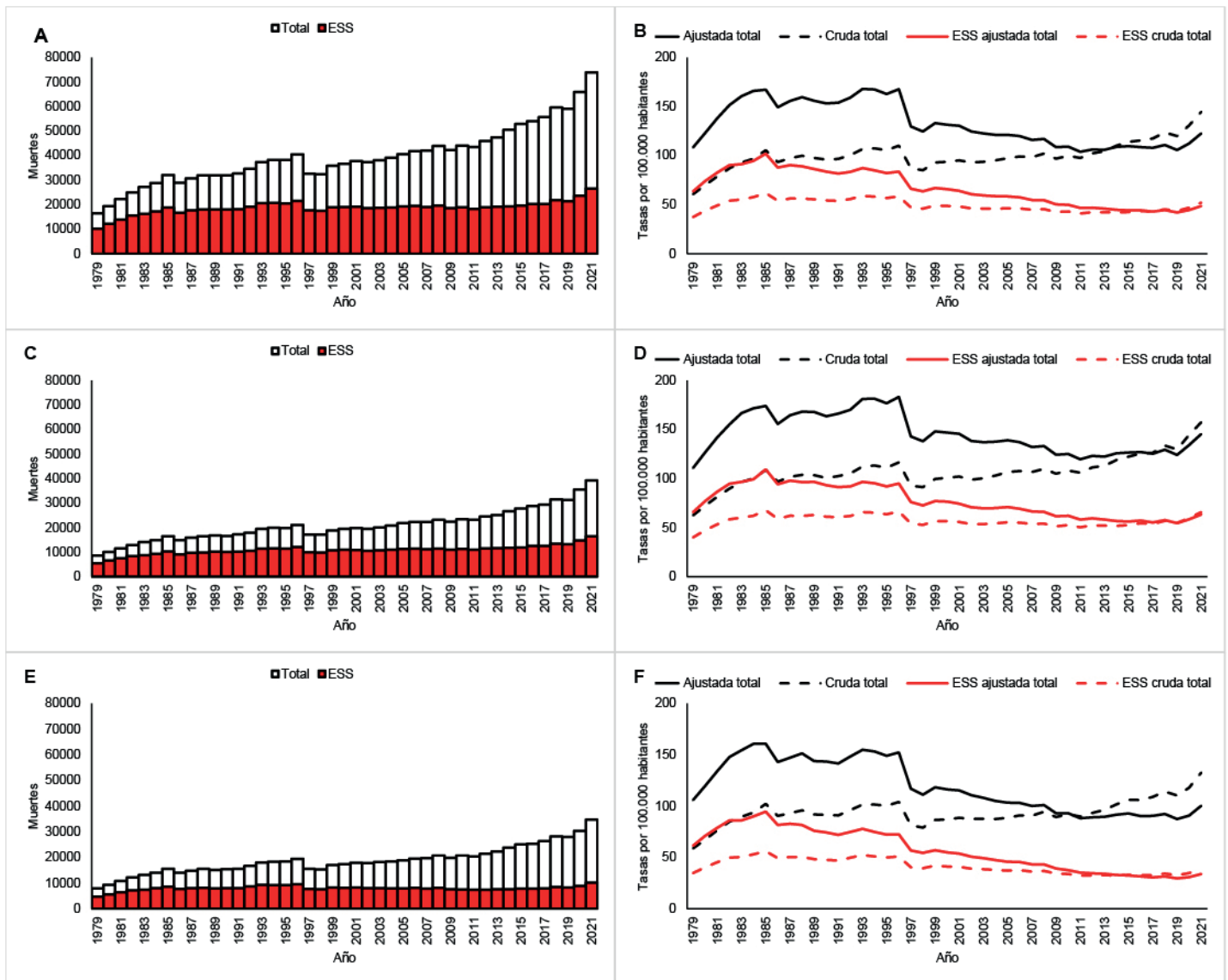
## La mortalidad cardiovascular y su evitabilidad

Entre 1979 y 2021, el DANE reportó 1.713.934 muertes por ECV en Colombia, el 52,6% (901.401) en hombres. La relación hombre: mujer es de 1,11:1,00. Del total de muertes por ECV, el 46,2% (944.677) corresponden a menores de 75 años. El 47,0% (806.062) de las muertes por ECV son evitables por los servicios de salud (Gráfico 1, panel A) y de estas, el 57,6% (464.228) de los fallecidos son hombres (Gráfico 1, paneles C y E).

Entre 1979 y 1996, las tasas ajustadas de mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud, tanto para hombres como mujeres muestran tendencia irregular. La disrupción presentada en 1997 corresponde al cambio en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que pasa de la 9ª a la 10ª revisión. Entre 1997 y 2019, la tendencia de las tasas de mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud es a la baja con un posterior aumento (Gráfico 1). Por sexo, tanto las tasas de mortalidad general por ECV como las evitable por los servicios de salud son más altas en hombres.

Las tasas ajustadas de mortalidad por ECV general disminuyen entre 1996 y 1997 (29,2%) y en el periodo 1997 - 2019 (18,6%), en hombres 28,3 y 13,1%, y en mujeres 30,3 y 25,2%, respectivamente. Entre 2019 y 2021, aumentan: en el nivel nacional 16,1%, en hombres 17,1% y en mujeres 14,7%. Por otro lado, las tasas ajustadas de mortalidad evitable también disminuyen entre 1996 - 1997 (26,0%) y 1997 - 2019 (36,6%), en hombres 25,0 y 28,3%, y en mujeres 27,4 y 47,9%. Entre 2019 y 2021, las tasas van al alza en el nivel nacional 15,5%, en hombres 16,3% y en mujeres 14,3%.

**Gráfico 1.** Mortalidad por ECV general y evitable por el sistema de salud. Colombia 1979 - 2021



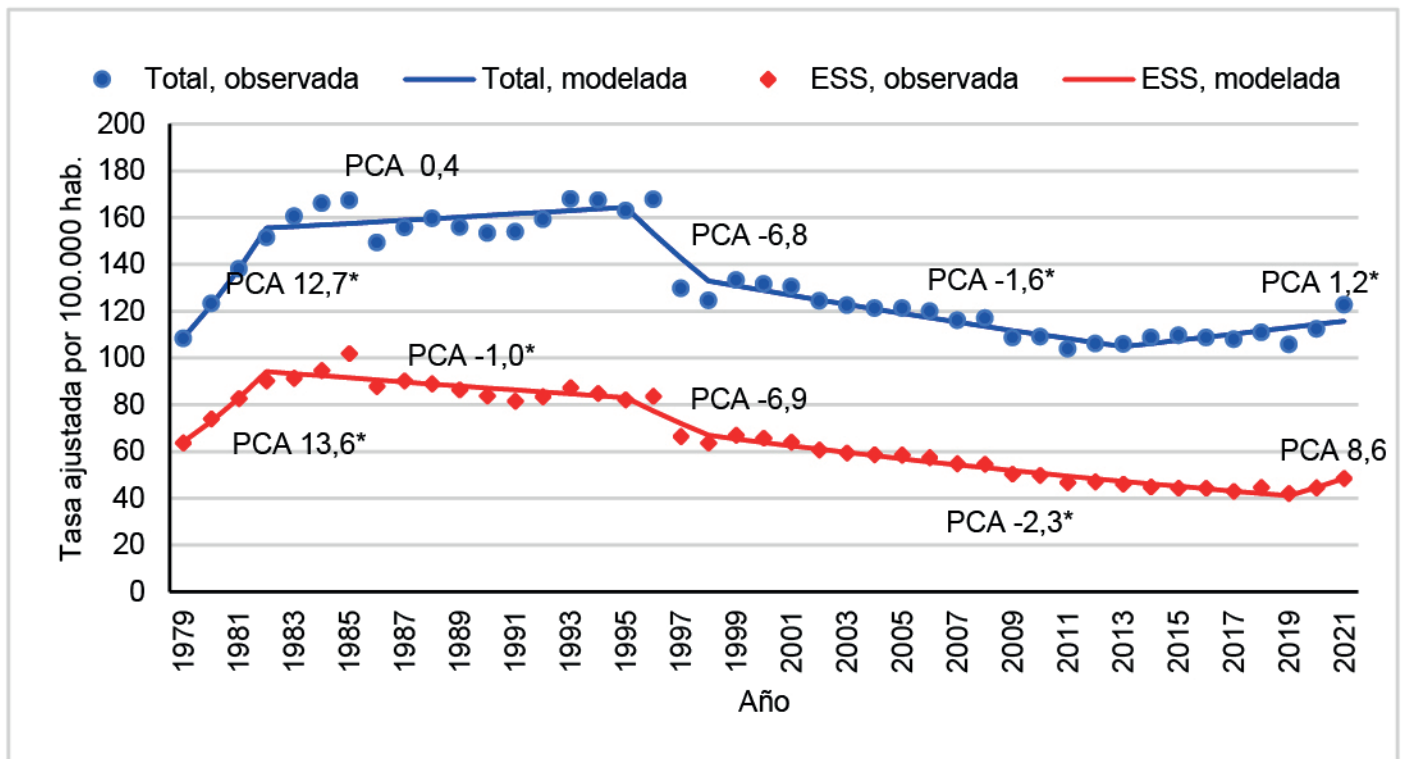
A, B: total; C y D: hombres; E y F: mujeres. ESS: mortalidad evitable por el sistema de salud

Fuente: Elaboración equipo ONS

### Comportamiento de la mortalidad por ECV

De acuerdo con el modelo de puntos de inflexión, el porcentaje de cambio anual (PCA) indica disminución significativa de la mortalidad para las tasas ajustadas por ECV general, periodo 1998 - 2013, y las tasas ajustadas de mortalidad evitable por el sistema de salud, periodos 1982 - 1995 y 1998 - 2019 (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por ECV. Colombia 1979 - 2021



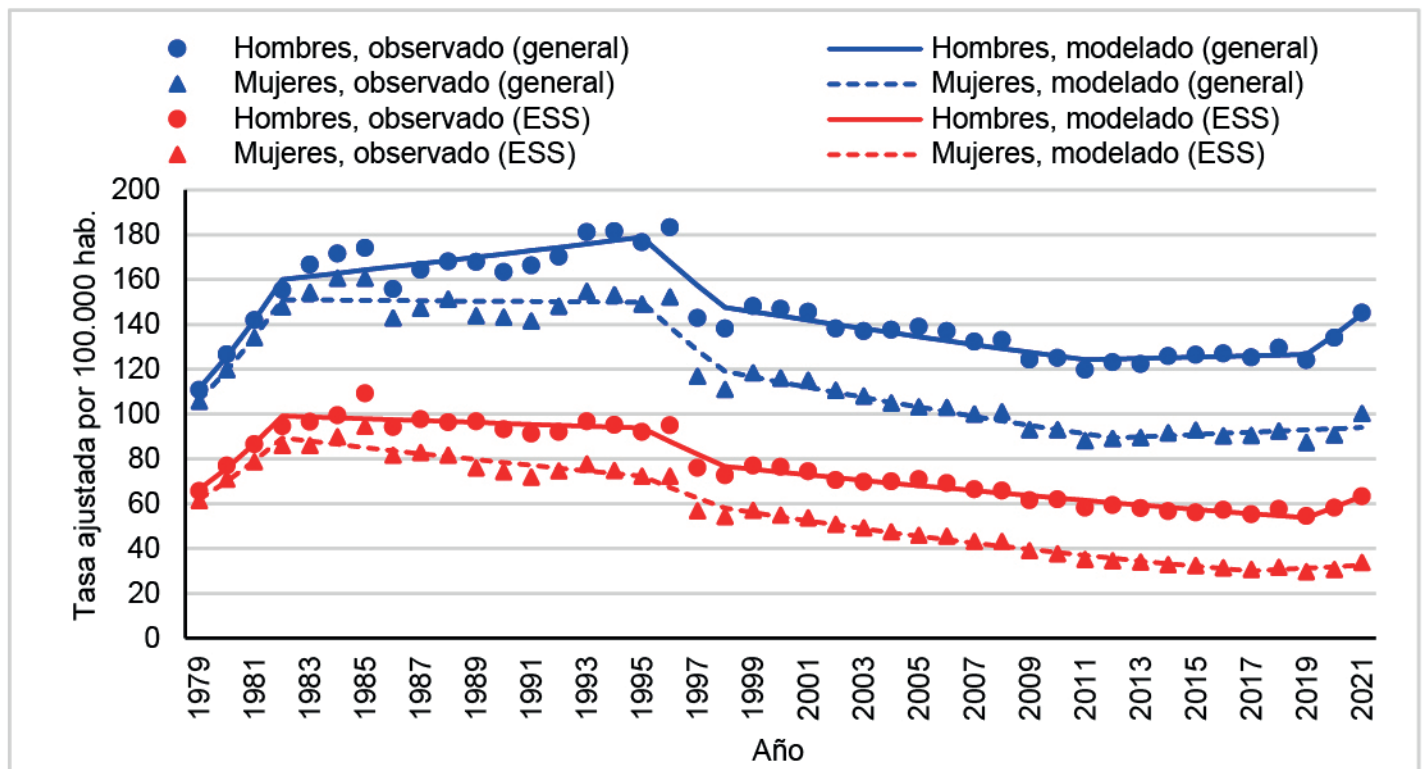
PCA: porcentaje de cambio anual  
\* p<0,05

Fuente: Elaboración equipo ONS



Al examinar las tendencias de la mortalidad por ECV evitable por el sistema de salud según sexo, los hombres tienen una importante tendencia creciente de 1979 a 1982 (PCA 14,3; IC95%, 7,4 a 21,7), y una leve tendencia decreciente de 1998 a 2019 (PCA 1,7%, IC95%, -1,9 a -1,4). Las mujeres muestran tendencias significativas al aumento de 1979 a 1982 (PCA 13,0%, IC95%, 5,5 a 21,0), así como de reducción de 1982 a 1995 (PCA -1,6%, IC95%, -2,2 a -1,0%), y entre 1998 a 2017 (PCA -3,4%, IC95%, -3,8 a -3,1) (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por ECV según sexo. Colombia, 1979-2021



ESS: mortalidad evitable por el sistema de salud

Fuente: Elaboración equipo ONS

En general, la tendencia de las tasas de la mortalidad por ECV de hombres y mujeres desde 1979 a 2019 es a la reducción. En la mortalidad evitable por los servicios de salud, las mujeres muestran una reducción mayor (PCA -3,4%, IC95%: -3,8 % a -3,1 %) de 1998 a 2017 respecto al de los hombres (1,7% IC95%: -1,9% a -1,4%), aunque en estos el periodo va hasta 2019 y no 2017 como en las mujeres (Tabla 1).

**Tabla 1.** Cambios anuales en las tasas ajustadas de mortalidad por ECV total y evitable según sexo. Colombia, 1979-2021

Segmento	Periodo		PCA	IC 95%		PPCA	IC 95%	
	Punto inicial	Punto final		Inferior	Superior		Inferior	Superior
<b>General</b>								
1	1979	1982	12,7*	4,8	21,1	0,1	-0,7	1,0
2	1982	1995	0,4	-0,2	1,1			
3	1995	1998	-6,8	-15,7	3,0			
4	1998	2013	-1,6*	-2,0	-1,1			
5	2013	2021	1,2*	0,4	2,1			
<b>Hombres</b>								
1	1979	1982	12,8*	6,7	19,3	0,6	-0,1	1,4
2	1982	1995	0,9*	0,4	1,4			
3	1995	1998	-6,2	-13,2	1,4			
4	1998	2011	-1,3*	-1,8	-0,9			
5	2011	2019	0,2	-0,6	1,1			
6	2019	2021	6,9*	1,0	13,1			
<b>Mujeres</b>								
1	1979	1982	12,5*	4,5	21,1	-0,3	-1,2	0,6
2	1982	1995	-0,1	-0,7	0,6			
3	1995	1998	-7,4	-16,5	2,7			
4	1998	2012	-2,0*	-2,5	-1,5			
5	2012	2021	0,6	-0,2	1,3			
<b>Evitable</b>								
1	1979	1982	13,6*	6,6	21	-0,7	-1,6	0,2
2	1982	1995	-1,0*	-1,5	-0,4			
3	1995	1998	-6,9	-15,5	2,5			
4	1998	2019	-2,3*	-2,6	-2,0			
5	2019	2021	8,6	-0,6	18,7			
<b>Hombres</b>								
1	1979	1982	14,3*	7,4	21,7	-0,1	-1,0	0,8
2	1982	1995	-0,4	-1,0	0,2			
3	1995	1998	-6,5	-15,1	2,9			
4	1998	2019	-1,7*	-1,9	-1,4			
5	2019	2021	8,6	-0,3	18,4			
<b>Mujeres</b>								
1	1979	1982	13,0*	5,5	21	-1,5*	-2,5	-0,6
2	1982	1995	-1,6*	-2,2	-1,0			
3	1995	1998	-7,0	-16,5	3,5			
4	1998	2017	-3,4*	-3,8	-3,1			

PCA: porcentaje de cambio anual; PPCA: porcentaje promedio de cambio anual, \* p<0,05

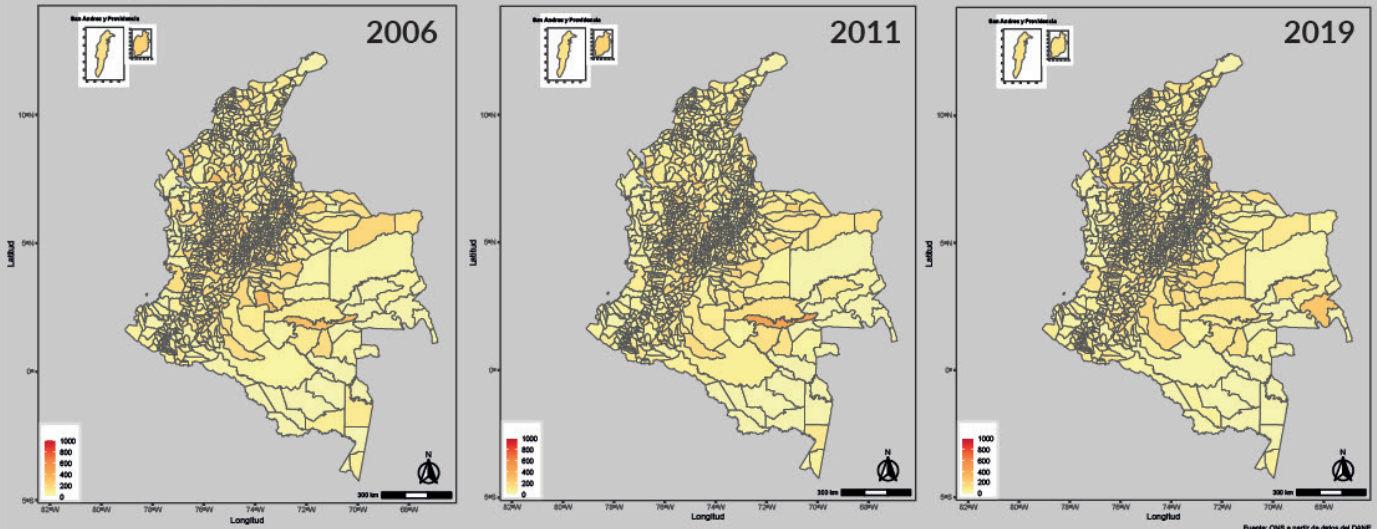
Fuente: Elaboración equipo ONS



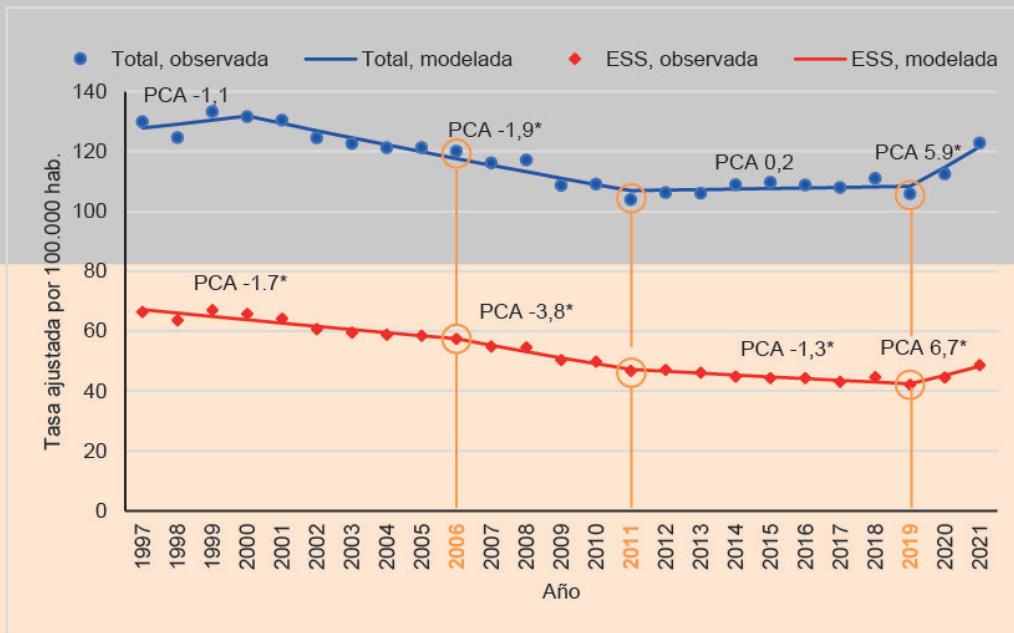
**Las tasas ajustadas de mortalidad por ECV evitable por el sistema de salud en los municipios a través de los años han tenido comportamiento diferente. La estimación de estas tasas en los años en que son observados los cambios en la tendencia evidencia 144 municipios que registran 20 y más muertes en 2006, 135 en 2011 y 160 en 2019 (Gráfico 4).**

Gráfico 4. Comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por ECV según sexo. Colombia, 1997-2021

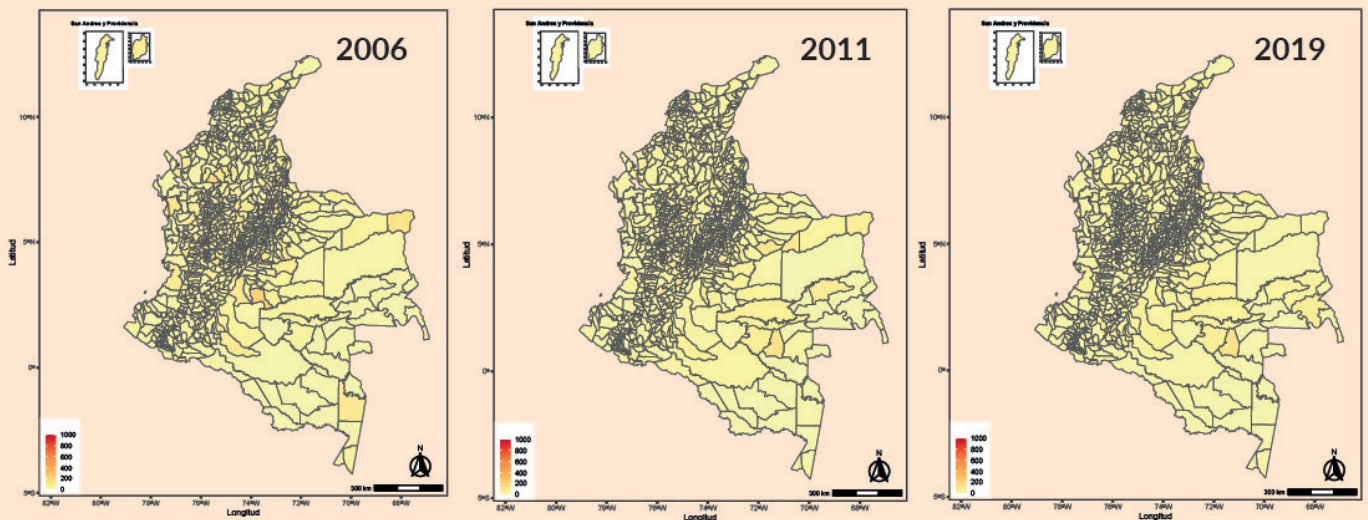
Mortalidad por ECV general



Fuente: ONS a partir de datos del DANE



Mortalidad por ECV ESS



Fuente: Elaboración equipo ONS

Si se consideran los años donde está presente el cambio de comportamiento en las tasas (2006, 2011 y 2019), entre los diez primeros municipios en la mortalidad general que han persistido con las tasas ajustadas más altas, se encuentran: El Retorno (Guaviare) en 2006 y 2011 y Aguada (Santander) en 2006 y 2019. Mientras que en la mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud, se ha sostenido Murillo (Tolima) en 2006 y 2011 (Tabla 2).

**Tabla 2. Tasas ajustadas de mortalidad por ECV según municipio de residencia. Colombia, 2006, 2011, 2019**

Mortalidad general por ECV								
2006			2011			2019		
Departamento	Municipio	TAM	Departamento	Municipio	TAM	Departamento	Municipio	TAM
Casanare	Chámeza	521,5	Guaviare	El Retorno	439,1	Santander	Galán	340,2
Santander	Hato	425,8	Caquetá	Curillo	324,0	Guainía	Puerto Colombia	265,5
Santander	Ocamonte	413,1	Antioquia	San José la Montaña	323,1	Valle del Cauca	El Dovio	250,8
Tolima	Murillo	364,3	Tolima	Ambalema	305,9	Boyacá	Socotá	233,6
Santander	Coromoro	331,2	Caldas	Belalcázar	286,5	Antioquia	Puerto Nare	231,4
Boyacá	Quipama	322,9	Cundinamarca	Nariño	273,9	Santander	Aguada	230,7
Antioquia	Tarazá	321,6	Tolima	Fresno	270,7	Tolima	Villarrica	228,1
Santander	Aguada	310,3	Antioquia	Abriaquí	261,7	Norte de Santander	Chitagá	227,5
Guaviare	El Retorno	299,1	Santander	Santa Helena del Opón	258,0	Tolima	Natagaima	224,2
Meta	Vistahermosa	298,6	Caldas	Neira	255,4	Meta	Granada	223,8
Mortalidad evitable por ECV								
Santander	Hato	234,1	Cundinamarca	Nariño	223,7	Valle del Cauca	El Dovio	147,5
Santander	Cepitá	216,3	Tolima	Murillo	194,8	Tolima	Villarrica	129,0
Boyacá	San Pablo de Borbur	211,7	Santander	Santa Helena del Opón	156,7	Vaupés	Caruré	125,8
Meta	Vistahermosa	198,1	Antioquia	San José la Montaña	152,0	Magdalena	El Retén	125,6
Tolima	Murillo	189,2	Boyacá	Pisba	151,6	Cundinamarca	Quebradanegra	123,6
Santander	Ocamonte	183,5	Santander	Palmas del Socorro	147,1	Santander	Galán	123,4
Cundinamarca	El Peñón	182,0	Boyacá	Ciénega	143,5	Boyacá	San Miguel de Sema	121,3
Boyacá	Quípama	176,9	Cauca	Piamonte	142,0	Santander	Palmar	119,8
Cundinamarca	Manta	175,2	Chocó	Tadó	140,0	Antioquia	Betulia	113,2
Cundinamarca	Junín	174,4	Boyacá	Cucaita	138,2	Antioquia	Venecia	112,4

En gris los municipios que repiten en el listado de 10 más afectados

Fuente: Elaboración equipo ONS

### Desigualdades de la mortalidad por enfermedad cardiovascular evitable por los servicios de salud

Entre 2005 y 2018, las tasas de mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud descienden para todos los quintiles de NBI, excepto el más pobre (Q5) que presenta un leve aumento (Tabla 3). Esta mortalidad evitable por ECV en 2005 muestra desigualdades del evento en contra de los municipios más ricos. En el quintil de municipios con la peor situación socioeconómica (Q5) según el NBI, el riesgo de morir es cerca de la mitad (0,56) en comparación con el quintil más rico (Q1). En este mismo año, la diferencia entre las tasas de mortalidad de esos dos quintiles es de -28,6 muertes por cien mil personas. Es decir, que entre más elevado el nivel socioeconómico del municipio, sus habitantes habrían tenido mayor riesgo de morir por una ECV. En 2018, en el Q5, el riesgo de morir por una ECV evitable aumentó a 0,89 más que en el de los municipios más ricos. En este año, la diferencia entre las tasas de mortalidad de esos dos quintiles es de -4,4 muertes por cien mil personas (Tabla 3).

**Tabla 3.** Desigualdad según nivel de NBI en la mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud. Municipios de Colombia 2005, 2018

Año	Quintil 1 (Q1) (más rico) TAM	Quintil 2 TAM	Quintil 3 TAM	Quintil 4 TAM	Quintil 5 (Q5) (más pobre) TAM	Diferencia de TAM	Razón de TAM
2005	65,2	65,9	57,0	49,3	36,6	-28,6	0,56
2018	42,9	42,5	42,8	43,9	38,5	-4,4	0,89

TAM: tasas ajustadas de mortalidad

Fuente: Elaboración equipo ONS



Para ambos periodos evaluados, el índice de concentración construido con el NBI arroja valores muy bajos, que descartan la presencia de desigualdad con el indicador socioeconómico seleccionado para el análisis y que reitera las limitaciones del NBI en la realización de estos análisis (17). En 2005, el índice de concentración es de 0,065 y en 2018 de 0,009.

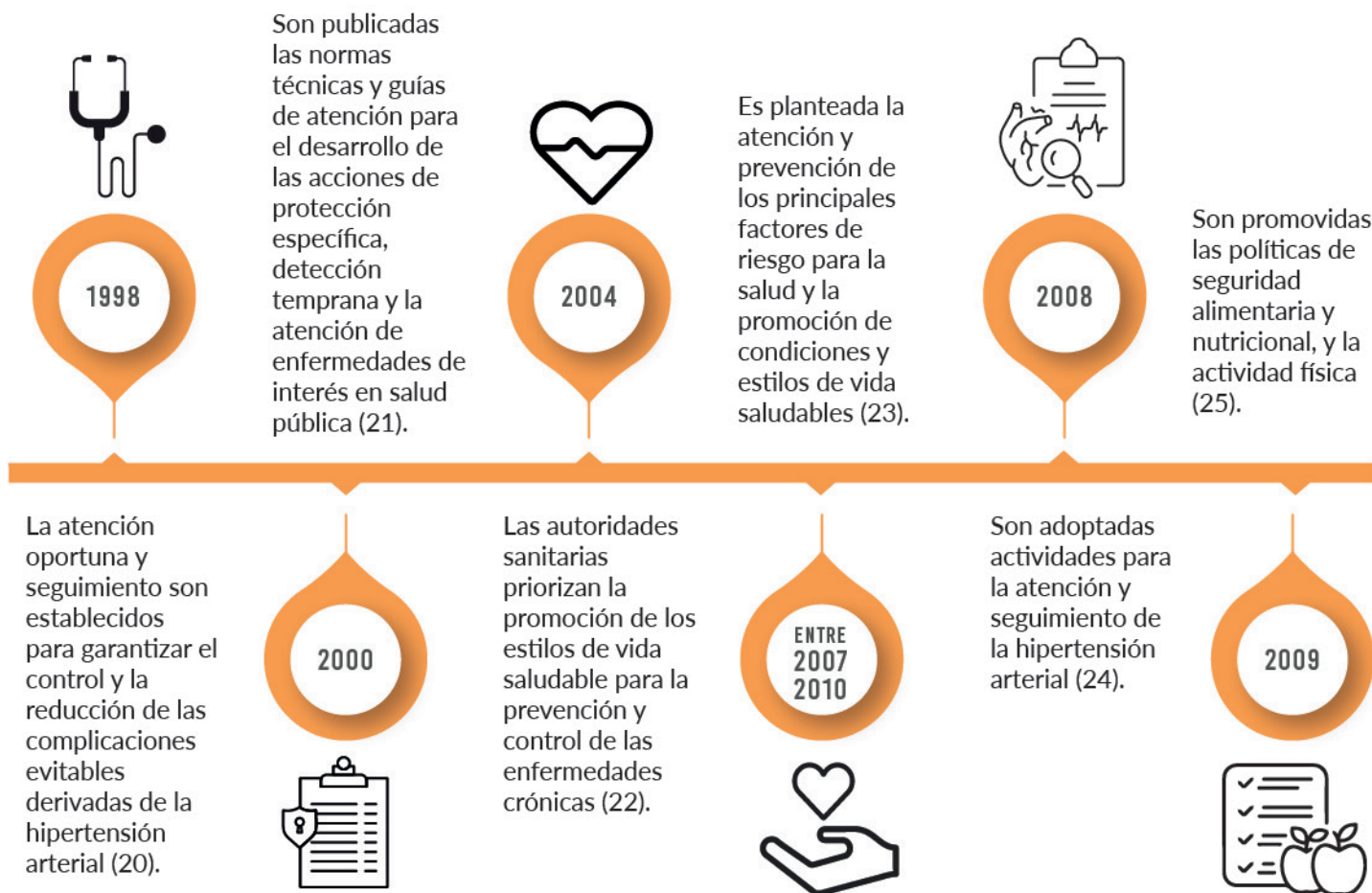
### El marco normativo para la prevención, diagnóstico, control de la ECV y acciones que pueden explicar la reducción en la mortalidad

En el periodo de análisis, es llamativo el punto de inflexión que ocurre en 1997 y es debido al cambio en el uso de la CIE, de la 9ª revisión pasa a la 10ª (18). El cambio señala los periodos 1979-1996 y 1997-2021, el primero muestra un aumento al inicio del periodo seguido de un comportamiento irregular, mientras el segundo evidencia una reducción paulatina de las tasas

ajustadas de mortalidad de la ECV general y evitable por los servicios de salud.

En el primer periodo, desde 1979, las autoridades sanitarias establecen recomendaciones para la población relacionadas con el diagnóstico, el pronóstico, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la ECV (19). Las medidas adoptadas muestran su posible contribución en la reducción de la mortalidad debida a ECV y en particular en la general, no tanto en la evitable por los servicios de salud (Gráfico 5).

En el segundo periodo, se agregaron distintas medidas, la mayoría de ellas centradas en modificación de estilos de vida a nivel individual, pero que dejan de lado la intervención de los determinantes sociales de las ECV, donde por ejemplo podría impactar las modificaciones de entorno y urbanísticas.



Las medidas reseñadas de alguna manera han contribuido al descenso de la mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud entre 1999 y 2013, aunque es de esperar que su efecto no haya sido inmediato, sino que medien unos cuantos años entre su implementación y el impacto en el indicador, lo cual no fue de alcance del presente análisis (Gráfico 5).

Posteriormente, entre 2013 y 2018 el nivel de la mortalidad no presenta variaciones. Para este lapso son adicionadas **nuevas medidas que buscan:**

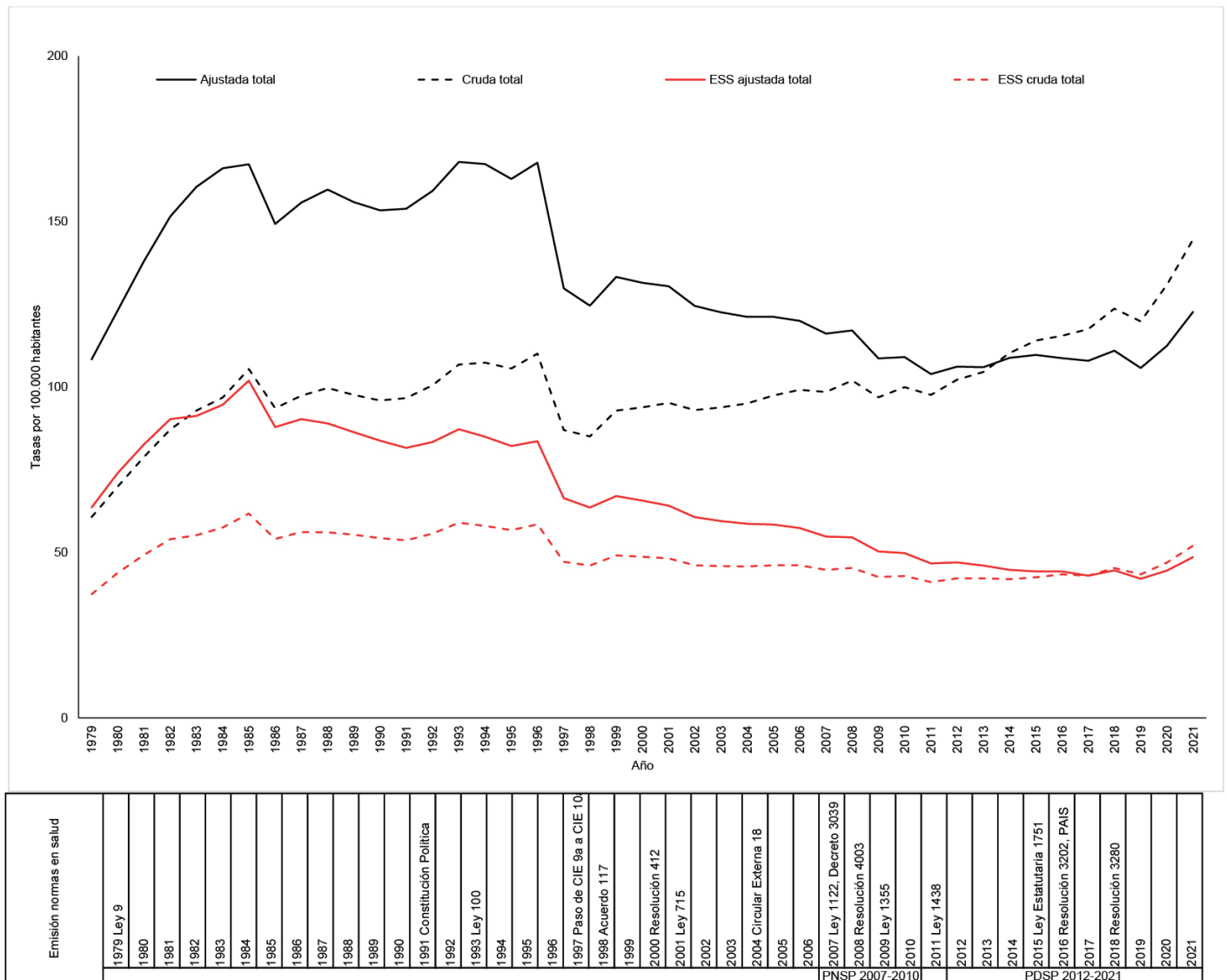
- o Reducir el consumo de tabaco y alcohol, de sal.
- o Incrementar el consumo diario de frutas y de la actividad física.
- o Establecer metas tendientes a reducir la hipertensión arterial en mayores de 25 años y a reducir los niveles aumentados de colesterol total.
- o Aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular mayor a 30%.
- o Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre ellas la enfermedades cardiovasculares e hipertensión (26)

o Elaborar y desarrollar rutas integrales de atención en salud para población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas (27) y como eventos específicos los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión arterial primaria, la enfermedad isquémica cardiaca entre otras (28).

En 2018, la mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud de nuevo reduce sus tasas. Ese año, entre otras medidas son adoptados los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud que considera intervenciones poblacionales, colectivas e individuales (29), aunque la reducción no se puede asociar inmediatamente a su implementación, ya que el impacto de estas medidas se dan en el mediano y largo plazo. Luego, a partir de 2019 hasta 2021, inicia un periodo de incremento de la mortalidad. En 2020 y 2021 aparece el COVID-19, así la atención sanitaria se enfoca en la pandemia.



**Gráfico 5. Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud. Colombia 1979-2021**



PAIS: Política de Atención Integral en Salud  
 RIA: Ruta integral de atención  
 PNSP: Plan Nacional de Salud Pública  
 PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

Fuente: Elaboración equipo ONS

Las normas emitidas en distintas épocas encaminadas a proporcionar atención médica de buena calidad, no constituyen el único determinante que afecta las muertes evitables por los servicios de salud debido a la atención médica (30,31). Otros factores influyen en la cantidad de muertes evitables por los servicios de salud. Estos pueden estar relacionados con las razones que motivan a las personas que enferman a buscar o no atención médica. En esta decisión pueden influir su nivel educativo, sus creencias sobre la salud, sus niveles de preocupación y su clase social, entre otros (32).

## Conclusión y recomendaciones

1. La mortalidad por ECV evitable puede continuar disminuyendo si son puestas en práctica las recomendaciones relacionadas con la promoción de la salud cardiovascular y la prevención de la ECV. La primera fomenta los estilos de vida saludable y la segunda está dirigida a evitar o reducir el desarrollo de los factores de riesgo.

2. Los resultados de las desigualdades en contra de los más ricos son similares a los reportados en distintos estudios, uno en 21 países (33), otro en Inglaterra (34). Un estudio indica que en la prevención secundaria de la ECV, el uso de medicamentos es bajo y es así como muchos países con el menor uso, la desigualdad es mayor a favor de los ricos (33). Otro estudio observa que las personas en las áreas menos desfavorecidas tenían las tasas más altas en las admisiones hospitalarias, en las prescripciones de medicamentos para tratar la ECV y el porcentaje más bajo de personas elegibles para comenzar rehabilitación cardíaca en comparación con las áreas más desfavorecidas (34). Un tercer estudio mostró una alta evolución de los factores de riesgo cardiovascular con importantes desigualdades relacionadas con los ingresos a favor de los ricos (35).

3. La reducción de la mortalidad ECV evitable probablemente sea el resultado de adopción de medidas dirigidas a reducir los factores de riesgo a nivel individual y comunitario. Para continuar en esa dirección, el trabajo a realizar estará enfocado en alcanzar un mejor control de los factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes, la promoción de una mejor atención, el uso de tratamientos eficaces y la asignación de mayor presupuesto para la atención en los servicios de salud aunado a las medidas que se deben adoptar para reducir las desigualdades que puede atribuirse a factores socioeconómicos, condiciones regionales y demográficas.

## Referencias

1. World Heart Report 2023: Full Report [Internet]. World Heart Federation. [citado 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://world-heart-federation.org/resource/world-heart-report-2023/>
2. Amini M, Zayeri F, Salehi M. Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: results from global burden of disease study 2017. *BMC Public Health*. 2021;21(1):401.
3. Camacho S, Maldonado N, Bustamante J, Llorente B, Cueto E, Cardona F, et al. How much for a broken heart? Costs of cardiovascular disease in Colombia using a person-based approach. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0208513.
4. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
5. United Nations. The Sustainable Development Goals. Goal 3: ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 [Internet]. [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=124757>
7. OPS. Salud en las Américas 2021. Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable>
8. PAHO/OPS. Mortalidad prematura potencialmente evitable: ¿Qué es y por qué es relevante? [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/mppe-por-que-relevante>
9. Mullachery PH, Rodriguez DA, Miranda JJ, López-Olmedo N, Martínez-Folgar K, Barreto ML, et al. Mortality amenable to healthcare in Latin American cities: a cross-sectional study examining between-country variation in amenable mortality and the role of urban metrics. *Int J Epidemiol*. 2021;51(1):303-13.
10. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes. *Circulation*. 2018;137(20):2166-78.
11. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Brooker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e596-646.
12. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health*. 2022;10(12):e1715-43.
13. DANE - Defunciones [Internet]. [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones>
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: avoidable deaths from heart disease, stroke, and hypertensive disease - United States, 2001-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(35):721-7.
15. Vera-Delgado, A. Factores de riesgo cardiovascular: guías de prevención primaria (una propuesta). *Revista Colombiana de Cardiología*. 2008;15(4):149-52.
16. PNUD. ODS en Colombia: Los retos para 2030 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.undp.org/es/colombia/publications/ods-en-colombia-los-retos-para-2030>
17. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 366 p.
18. Colombia. DANE, Registraduría Nacional del Estado Civil. Informe sobre el estado del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales en Colombia. 2002.
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 9 de 1979. Por la cual se dictan medidas sanitarias [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177>
20. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998 [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>
21. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (2000). [Internet]. [citado 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://convergenciaincua.org/wp-content/uploads/2017/07/Resolucion-412.pdf>
22. Ministerio de la Protección Social. Circular externa 18 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004 - 2007 y de los recursos asignados para salud pública (2004) [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/CIRCULAR%20EXTERNA%20018%20DE%202004.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/CIRCULAR%20EXTERNA%20018%20DE%202004.pdf)
23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. "Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010". [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF)
24. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 4003 de 2008. Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>
25. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. [Internet]. [citado 14 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/COL%202009%20LEY\\_1355.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/COL%202009%20LEY_1355.pdf)
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 [Internet]. Bogotá, D.C.; 2012 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Bogotá D.C.; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
29. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
30. Rosella LC, Kornas K, Huang A, Grant L, Bornbaum C,

- Henry D. Population risk and burden of health behavioral-related all-cause, premature, and amenable deaths in Ontario, Canada: Canadian Community Health Survey-linked mortality files. *Annals of Epidemiology*. 2019;32:49-57.e3.
31. Karanikolos M, Nolte E. Interpreting health systems performance indicators: more complex than it looks? *The Lancet Public Health*. 2018;3(5):e207-8.
32. McMinn MA, Seaman R, Dundas R, Pell JP, Leyland AH. Socio-economic inequalities in rates of amenable mortality in Scotland: Analyses of the fundamental causes using the Scottish Longitudinal Study, 1991–2010. *Population, Space and Place*. 2022;28(3):e2385.
33. Murphy A, Palafox B, O'Donnell O, Stuckler D, Perel P, AlHabib KF, et al. Inequalities in the use of secondary prevention of cardiovascular disease by socioeconomic status: evidence from the PURE observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(3):e292-301.
34. British Heart Foundation. How inequalities contribute to heart and cardiovascular disease in England [Internet]. London; 2021. Disponible en: <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/our-research/heart-statistics/health-inequalities-research/inequalities-in-heart-and-circulatory-diseases-in-england>
35. Saidi O, Zoghalmi N, Bennett KE, Mosquera PA, Malouche D, Capewell S, et al. Explaining income-related inequalities in cardiovascular risk factors in Tunisian adults during the last decade: comparison of sensitivity analysis of logistic regression and Wagstaff decomposition analysis. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):177.

## 6.2 Características urbanas que influyen en la muerte por accidentes viales de peatones, ciclistas y motociclistas en Bogotá

*La interacción entre el entorno urbano y los actores viales explican la distribución espacial de los siniestros viales: Bogotá como caso de estudio.*

Luis Eduardo Olmos Sánchez

¿Qué participantes del tránsito y qué características urbanas están más asociadas con las muertes evitables en las vías urbanas?

**Palabras clave:** siniestros viales, Visión Cero, ciudades seguras y sostenibles

**Abreviaturas:**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**SDM:** Secretaría Distrital de Movilidad

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**KSI:** Por sus siglas en inglés de Killed or Seriously Injured individuals

Los siniestros viales ocurren de una interacción entre el comportamiento individual del actor vial y su entorno. Las características del entorno vial, como la extensión de las áreas peatonales, las ciclorrutas o los límites de velocidad, son más fáciles de recopilar que los datos de comportamiento humano, por lo que su relación con el riesgo de los usuarios de la vía podría explorarse de manera directa. Bogotá es el estudio de caso de esta sección que tiene como objetivo identificar las características urbanas a nivel de localidad asociadas con la siniestralidad vial entre modos de transporte y el riesgo de los actores vulnerables. Se busca entender y servir de insumo para proponer políticas que promuevan el aumento de la participación modal de transportes sostenibles, pero bajo el precepto de mejorar la seguridad vial para todos los usuarios de la vía.





Los accidentes de tránsito provocan anualmente 1,3 millones de muertes, 50 millones de lesionados y US\$ 2,3 billones en daños económicos (1). Debido a este problema social, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró en 2015 como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) el reducir a la mitad el número de muertes y lesiones a nivel mundial por accidentes de tránsito para 2020 (2), sin embargo, este objetivo fracasó. Las muertes y lesiones en las carreteras siguen aumentando en todo el mundo, especialmente en países en vía de desarrollo (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) también muestra que los **usuarios viales vulnerables (peatones, ciclistas y motociclistas)** son afectados desproporcionadamente, dejando claro que la urbanización (crecimiento de ciudades) es el mecanismo subyacente a esta crisis y que, por lo tanto, se necesita la implementación de políticas de planificación urbana efectivas a escala de ciudad (3).

Esto significa que asegurar la existencia de instalaciones adecuadas para peatones, ciclistas y motociclistas es un cambio de paradigma en la seguridad vial. En ese sentido, las muertes y lesiones graves de tráfico dejan de verse como inevitables, dejan de ser *accidentes* y pasan a ser *siniestros viales* y se pueden evitar si se adopta un enfoque preventivo que dé prioridad a la seguridad vial como una cuestión de salud pública. Alineado con esto, Visión Cero (4) es una iniciativa multinacional que trata de evitar todas las muertes y lesiones graves por siniestros de tráfico, al tiempo que aumenta la movilidad segura, sana y sostenible para todos. Visión Cero reconoce que el ser humano comete errores, por lo que el sistema vial y las políticas relacionadas deben diseñarse para garantizar que esos errores no provoquen lesiones graves o muertes. Esta iniciativa atribuye entonces una responsabilidad a los

diseñadores del sistema y los responsables políticos de mejorar el entorno vial, las políticas y otros sistemas correlacionados para optimizar un desempeño vial seguro.

Existe una amplia literatura de estudios basados en datos sobre seguridad vial urbana que tienen en cuenta el efecto del entorno urbano (5-7). Sin embargo, la mayoría de estos estudios solo se centran en los muertos o gravemente heridos -de aquí en adelante víctimas- (8) y olvidan el modo del agresor. Además, a menudo se estudia un único modo de transporte (9,10). Recientemente, los ciclistas han recibido una atención considerable, ya que la bicicleta es una de las soluciones de movilidad más sostenibles para viajes de corta y media distancia, pero se enfrentan a riesgos considerables impuestos por los vehículos motorizados (11). En resumen, hay pocos estudios (12) que consideren ambos lados del siniestro (víctima y agresor) en todos los modos de transporte y que busquen identificar el riesgo entre modos (intermodal). Por ejemplo, el riesgo que ejercen los automóviles sobre motocicletas, los automóviles sobre peatones o el de las motocicletas sobre ciclistas.

Esta sección busca respaldar con evidencia esta nueva perspectiva, al identificar variables urbanas que expliquen la distribución espacial de los siniestros viales, al diferenciar los riesgos intermodales. Al centrarse en Bogotá como estudio de caso, se recopiló y analizaron datos de múltiples fuentes. Primero, se utilizaron los registros de siniestralidad vial recolectados por la Secretaría Distrital de Movilidad (SDM) de Bogotá del período 2015 a 2022 (13). Es importante aclarar que este estudio se enfoca únicamente en siniestros graves, incidentes con muertos o lesionados de gravedad. Cada

registro viene georreferenciado con marca temporal y contiene información relacional de actor vial, tipo de vehículos involucrados e hipótesis de la causa. A su vez, tiene detalles sobre las personas lesionadas como edad, su modo de transporte, la gravedad de las lesiones. Con este conjunto de datos, se construyó para cada localidad (año 2018) el indicador KSI (14) (por sus siglas en inglés, *Killed or Seriously Injured individuals*) como una métrica de seguridad vial para cada pareja de víctima y vehículo agresor en el incidente, esta es la matriz de víctimas por cada 100.000 habitantes. Luego, se usaron herramientas de aprendizaje automático en este conjunto de datos con el fin de identificar el riesgo de los actores viales vulnerables por cada localidad y las características urbanas más relevantes, extraídas de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos de Colombia (15), que están asociadas con la seguridad vial. Este enfoque sigue una ciencia de datos urbanos centrada en el ser humano, que busca generar valor para los ciudadanos mediante la aplicación de métodos de ciencia de datos en conjuntos de datos urbanos a gran escala.

### Indicador KSI como métrica de seguridad vial

El riesgo que ejerce cada actor vial sobre los otros se mide a través de la llamada matriz de víctimas. El gráfico 1 muestra las matrices de víctimas generadas para Bogotá y algunas de sus localidades en 2018. Cada matriz reúne la cantidad de personas

muertas o gravemente heridas después de que un actor vial a la izquierda resulte lesionado o muerto después de un choque con un actor vial en la parte inferior. Este estudio se enfoca en cuatro actores viales: peatones, ciclistas, motociclistas y conductores de vehículo particular, excluyendo camiones y vehículos del servicio público. La columna más a la izquierda de cada matriz (denominada como mismo) denota un siniestro consigo mismo. La heterogeneidad del riesgo es evidente: los automóviles y motocicletas son responsables de la mayoría de las muertes y lesiones en las vías, mientras que las columnas para peatones y ciclistas no aparecen porque prácticamente no representan ningún riesgo para los demás.

El automóvil representa el riesgo más alto para la vida en las calles de Bogotá, mientras que peatones, ciclistas y motos son en su mayoría sus víctimas. Si bien se esperaba este resultado, el número de víctimas varía significativamente según el actor vial y la localidad. Por ejemplo, los peatones en la localidad de Kennedy tienen más del doble de posibilidades de ser atropellados por una motocicleta que por un automóvil,

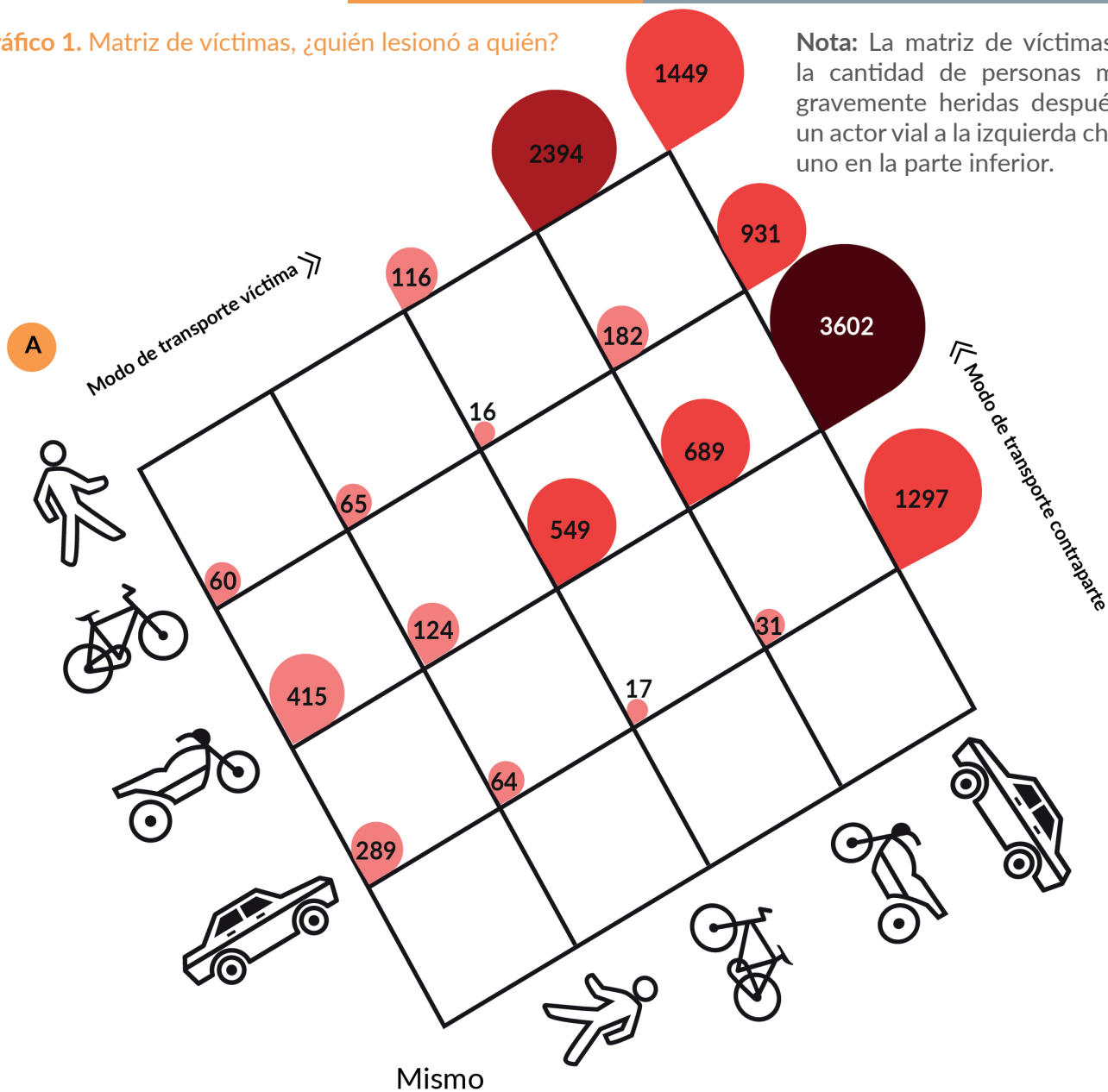
mientras que para Santa Fe y Los Mártires el riesgo es casi el mismo. Curiosamente, y tal vez por la diferencia de velocidades, en un siniestro entre motocicleta y bicicleta, es más probable que salga lesionado el motociclista (Gráfico 1).

Los peatones en la localidad de Kennedy tienen más del doble de posibilidades de ser atropellados por una motocicleta que por un automóvil, mientras que para Santa Fe y Los Mártires el riesgo es casi el mismo.



Gráfico 1. Matriz de víctimas, ¿quién lesionó a quién?

**Nota:** La matriz de víctimas muestra la cantidad de personas muertas o gravemente heridas después de que un actor vial a la izquierda chocara con uno en la parte inferior.



**B**

**Los mártires**

Modo de transporte víctima \ Modo de transporte contraparte	Mismo	Pedestre	Bicicleta	Triciclo	Camión
Pedestre	0	0	0	72	59
Bicicleta	0	0	0	5	18
Triciclo	12	5	11	21	162
Camión	6	0	0	0	52

**Santa Fé**

Modo de transporte víctima \ Modo de transporte contraparte	Mismo	Pedestre	Bicicleta	Triciclo	Camión
Pedestre	0	0	1	86	69
Bicicleta	2	1	0	6	13
Triciclo	20	1	6	16	95
Camión	9	2	0	1	40

**Kennedy**

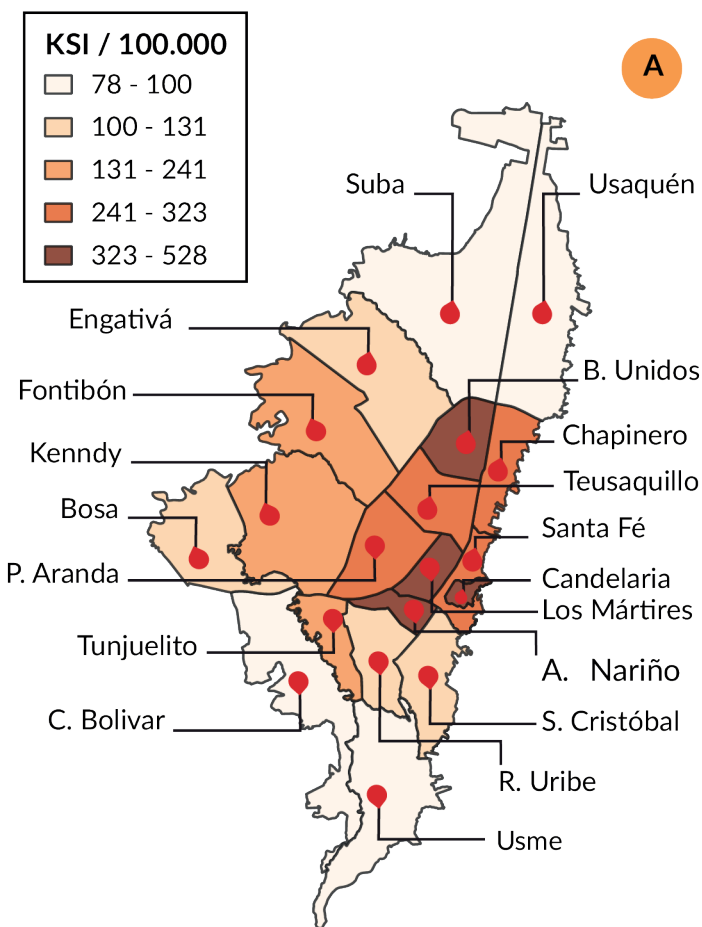
Modo de transporte víctima \ Modo de transporte contraparte	Mismo	Pedestre	Bicicleta	Triciclo	Camión
Pedestre	0	0	11	414	153
Bicicleta	11	10	10	36	170
Triciclo	38	15	76	99	407
Camión	27	11	6	3	121

**Usaquén**

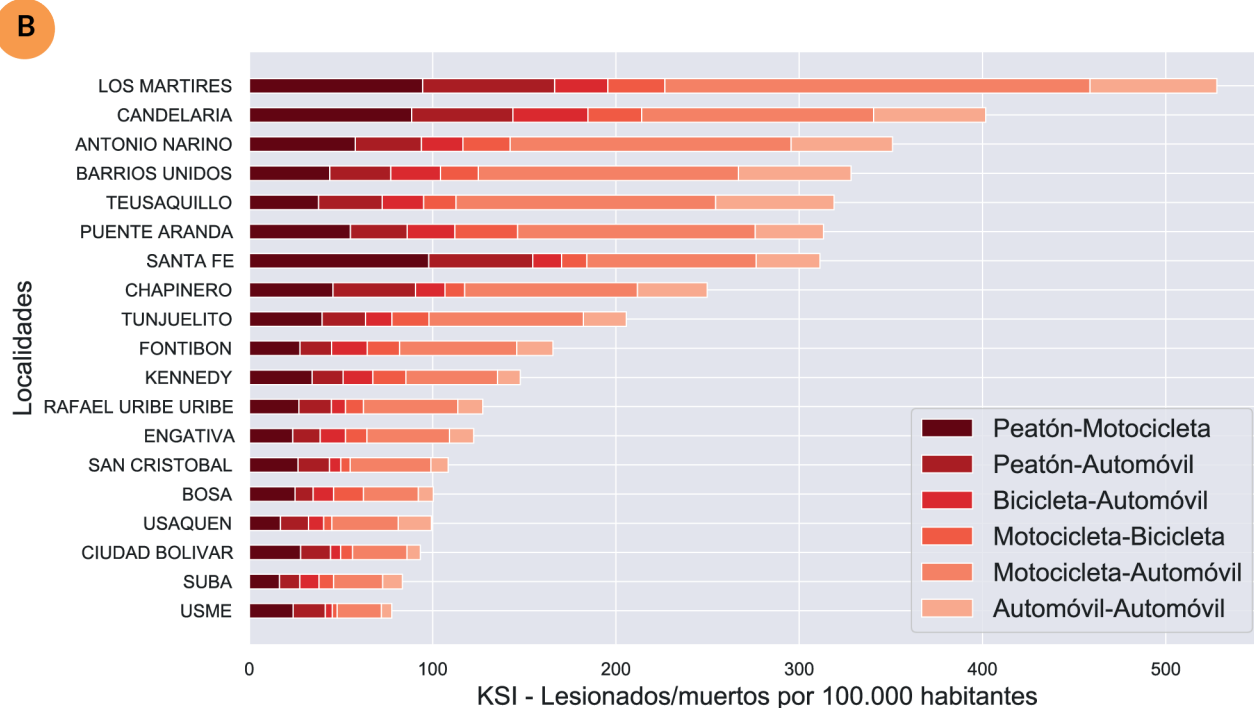
Modo de transporte víctima \ Modo de transporte contraparte	Mismo	Pedestre	Bicicleta	Triciclo	Camión
Pedestre	0	0	19	89	73
Bicicleta	4	2	0	3	52
Triciclo	51	2	26	20	213
Camión	48	0	6	2	94

Para comparar los niveles de seguridad vial de todas las localidades, se construyó la tasa KSI, que corresponde al número de víctimas por cada tipo de colisión normalizadas por el tamaño de población residente de cada localidad (ver gráfico 2A). El gráfico 2B muestra la tasa KSI por 100.000 habitantes como un gráfico de barras apiladas, donde cada barra corresponde a un tipo específico de colisión. Se incluyeron únicamente los tipos de colisiones más importantes. Se revela una alta heterogeneidad en la seguridad vial entre las localidades. Por un lado, tenemos el caso extremo de la localidad de Los Mártires con más de 520 KSI por 100.000, en la parte superior del rango de seguridad, mientras que Usme, la localidad más segura de nuestro conjunto de datos, reportó menos de 80 KSI por 100.000 en 2018. Las tasas de KSI más altas de peatones se registraron en Los Mártires (144 KSI por 100.000), Santa Fe (113 KSI por 100.000) y La Candelaria (110 KSI por 100.000). Para ciclistas, las localidades con más riesgo son La Candelaria (40,9 KSI por 100.000), Los Mártires (28,9 KSI por 100.000) y Barrios Unidos (27,7 KSI por 100.000). En cambio, las tasas más altas de KSI para motocicletas se registraron en Los Mártires (231 KSI por 100.000), Antonio Nariño (153 KSI por 100.000), Barrios Unidos (141 KSI/100.000 hab.) y Teusaquillo (141 KSI por 100.000). En conjunto, todas estas localidades con altos KSI coinciden con los centros de empleo de la ciudad y aglomeración de universidades, que tienen poca población residencial, pero que durante el día reciben una alta población flotante. Las localidades con bajas tasas de KSI, coinciden con localidades puramente residenciales.

Gráfico 2. Las tasas KSI por 100.000 habitantes.



A) Mapa de Bogotá por localidades, los colores representan la tasa KSI total para todos los modos. B) KSI por parejas de actores viales para cada localidad.



## Modelamiento de las tasas KSI intermodales

Se examinó la relación entre una serie de características urbanas y las tasas de KSI entre modos de transporte con el fin de explicar la heterogeneidad observada en la seguridad vial en las localidades de Bogotá y en particular aquella de los usuarios vulnerables. En resumen, se tuvieron en cuenta 15 características para cada localidad incluidas en:

- Proporción de área dedicada a avenidas y ciclorrutas.
- Densidad de semáforos, señales de tránsito y de paraderos del Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá (SITP)
- Producción y atracción de viajes segregada para cada modo de transporte.
- Características demográficas como la densidad de población residente y el porcentaje de informalidad en empleo.

Todas las localidades mostraron una alta variabilidad en las características urbanas y las proporciones modales. Por ejemplo, la densidad de población oscila entre 8.297 habitantes por km<sup>2</sup> en La Candelaria y 29.044 hab/km<sup>2</sup> en Bosa. La cuota de la proporción de ciclorrutas del total de calles es solo del 1,8% en Rafael Uribe Uribe, pero supera el 10% en Kennedy. Las cuotas modales también son muy diferentes en las 19 localidades. Bosa ocupa el primer lugar en porcentaje de atracción de viajes en bicicleta, 10,8%, pero a su vez es el penúltimo puesto en uso de vehículos.

Entonces, se examinó la relación entre las características anteriores y las tasas de KSI entre modos mediante una regresión lineal múltiple de los conjuntos de todas las combinaciones de tres variables. Los principales resultados de los modelos basados en tres variables independientes se resumen en el gráfico 3, que muestra la asociación entre cada característica urbana (filas) y la tasa de KSI de todos modos de transporte (columnas) que colisionan contra automóviles. Las filas representan una característica incluida en el modelo de regresión de arriba a abajo: proporción de área de avenidas, densidad de semáforos, densidad de señales de tránsito, densidad de paradas de SITP y porcentaje de producción de viajes en automóvil. Cada entrada de la matriz informa el coeficiente de regresión asociado con una característica determinada al predecir las tasas de KSI de un tipo de colisión determinado. Los valores negativos indican una reducción de las tasas

de KSI y los valores estadísticamente significativos en  $p < 0,05$  se resaltan con un recuadro sólido.

En general, todas las características urbanas del gráfico 3 fueron variables asociadas de manera estadísticamente significativa en al menos tres tipos de víctimas. Como se esperaba, la proporción de área de avenidas tiene una asociación positiva y muy significativa al momento de predecir altas tasas de KSI para víctimas peatones, motociclistas y ocupantes de automóviles. Sin embargo, no parecen ser importantes en el caso de los ciclistas, lo cual sugiere que los siniestros entre ciclistas y automóviles no ocurren en las avenidas, sino dentro de los barrios. Además, a lo largo de las autopistas, ciclistas y automóviles se mueven en espacios separados con una buena infraestructura demarcación y señalización.

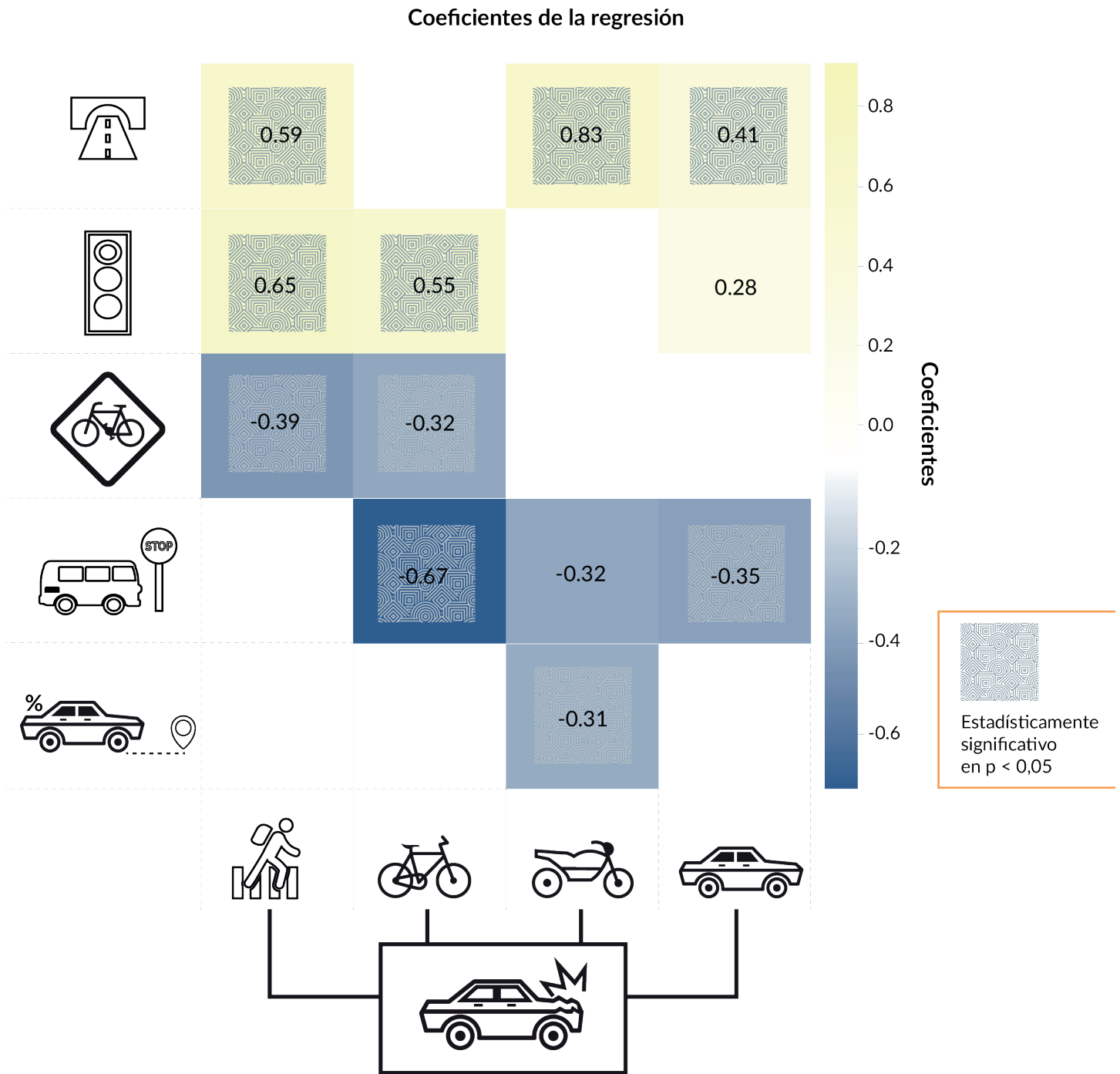
Por su parte, la densidad de semáforos aparece asociado con altas tasas KSI en todos los modos, excepto motocicletas. Los semáforos representan puntos de

alto flujo de vehicular y de peatones, por lo que representan lugares de conflicto entre los distintos actores viales. Si bien el propósito de aquellos es aumentar la seguridad vial, parece ser que no alivian del todo el riesgo. En cambio, las localidades con una mayor densidad de señales de tránsito mostraron tasas de KSI más bajas para peatones ( $\beta = -0,61$ , IC del 95 %  $[-0,77, -0,42]$ ) y ciclistas ( $\beta = -0,32$ , IC del 95 %  $[-0,69, -0,005]$ ), pero con un  $p < 0,09$ ).

La infraestructura relacionada con paradas de SITP fue un regresor estadísticamente significativo para explicar una reducción en siniestralidad vial en todos los actores viales, excepto en los peatones (motocicletas  $p < 0,09$ ). Se conjetura que esto está relacionado a una clara señalización y la baja velocidad por congestión vehicular que hay en las proximidades de estos lugares. Finalmente, la producción de viajes en automóvil correlaciona negativamente con las tasas de KSI para motociclistas ( $p = 0,08$ ). Entre menos automóviles haya en la vía, menos riesgo hay para los motociclistas. Los resultados de las combinaciones peatón-motocicleta y motocicleta-bicicleta son muy similares a peatón-automóvil y bicicleta-automóvil, respectivamente.

Los siniestros entre ciclistas y automóviles no ocurren en las avenidas, sino dentro de los barrios.

**Gráfico 3.** Coeficientes de regresión para siniestros entre KSI por 100.000 y características urbanas.

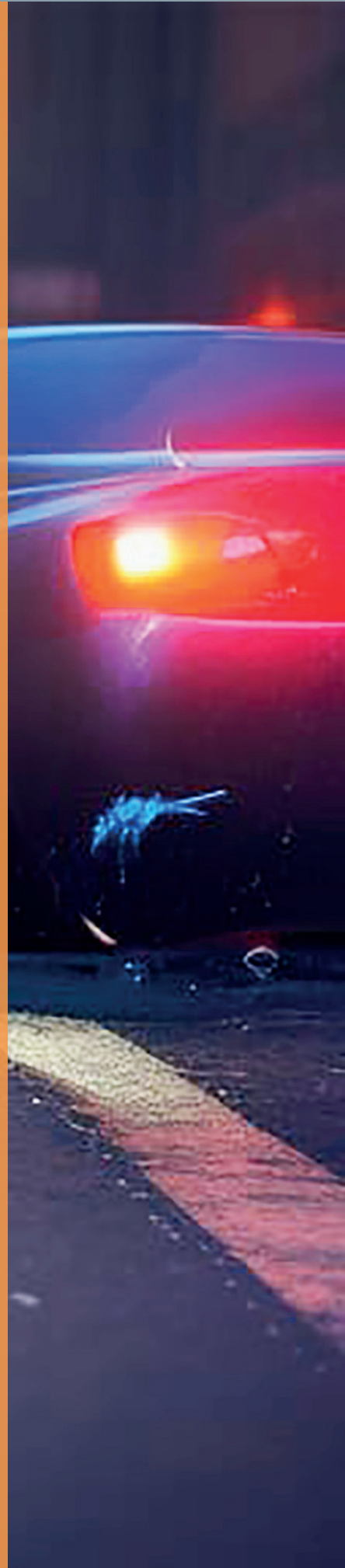


Fuente: Elaboración equipo ONS

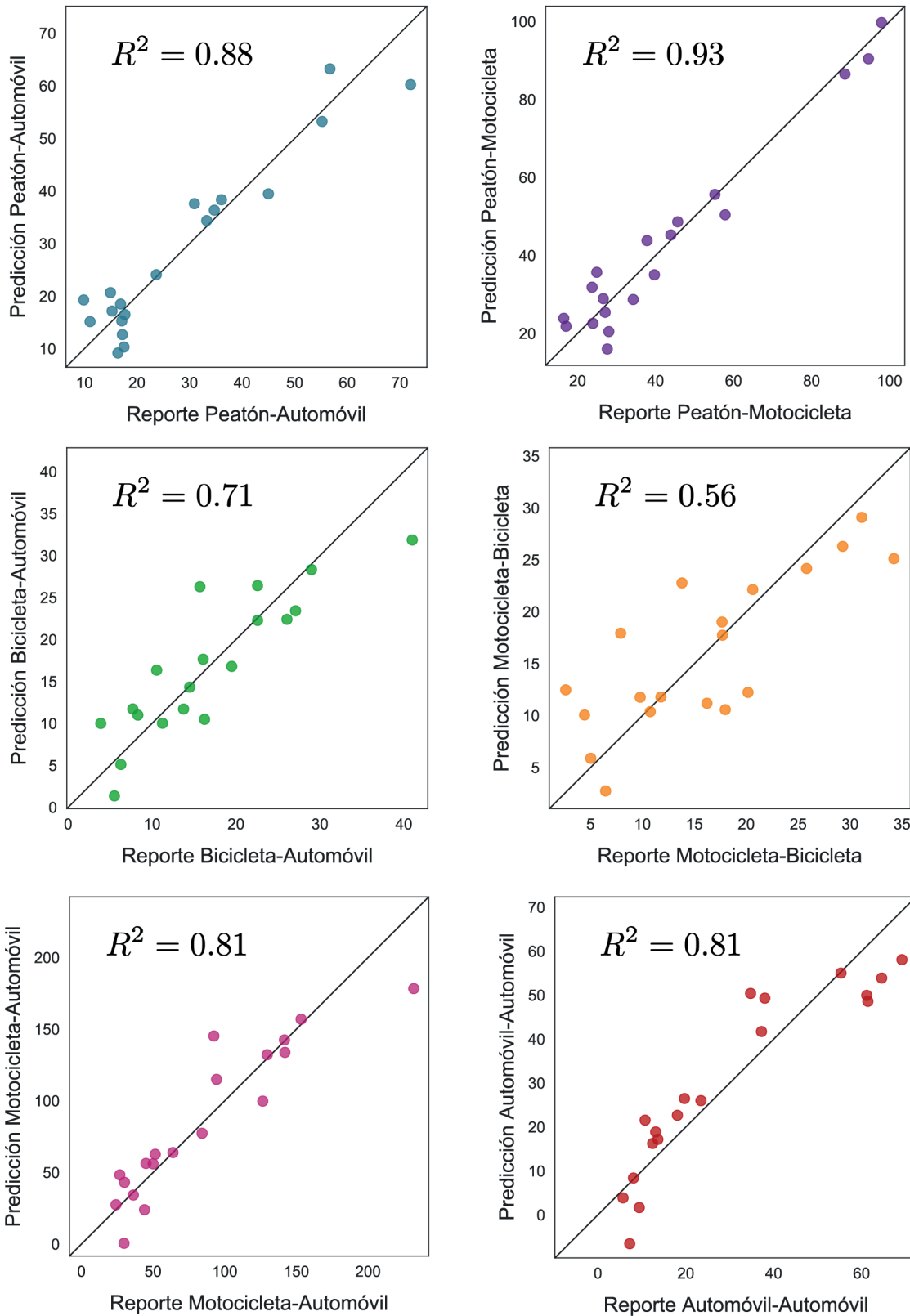
**Nota:** Las columnas representan el tipo de víctima al colisionar con un automóvil. Las celdas vacías marcan las características que se descartaron al elegir el mejor modelo según el criterio de Akaike (AIC).

Al ampliar la regresión con el fin de incluir cuatro covariables diferentes, mejora el ajuste, asimismo, los resultados fueron consistentes con los observados al usar tres covariables. Además de las características mencionadas, la densidad poblacional aparece como un predictor de la reducción de siniestros entre automóviles o entre automóviles y motocicletas. Sin embargo, esto puede estar relacionado con la pobreza, por ejemplo, en Bogotá las comunidades más pobres son más densas y hay una alta tasa de uso de la motocicleta. Por último, aparece la proporción de ciclorrutas (aunque no es una asociación estadísticamente significativa), que en un caso explica la reducción de siniestros con peatones y por el otro las altas tasas de siniestros con ciclistas. Este resultado no da claridad acerca del desempeño que tienen las ciclorrutas en términos de seguridad vial. Puede ser que su desempeño es heterogéneo, aumenta la seguridad en avenidas, pero no en barrios, o puede estar relacionado con el no uso de las ciclorrutas.

El gráfico 4 muestra los resultados de la regresión con tres variables, según las tasas de KSI pronosticadas frente a las reportadas, para colisiones en donde están involucrados los actores viales vulnerables. El modelo alcanzó un buen desempeño al explicar las tasas KSI de peatones atropellados por motocicleta o automóvil ( $R^2$  ajustado = 0,88 y 0,92 respectivamente). El desempeño del modelo fue más bajo ( $R^2$  ajustado = 0.71) para el KSI de los ciclistas atropellados por automóvil, como lo indican algunos valores atípicos en el diagrama de dispersión. Por ejemplo, el modelo predijo una tasa de KSI relativamente más alta para ciclistas (26,3 por 100.000) que las reportadas en la localidad Santa Fe (15,9 por 100.000). Resultados similares se encuentran para los demás KSI.



**Gráfico 4.** Colisiones que involucran a usuarios vulnerables de la vía.



**Nota:** Los diagramas de dispersión muestran el ajuste correspondiente del modelo con tres covariables independientes. Los resultados de la regresión expusieron un  $R^2$  que oscila entre 0,56 y 0,93.

## Las señales de tránsito mejoran la seguridad vial

Este análisis demuestra que las localidades con mayor densidad de señales de tránsito son más seguras para los peatones y ciclistas. Este resultado es un sustento empírico de las intervenciones como la demarcación y señalización de vías que la SDM, en alianza con Iniciativa para la Seguridad Vial Global de Bloomberg Philanthropies ha realizado en la últimos años (16). De manera similar, se encontró que la densidad de paradas de buses de servicio público también reduce la siniestralidad. Un efecto que se extiende más allá de los usuarios motorizados, pues en esas mismas localidades también reportan menos muertes o lesiones graves en ciclistas. Esto significa que, a mayor flujo de buses, menor es la velocidad promedio de las vías (y también el flujo), por tanto, es menos probable un siniestro grave.

Según los resultados de este análisis, las intersecciones semaforizadas son conflictivas en la interacción entre los actores viales. Aunque parece un resultado poco intuitivo, dentro de las condiciones que se evalúan para colocar un semáforo se incluye el alto flujo vehicular, de peatones, y la alta accidentalidad. Por lo que es lógico que las localidades con más semáforos tengan mayores tasas de siniestralidad.

En un estudio seminal, Jacobsen (17) muestra que una alta tasa de peatones y de uso de la bicicleta se asocia con un menor número de muertes y lesiones graves. En cuanto a los presentes resultados, encuentran un impacto relativo de las ciclorrutas en los usuarios vulnerables. Según este análisis, aunque de manera no estadísticamente significativa ni concluyente, una mayor proporción de ciclorrutas se asocia con un menor número de lesiones que involucran a los peatones, pero no existe una asociación clara con el número de víctimas ciclistas.

Si bien en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para integrar la seguridad vial en los planes de movilidad urbana, en Bogotá existe un alto riesgo para peatones, bicicletas y motocicletas. Los resultados de esta sección merecen ser verificados a un nivel microscópico y local, ya que las características urbanas están georreferenciadas. Sería interesante incluir la distancia y uso de las instalaciones (ciclorrutas, puentes

peatonales, cebras, etc.) como una variable predictora en futuros análisis.

Para interpretar los resultados, es importante señalar que este estudio tiene limitaciones. Se extrajeron las características urbanas como el área de espacio dedicado a avenidas, ciclorrutas, paradas de bus, semáforos y señales de tránsito de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos de Colombia (15). Al recopilar datos de esta manera, solo se pudo acceder a la información más actualizada en la mayoría de los casos, pero no se tuvo acceso a registros históricos de las características urbanas en estudio. Esto limita la investigación de los efectos causales entre la evolución temporal de las infraestructuras y carreteras. Aun así, estos datos de colaboración colectiva demuestran ser confiables y relativamente completos y permitieron brindar una visión general de la relación entre la tasa de colisiones y la infraestructura urbana. Otra limitación es que el

estudio utiliza métricas agregadas por localidad, una escala de área bastante grande. Para tener un entendimiento más profundo de los mecanismos subyacentes a la siniestralidad vial, es necesario hacer estudios a un nivel más desagregado, de tal manera que se pueda identificar con más precisión las dinámicas no solo entre actores viales y características urbanas, sino también, cómo interactúan estas últimas entre sí. La limitación más importante de este estudio es la ausencia de información acerca de la dinámica vehicular. Si

bien tener acceso a tiempo real como flujos vehiculares, velocidades promedio, o kilómetros recorridos es muy pretencioso, una información sencilla de recolectar y que valdría la pena evaluar como predictora es la porción de vías pacificadas con límite de velocidad bajo.

**Este análisis demuestra que las localidades con mayor densidad de señales de tránsito son más seguras para los peatones y ciclistas.**

## Recomendaciones

1. Establecer objetivos concretos para aumentar la proporción modal de peatones y ciclistas representa una estrategia eficaz hacia ciudades más sostenibles y seguras que eviten más muertes y lesiones por lesiones de tránsito con el consecuente efecto en la mortalidad general y vidas saludables perdidas. El aumento de estas proporciones modales podría ocurrir a través de una reasignación del espacio de movilidad centrada en el ser humano, como la peatonalización o la extensión de la infraestructura ciclista urbana, por ejemplo, bajo un enfoque de “supermanzana” como el caso de Barcelona (18,19). En Bogotá, el proyecto Barrios Vitales funda sus bases en esas ideas, haría falta desarrollarlo (20).
2. La investigación futura debe seguir explorando aspectos multidimensionales relacionados con la siniestralidad vial. Entender el uso de la infraestructura y el comportamiento de los usuarios viales es crucial para hacer las ciudades más sostenibles y seguras. En particular, ya que los resultados en este estudio son ambiguos, es crucial dilucidar cómo las bicirrutas impactan la seguridad vial de las bicicletas. Es necesario recolectar datos a escala muy fina que permitan identificar el grado de señalización, puntos de riesgo y el comportamiento de los ciclistas relacionado con el buen uso de la infraestructura vial.
3. La administración pública debe fortalecer los sistemas de información para estandarizar la recolección de datos, su actualización continua y hacer que estos sean más consistentes con la realidad. Vale resaltar que, a partir de datos de acceso abierto, se pudo construir un modelo predictivo y descriptivo confiable que permitió brindar una visión general de la relación entre la tasa de colisiones y la infraestructura urbana.
4. Extender este análisis a otras ciudades para hacer un estudio comparativo ayudará a los formuladores de políticas a diseñar e implementar programas a escala nacional, que busquen prevenir la siniestralidad vial a través de leyes más fuertes, su efectiva aplicación y el mejoramiento de la infraestructura.

### Referencias

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. 403 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462>
2. UN General Assembly, Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1 [Internet]. 2015 [citado 10 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>
3. Khayesi M. Vulnerable Road Users or Vulnerable Transport Planning? *Front Sustain Cities*. 30 de junio de 2020;2:25.
4. European Commission. EU road safety policy framework 2021-2030 – next steps towards “vision zero”. Technical report, European Commission. 2019.
5. Walton D, Jenkins D, Thoreau R, Kingham S, Keall M. Why is the rate of annual road fatalities increasing? A unit record analysis of New Zealand data (2010–2017). *J Safety Res*. febrero de 2020;72:67-74.
6. Cantillo V, Márquez L, Díaz CJ. An exploratory analysis of factors associated with traffic crashes severity in Cartagena, Colombia. *Accid Anal Prev*. octubre de 2020;146:105749.
7. Fountas G, Fonzone A, Gharavi N, Rye T. The joint effect of weather and lighting conditions on injury severities of single-vehicle accidents. *Anal Methods Accid Res*. septiembre de 2020;27:100124.
8. Framing systemic traffic violence: Media coverage of Dutch traffic crashes. 2020;
9. Blaizot S, Papon F, Haddak MM, Amoros E. Injury incidence rates of cyclists compared to pedestrians, car occupants and powered two-wheeler riders, using a medical registry and mobility data, Rhône County, France. *Accid Anal Prev*. septiembre de 2013;58:35-45.
10. Batouli G, Guo M, Janson B, Marshall W. Analysis of pedestrian-vehicle crash injury severity factors in Colorado 2006–2016. *Accid Anal Prev*. diciembre de 2020;148:105782.
11. Adams T, Aldred R. Cycling Injury Risk in London: Impacts of Road Characteristics and Infrastructure. Findings [Internet]. 14 de diciembre de 2020 [citado 10 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://findingspress.org/article/18226-cycling-injury-risk-in-london-impacts-of-road-characteristics-and-infrastructure>
12. Klanjčić M, Gauvin L, Tizzoni M, Szell M. Identifying urban features for vulnerable road user safety in Europe. *EPJ Data Sci*. 28 de abril de 2022;11(1):27.
13. Secretaría Distrital de Movilidad de Bogotá. Siniestros viales georreferenciados desde el año 2015 en la ciudad de Bogotá D.C. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://datos.movilidadbogota.gov.co>
14. Utriainen R, Pöllänen M, Liimatainen H. Road safety comparisons with international data on seriously injured. *Transp Policy*. agosto de 2018;66:138-45.
15. Ministerio de Tecnologías de la Información. Plataforma Nacional de Datos Abiertos de Colombia [Internet]. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/>
16. Secretaría Distrital de Movilidad. Bogotá elegida por segunda vez como beneficiaria de la Iniciativa Global para la Seguridad Vial de Bloomberg Philanthropies. Disponible en: [https://www.movilidadbogota.gov.co/web/noticia/bogota\\_elegida\\_por\\_segunda\\_vez\\_como\\_beneficiaria\\_de\\_la\\_iniciativa\\_global\\_para\\_la\\_seguridad](https://www.movilidadbogota.gov.co/web/noticia/bogota_elegida_por_segunda_vez_como_beneficiaria_de_la_iniciativa_global_para_la_seguridad)
17. Jacobsen PL. Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Inj Prev*. 1 de septiembre de 2003;9(3):205-9.
18. Rueda S. Superblocks for the Design of New Cities and Renovation of Existing Ones: Barcelona’s Case. En: Nieuwenhuijsen M, Khreis H, editores. Integrating Human Health into Urban and Transport Planning [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 11 de agosto de 2023]. p. 135-53. Disponible en: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-74983-9\\_8](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-74983-9_8)
19. Nieuwenhuijsen MJ. Urban and transport planning pathways to carbon neutral, liveable and healthy cities; A review of the current evidence. *Environ Int*. julio de 2020;140:105661.
20. Secretaría Distrital de Movilidad de Bogotá. ¿Qué es Barrios Vitales? Disponible en: [https://www.movilidadbogota.gov.co/web/barrios\\_vitales](https://www.movilidadbogota.gov.co/web/barrios_vitales)

## 6.3 Una aproximación a la prevención del feminicidio y el rol del sector salud

*La necesidad del abordaje integral en la prevención del feminicidio: La inclusión ética del enfoque de género en salud*

Andrea García-Salazar

**Palabras clave:** feminicidio; género; violencias basadas en género

**Abreviaturas:**

**INMLCF:** Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**VBG:** Violencias Basadas en Género

El feminicidio es un indicador de la violencia sistemática contra las mujeres, y permite integrar al género en el análisis de las muertes violentas y, por lo tanto, evitables. La antropóloga mexicana Marcela Lagarde trajo el término “feminicidio” al español de los textos de Diana Rusell y Jill Radford (4-6) con el objetivo de integrar el enfoque de género al análisis de los asesinatos de mujeres y niñas entre 1993 y 2006 en Ciudad Juárez en México. Este se entiende como la culminación de las violencias basadas en género (VBG) que se ejercen de manera sistemática contra niñas y mujeres (7). Esta lectura de la violencia homicida con enfoque de género permite señalar que el feminicidio es consecuencia de una estructura social, política y económica, que relata una historia de inequidades, ejercicio de poderes, división sexual del trabajo y revictimización (8).



En diversos países de Latino América, se ha incluido el tipo penal feminicidio que congrega al sector salud, así como a las autoridades judiciales y forenses en el marco de acciones conjuntas para determinar el riesgo, la prevención, la investigación y la judicialización del acto. A pesar de los esfuerzos normativos, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2021, el feminicidio fue la segunda causa de muerte violenta en mujeres (9). Este panorama es un llamado al Estado para que realice acciones efectivas de prevención, de manera particular al sector salud, puesto que este se encuentra entre los primeros respondientes a eventos de salud que afectan a mujeres y niñas, niños y adolescentes, los cuales pueden ser un escenario que antecede al feminicidio. El objetivo de la presente sección es establecer los aportes que desde el sector salud y la salud pública se pueden generar para la prevención del feminicidio como causa de muerte evitable.

Para poder realizar recomendaciones a la prevención del feminicidio, se parte de una revisión documental que incluye la lectura de la normatividad, en concreto la Ley 1257 de 2008 que define el deber del Estado de garantizar una vida libre de violencias para las mujeres y permite la intervención del fenómeno, al pasar del concepto de la violencia intrafamiliar a las VBG, de tal manera que el tema trasciende de la esfera íntima a la pública. En adición, se revisa la Ley 1761 de 2015 o Ley Rosa Elvira Cely, que al modificar la Ley 599 de 2000, reconoce el feminicidio como delito autónomo. Con esta norma, se plantea que existe una forma de violencia homicida que afecta de manera particular a las mujeres al incluir el enfoque de género. Junto con este análisis, se incluyen las cifras de feminicidio del INMLCF que dan cuenta de la magnitud de la problemática, a la par que se indaga en diversos estudios el papel del sector salud y la salud pública en el asunto.

### El feminicidio: un problema de salud pública

Las causas raíz de los feminicidios son los roles estereotipados de género, la discriminación contra mujeres y niñas, las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres que caracterizan los contextos específicos en que son cometidos. Estos factores pueden desencadenar violencia que surge del victimario o victimaria cuando el comportamiento de una mujer se percibe fuera de la norma o de los roles estereotipados de género, así, la VBG es una de las formas políticas, sociales y económicas que ayuda a mantener la subordinación de mujeres respecto a los hombres. El feminicidio es un problema social que ha sido invisibilizado, ejemplo de lo anterior es que se sigue considerando un asunto

entre víctima y victimario al punto que las actuaciones estatales parecen quedar circunscritas a este ámbito, sin acciones efectivas que afecten el continuo de VBG para impactar efectivamente los feminicidios, tanto así que según cifras de la Fiscalía General de la Nación, entre 2015 – 2022, se dieron 3517 denuncias por feminicidio, cifras encabezadas por el Valle del Cauca, seguido por Bogotá y Medellín. Acorde a Forensis 2021 (9), el factor determinante para el feminicidio es la violencia en las relaciones de pareja y familiares, lo cual implica que en estas se mantiene un esquema de violencia que es usado como manera de control sobre la mujer.

Los feminicidios son un asunto de muertes evitables (10), que hacen parte de un espectro de violencias, donde la respuesta no es únicamente individual sino institucional y el aporte desde la salud pública debe considerar una aproximación de la detección temprana desde el personal sanitario, así como la recopilación de información de las atenciones que tenga por horizonte caracterizar la VBG que antecede al feminicidio. Esta información debe ser integrada a un sistema de alertas tempranas gestionado y operado por las entidades estatales que hacen parte de la prevención del feminicidio. Para esto, las bases de datos deben tener en cuenta la desagregación de datos por sexo y género de todos los eventos de salud, así como considerar la categorización de los eventos de salud a partir del enfoque género. Es necesario reconocer la complejidad y la necesidad de ir más allá de la atención del feminicidio de manera policiva y judicial, pues se requiere ampliarlo e integrarlo en diferentes ámbitos como la bioética, la salud pública (11) y los derechos humanos.

### La importancia de atenciones en salud con enfoque de género

La consulta médico-sanitaria emerge como un espacio crucial para detectar y abordar la violencia de género, un fenómeno tan extendido y, al mismo tiempo, tan invisibilizado. La violencia, con un fuerte anclaje en la familia, se enmascara bajo mandatos culturales y de género. Las mujeres se ven atrapadas en situaciones abusivas por vínculos emocionales, económicos y sociales, lo que dificulta su denuncia y búsqueda de ayuda. El personal sanitario constituye un actor clave para detectar signos de violencia (12), aunque no siempre resulte sencillo, se puede realizar si existe una capacitación efectiva sobre los síntomas o eventos de salud vinculados a VBG.

La creación de protocolos específicos en el contexto de los servicios de salud es esencial para abordar esta problemática de manera efectiva. Los profesionales de la salud, al estar en una posición única para interactuar con

las víctimas potenciales, deben ser capaces de reconocer señales de riesgo tempranas, por tal motivo, deben ser sensibles a la identificación de signos de abuso físico, psicológico o sexual. La VBG a menudo requiere una respuesta coordinada entre personal de salud, trabajo social y fuerzas de seguridad que asegure la integralidad de la atención. Los protocolos de atención deben ser claros, así como las vías de comunicación entre los diferentes actores que intervienen. Estos esquemas implican la inclusión de pasos para establecer conexiones efectivas con entidades estatales que ofrecen apoyo a víctimas de violencia de género, por ejemplo, refugios, líneas telefónicas de ayuda y servicios legales.

Este esquema de atenciones con enfoque de género y encaminado a la detección, recopilación de información y prevención, es esencial para abordar el feminicidio de manera efectiva. La identificación temprana, coordinación interdisciplinaria, prevención de la revictimización y formación y sensibilización son aspectos clave a considerar en el desarrollo de estos protocolos. Al incorporar la perspectiva de género y establecer conexiones con servicios de apoyo externos, el sistema de atención médica puede desempeñar un papel crucial en la lucha contra el feminicidio.

Estos protocolos requieren la gestión de manera efectiva de información precisa con datos desagregados que permita dilucidar las causas, los contextos de la violencia, entre otros elementos que retroalimenten de forma constante a los servicios de salud. Es así como, la mirada desde la salud pública posibilita el análisis para la formulación de políticas con el fin de identificar los factores que impulsan o facilitan los asesinatos por motivos de género, los factores que contribuyen a su comisión y aquellos que podrían ayudar a prevenirlos. Es prioritario que la información recabada permita de manera efectiva mejorar la salud de la población. No se trata únicamente de saber el estado de las cosas, sino realizar acciones efectivas para su mejora. Uno de los componentes principales en la realización de acciones efectivas de prevención de eventos de salud es la recopilación de datos robustos que permitan tomar decisiones basadas en la evidencia. Finalmente, el objetivo de un sistema de información no es solo mapear las situaciones en salud sino también reportarlas y prevenirlas.

### La importancia de los datos, la necesidad de un sistema articulador

El feminicidio se gesta en una sociedad donde la ausencia del Estado se manifiesta en la falta de estrategias que

de manera efectiva les garanticen a las mujeres una vida sin violencias. En aras de la prevención, se debe realizar una caracterización de las VBG que permita identificar barreras de acceso y calidad de los servicios de atención a las mujeres víctima, que a su vez alimente un mecanismo de valoración del riesgo de feminicidio. En la misma línea, los sistemas de información deben asegurar tanto la cuantificación del feminicidio como la caracterización del fenómeno con enfoque de género para que se convierta en insumo en la construcción de estrategias efectivas en su prevención. La inclusión del feminicidio es un asunto que atañe lo político, reconoce la vulneración sistemática a la vida de las mujeres y plantea entonces en su reconocimiento particular una respuesta que obedezca a ese mismo orden, puesto que allí se presenta una inequidad estructural del sistema sexo-género.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en sus pautas del marco estadístico para la medición de los homicidios de mujeres y niñas por razones de género (13) reconoce que uno de los problemas en la recolección de los datos para feminicidio está en determinar qué constituye la motivación del homicidio basada en género, porque queda claro que no toda mujer asesinada lo es en el contexto de un feminicidio ni todos los victimarios son hombres. Es así como se requiere una definición objetiva de las características que puedan ser operacionalizadas y registradas en cada homicidio. La ONU propone un conjunto de variables que pueden ser usadas para identificar y cuantificar los diversos tipos de feminicidio y recalca que los datos recolectados no establecen las causas, sino deben ser leídos como factores de riesgo interrelacionados. Esto justifica la puesta en marcha de un sistema de información articulador e intersectorial que debe tener información relacionada con la víctima, su relación con el agresor o agresora, información del victimario o victimaria y del contexto donde se produjo el acto violento.

La caracterización de la población implica la inclusión de variables que capten la complejidad de la problemática, y permitan interrelacionar las características de los individuos, es el caso de la inclusión de la casilla de género, diferente a la de sexo asignado al nacimiento o sexo biológico, edad, ocupación, nivel educativo, entre otros. Dicho sistema de información debe estar alimentado por la información recogida por las diferentes entidades con el objetivo de prevenir el feminicidio a través de un sistema de alertas, lo cual será posible si se fortalece la respuesta estatal, dicha información a su vez debe constituir evidencia para los análisis que a futuro den lugar a mejores propuestas de política pública relacionada con el fenómeno.

A la fecha, en el país, se han construido diversos instrumentos de política pública abocados a atender el feminicidio. Por una parte, se han creado y fortalecido los canales de atención a mujeres víctima de VBG a nivel nacional y territorial, esto con el objetivo de restituir sus derechos y prevenir la ocurrencia de las violencias. Por otro lado, en 2022, la Fiscalía General de la Nación junto con ONU Mujeres generó el documento de guía práctica para la investigación del feminicidio (14) que constituye un protocolo para la investigación del feminicidio como delito. Si bien aún falta mucho por avanzar, en 2023 un tribunal bogotano falló a favor de la familia de Rosa Elvira Cely, condenando al Estado a reconocer su responsabilidad en su feminicidio. Esto, como antecedente judicial, reconoce la falta de medidas efectivas de prevención, así como el escenario de revictimización del cual fue sujeta la víctima posterior a su muerte. En 2018, un juzgado de Huila condenó al asesino de Anyela Ramos Claros, una mujer trans, por feminicidio agravado, el cual fue considerado un fallo histórico. Este escenario legal se puede considerar jurisprudencia que guíe las acciones venideras de las entidades responsables de prevenir, atender y reparar las VBG.

### La posibilidad de prevenir el feminicidio: el compromiso ético del sector salud

El feminicidio es una manifestación extrema de la violencia de género arraigada en estructuras sociales patriarcales que, como lo define la antropóloga Marcela Lagarde, no es un acto aislado, sino la culminación de violencias sistemáticas basadas en el género. A pesar de los avances normativos, el feminicidio sigue siendo una

realidad preocupante, esto subraya la urgente necesidad de medidas preventivas y de atención, especialmente en el marco de las acciones de atención en salud y la salud pública.

Si bien varios países latinoamericanos, incluyendo Colombia, han integrado el feminicidio como un tipo penal y han congregado a diversos sectores, entre los que se cuenta salud, aún falta integración entre las diferentes entidades estatales, así como estrategias de prevención efectivas basadas en evidencia que permitan disminuir el hecho no solamente judicializar a quienes lo cometen. Por tal motivo, es necesario que exista en la atención médico-sanitaria el enfoque de género puesto que el personal salud, al estar en una posición única, puede desempeñar un papel fundamental en la detección temprana y prevención del feminicidio. La creación de protocolos específicos, formación del personal y colaboración interdisciplinaria son aspectos esenciales para una respuesta integral que propenda por su prevención. Además, la recopilación de datos desagregados por sexo y género, además de la creación de un sistema de información articulado, son fundamentales en la comprensión de las causas y contextos del feminicidio, y al momento de diseñar estrategias preventivas basadas en evidencia.

En última instancia, el feminicidio no es un problema únicamente de judicialización sino un asunto del sector salud con el objetivo de una efectiva intervención integral. Su prevención implica no solo abordar los casos individuales, pues debe asimismo acoger la construcción de políticas efectivas, basadas en datos precisos y enfoques multidisciplinarios.



## Referencias

1. Londoño PAV, González MEN. Violencia en contra de las mujeres como discriminación en contextos de violencia criminal: el caso del feminicidio en Medellín y el Estado de México. *Rev Crim.* 2020;62(1):59-85.
2. Cruz Gutiérrez DF. Mujeres, atrocidad y castigo: un estudio de caso sobre las razones del movimiento de mujeres para penalizar el feminicidio en Colombia. *Nuevo Foro Penal.* 2019;15(93):167-224.
3. Lagarde M. Del femicidio al feminicidio. Desde el Jardín Freud - *Rev Psicoanálisis.* 2006;0(6):216-25.
4. Almada S. Chicas Muertas. 2014;XXIV:80. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1fphybKTpK6HCuNDBtCXmq1z3CZITHJHw/view?usp=drivesdk>
5. Incháustegui Romero T. Sociología y política del feminicidio; algunas claves interpretativas a partir de caso mexicano. *Soc e Estado.* 2014;29(2):373-400.
6. Acero Álvarez A del P. Aproximaciones a los conceptos de femicidio , feminicidio y homicidio en mujeres. 2009.
7. Comisión Especial para conocer y dar seguimiento a las investigaciones relacionadas con los feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada. *Por la vida y la libertad de las mujeres.* 2014.
8. Menéndez Álvarez-Dardet S, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2013;22(1):41-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>
9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2021: Datos para la vida.* 2022.
10. Copello PL. *Apuntes Sobre El Femicidio\**. 2012;3:119-43. Available from: [www.cecym.org.ar/pdfs/Femicidioparainternet.pdf](http://www.cecym.org.ar/pdfs/Femicidioparainternet.pdf)
11. Fernández AM. FEMICIDIOS: La ferocidad del patriarcado. *Nomadías.* 2012;0(16):47-73.
12. Amell RC, Viñas NQ, Ramos AR. Health consultation: A privilege space for detection and an approach to gender violence? *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2010;17(8):550-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(10\)70213-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(10)70213-9)
13. UNODC. *Statistical framework for measuring the gender-related killing of women and girls (also referred to as "femicide/feminicide").* 2022.
14. Fiscalía General de la Nación. *Guia practica para la investigacion del feminicidio: Tomo 1.* 2022.

## 6.4 Desigualdad, aislamiento y falta de acceso a servicios de salud: factores de riesgo para el suicidio en Amazonas

*Análisis de las condiciones de acceso a servicios de salud mental en Amazonas y su relación con el suicidio*


*Jean Carlo Pineda-Lozano, Diana Patricia Díaz-Jiménez, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Carlos Castañeda-Orjuela*

**Palabras clave:** suicidio, salud mental, accesibilidad a los servicios de salud, región amazónica, mortalidad, pueblos indígenas

### Abreviaturas:

**ANM:** Áreas No Municipalizadas  
**ASIS:** Análisis de Situación de Salud  
**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios  
**IC:** Intervalo de Confianza  
**ICBF:** Instituto Colombino de Bienestar Familiar  
**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**ONS:** Observatorio Nacional de Salud  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas  
**RR:** Razón de Riesgos  
**REPS:** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud  
**ReTHUS:** Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud  
**SISPI:** Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural  
**SPA:** Sustancias Psicoactivas






La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar que permite a las personas enfrentar el estrés, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar para contribuir a la comunidad (1). Las personas con trastornos mentales suelen tener una mayor discapacidad y mortalidad prematura, evitable, pues algunas de estas patologías se asocian con la ideación suicida (2,3). Se ha estimado que el riesgo de cometer suicidio con un antecedente de trastornos mentales es de 7,5 (CI 95% 6,6–8,6) veces mayor que sin trastornos mentales (4). En 2019, ocurrieron 703.000 suicidios en el mundo con una tasa ajustada de 9 por cada 100.000 habitantes (5), mientras que en Colombia, para el mismo año, se reportó una tasa de 5,4 (6).

Tras la pandemia de COVID-19, ha empeorado la salud mental de la población (7–10) y acorde con los resultados del Informe 14 del Observatorio Nacional de Salud (ONS) aunque el diagnóstico de algunas enfermedades mentales en departamentos como Amazonas no es muy frecuente en comparación con otros departamentos, la tasa de mortalidad por suicidio es llamativamente alta (6). Los hallazgos de este informe sugieren que existe un problema en la interacción entre los procesos individuales y comunitarios de la salud mental, así como en la oportunidad y acceso a los servicios de salud. Es importante profundizar en la situación para generar recomendaciones que promuevan cambios positivos en la salud mental de la población que redunden en la reducción de las tasas de suicidios. Por esta razón, el objetivo de este análisis es explorar las condiciones de acceso a los servicios de salud mental en el departamento de Amazonas y su relación con la mortalidad evitable por suicidio.

Este análisis tiene un enfoque cualitativo, es un estudio de caso exploratorio y se centra en el fenómeno actual que ocurre en el departamento de Amazonas donde hay una alta tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes, especialmente indígenas, y un bajo nivel de reporte de trastornos mentales.



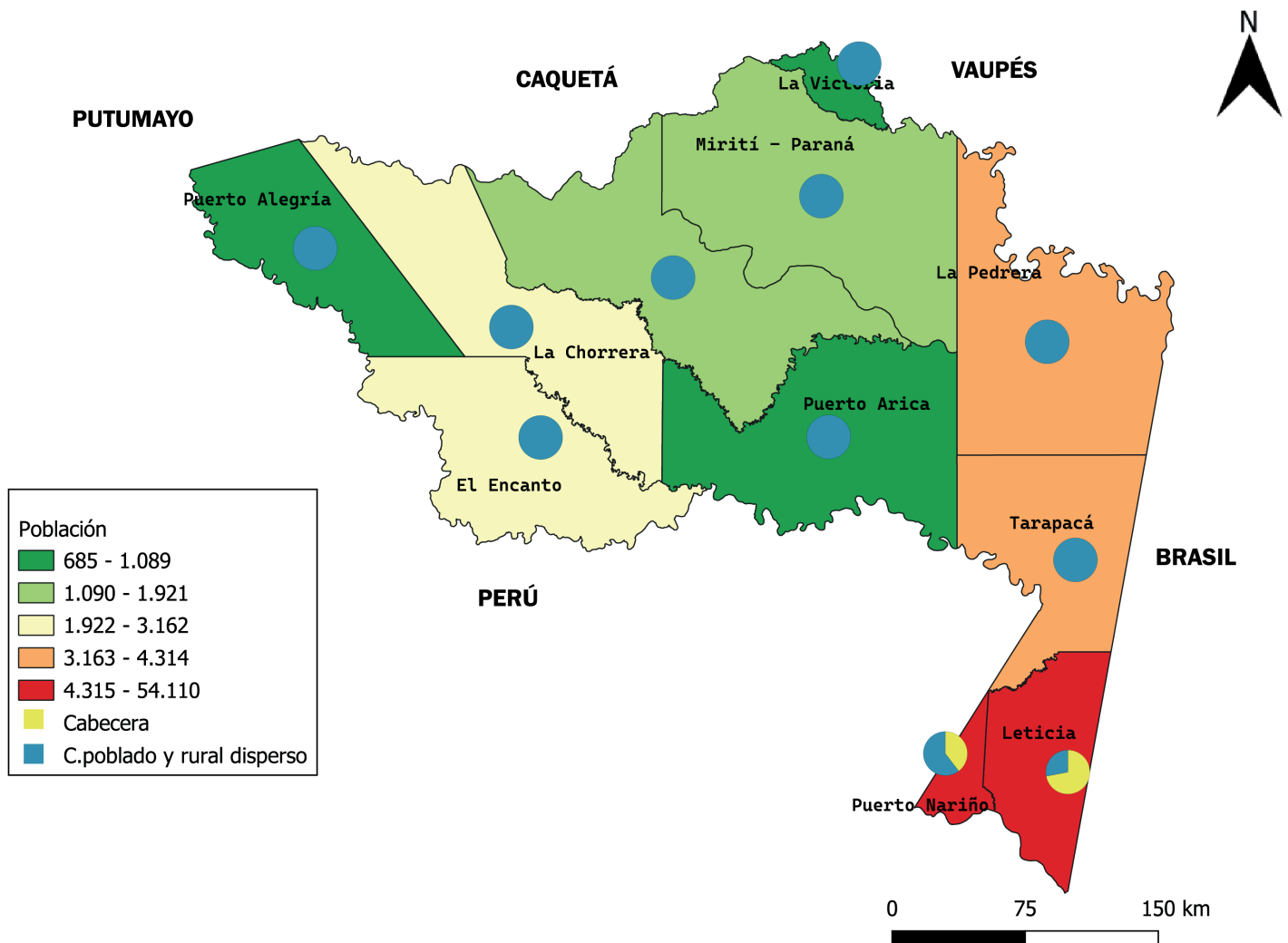
Se ha estimado que el riesgo de cometer suicidio con un antecedente de trastornos mentales es de 7,5 (CI 95% 6,6–8,6) veces mayor que sin trastornos mentales

La hipótesis, basada en evidencia, es que podría evitarse parte de la mortalidad por suicidio con el diagnóstico y tratamiento oportuno de trastornos mentales y la prevención de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (3,11,12). Las fuentes primarias de información son entrevistas semiestructuradas a talento humano en salud mental, funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental, funcionarios administrativos de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) con habilitación en servicios de salud mental, un directivo en una Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con presencia en el territorio, un líder indígena con apropiación del tema de salud intercultural y el representante de la asociación de usuarios de una IPS ubicada en Leticia. Además, se realiza una descripción cuantitativa de la infraestructura sanitaria del departamento para obtener un contexto aproximado de las características de los servicios de salud a partir de fuentes de información oficial secundaria.

### El departamento de Amazonas y su infraestructura en salud mental

Amazonas es la entidad territorial más extensa de Colombia, tiene una baja densidad poblacional debido a su gran extensión rural, ya que hace parte de la selva amazónica, el bosque tropical más grande y biodiverso del mundo. Lo conforman dos municipios y nueve áreas no municipalizadas (ANM). Limita con los departamentos de Caquetá, Vaupés, Putumayo y es fronterizo con Brasil y Perú (Gráfico 1). Según las proyecciones de población post COVID-19 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2023, su población es de 85.056 personas, el 49,1% habita en centros poblados y rurales dispersos y en gran proporción indígena (aproximadamente 57,3% de acuerdo con el censo de 2018) (13).

**Gráfico 1.** Municipios y áreas no municipalizadas del departamento de Amazonas con distribución poblacional.



Fuente: análisis equipo ONS a partir de los datos del DANE

Con corte a marzo de 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reporta que nueve EAPB tienen afiliados en el departamento, sin embargo, el 97,2% de ellos están en solo tres de aquellas, de las cuales una, con el 40% de los afiliados del departamento, es una EAPB indígena. El 76,6% de los afiliados pertenecen al régimen subsidiado, 20,7% al contributivo y 2,7% al especial y de excepción. Según la misma fuente, en el departamento hay una cobertura de aseguramiento del 91,7%, sin embargo, en las ANM de El Encanto, La Chorrera, La Pedrera, La Victoria, Miriti-Paraná, Puerto Alegría, Puerto Arica, Puerto Santander y Tarapacá la cobertura no es mayor al 6% (14), el porcentaje de cobertura departamental es tan alto porque Leticia reporta una cobertura del 100% y allí se alberga la mayor población del departamento.

En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se reportan 16 IPS habilitadas en el departamento y 55 profesionales independientes. La capacidad instalada y la distribución de profesionales en salud mental por 100.000 habitantes, según el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), se presentan en la tabla 1. De acuerdo con lo registrado, en Amazonas no hay profesionales de psiquiatría ni de neurología, sin embargo, en el REPS se reportan servicios de psiquiatría en dos IPS y de neurología en tres IPS, todos ellos en consulta externa.

**Tabla 1.** Razón de camas, sillas y talento humano en Salud Mental x 100.000 habitantes en Amazonas-2023.

Indicador	Leticia	Puerto Nariño	ANM	Total Departamento	Total Nacional
Camas/camillas salud mental	0,0	0,0	0,0	0,0	18,6
Camas/camillas farmacodependencia	92,4	0,0	0,0	58,8	18,6
Sillas farmacodependencia	55,4	0,0	0,0	35,3	3,5
Especialistas en Psiquiatría	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2
Especialistas en Neurología	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Profesionales en Enfermería	94,3	27,8	14,9	67,0	112,5
Profesionales en Medicina	133,1	9,3	267,7	149,3	332,2
Profesionales en Psicología	153,4	0,0	24,8	103,5	178,3
Profesionales en Terapia Ocupacional	3,7	0,0	0,0	2,4	8,4

Fuente: análisis equipo ONS a partir de la información de REPS y ReTHUS

### Habitar en la Amazonía colombiana: elementos contextuales que contribuyen a la inequidad social y aumentan la vulnerabilidad

#### La movilidad, una primera barrera

El territorio que abarca el departamento, su contexto geográfico, social, cultural y las particularidades de la región son elementos que permiten entender cómo la salud mental de las personas se influencia por aspectos de su entorno, pues las condiciones de vida son particularmente difíciles y aún más cuando se hace referencia a los corregimientos o las ANM, lo que explica varias de las condiciones que se desarrollan en este análisis.

Dadas las condiciones geográficas, topográficas y ecosistémicas, el departamento carece de una infraestructura vial que conecte sus municipios por tierra. Es altamente improbable que esto cambie debido a las condiciones ambientales del territorio y a la extensa área conformada por resguardos indígenas. En consecuencia, las alternativas de movilidad disponibles para la población a la hora de desplazarse hacia Leticia u otras ciudades cercanas se limitan al transporte

fluvial y aéreo. Esto conlleva un costo elevado que resulta inalcanzable para la mayoría de los habitantes y que genera una carga significativa sobre el sistema de salud, además, implica un tiempo de desplazamiento considerable, lo que se convierte en una barrera inicial para acceder a bienes esenciales, educación, empleo y, por supuesto, servicios de salud.

La tabla 2 muestra los tiempos de desplazamiento y medios de transporte disponibles desde Leticia hacia sus municipios cercanos y en los países vecinos, según los datos del análisis de situación de salud (ASIS) departamental (15). Estos pueden llegar a ser de hasta 48 horas de viaje por vía fluvial desde Manaus, Brasil, excluyendo las ANM, que, según lo mencionado por los entrevistados, en algunos casos, el desplazamiento puede extenderse hasta dos días por río cuando las condiciones climáticas lo permiten.

**El desplazamiento puede extenderse hasta dos días por río cuando las condiciones climáticas lo permiten.**

**Tabla 2.** Distancia, tiempo de desplazamiento y medios de transporte entre Leticia y municipios o ciudades vecinas.

Municipio	Tiempo y medio de transporte	Distancia en Kilómetros
Tarapacá	30 minutos en avión	147
Brasil - Tabatinga	30 minutos en carro	2,78
Brasil - Manaos	48 horas en lancha	2.405
Iquitos – Santa Rosa	36 horas en lancha	802
Perú – Santa Rosa	15 minutos en lancha	1,53
Puerto Nariño	2 horas en lancha	87

Fuente: adaptado de (15).

**Falta de oportunidades que promueven la ilegalidad y las violencias**

Otro elemento contextual es el alto desempleo y la pobre oferta ocupacional para jóvenes y adultos, aunados a la presencia de rutas de narcotráfico a través del departamento y la triple frontera, conllevan a que gran parte de esta población se dedique al cultivo y al raspado de coca, lo cual fomenta el consumo de SPA. Adicionalmente, debido a la fácil adquisición y bajo costo de bebidas alcohólicas provenientes de Brasil, existe un alto nivel de consumo problemático, que comienza en edades tempranas.

*“Todas las vías de narcotráfico pasan cerca o pasan por ahí, entonces el narcotráfico deja situaciones muy graves, como por ejemplo que a los jóvenes indígenas que se llevan de “raspachines” les paguen con bazuco y el bazuco ellos se lo lleven, se consuman una parte y vendan la otra parte (...) las comunidades no tienen herramientas para enfrentar eso y desde la perspectiva occidental tampoco se les está ofreciendo mayor cosa”* [Profesional de salud 1].

Simultáneamente, el turismo promovido en el departamento, especialmente en Leticia, a pesar de generar oportunidades de empleo y dinamizar la economía, acarrea consecuencias que impactan directamente a la población residente. Algunas de estas consecuencias son producto de la falta de control y supervisión por parte de las autoridades locales, tales

como el fomento del turismo sexual, la proliferación de la prostitución, la explotación y el abuso infantil (16).

Estos problemas afectan de manera desproporcionada a mujeres y niñas, y generan implicaciones directas en aspectos como la salud, la libertad sexual, los derechos humanos, los derechos de las mujeres, la discriminación y la violencia, entre otros (17). Las violencias, especialmente aquellas basadas en género se intensifican dentro de las comunidades indígenas. Lamentablemente, estos actos violentos suelen quedar impunes, ya que las mujeres y niñas indígenas enfrentan más obstáculos de naturaleza social, cultural, económica, geográfica e institucional al buscar ayuda en comparación con otras mujeres (18).

De igual forma, el costo de vida en Leticia es alto, en parte debido a la influencia de la actividad turística, pero también agravado por el aislamiento geográfico

en el que se encuentra el departamento aumentando el valor de cualquier bien que provenga de afuera del departamento.

*“Acá pagamos la luz más costosa de Colombia (...) la carne aquí es carísima, acá estamos hablando de \$80.000 más o menos un kilo de carne (...) el huevo \$22.000 una cubeta (...). Todo llega por flete, todo paga avión”* [Administrativo IPS].

**El alto desempleo limita las fuentes de ingresos en los hogares y el acceso a servicios, mientras que los grupos armados aprovechan la vulnerabilidad de los jóvenes que además carecen de acceso a educación, para reclutarlos.**

Estos factores socioeconómicos determinan la presencia de una segregación socioespacial, en la cual las desigualdades se agudizan y perduran, exponiendo las marcadas inequidades que caracterizan a esta región del país. El alto desempleo limita las fuentes de ingresos en los hogares y el acceso a servicios, mientras que los grupos armados aprovechan la vulnerabilidad de los jóvenes que además carecen de acceso a educación, para reclutarlos. La infraestructura tecnológica y de comunicaciones en el departamento es sumamente deficiente. Incluso en Leticia, la capital, la intermitencia de los servicios aísla a la población y en las ANM, la situación de las comunicaciones es aún más crítica, casi nula.

En lo que respecta a la información en salud, en un contexto de mínima presencia estatal, reducido alcance en las comunidades y la dificultad de abarcar una extensión territorial tan vasta y de complicado acceso geográfico, es ampliamente reconocido el alto nivel de subregistro. En muchas ocasiones, la demanda inducida o la identificación de población en riesgo se origina por el voz a voz, más que por la capacidad de las instituciones para identificarlos.

### Uso de servicios de salud mental a nivel de los individuos

#### En población indígena

Dentro de la diversidad étnica del departamento existen elementos comunes, como la percepción de los procesos de salud y enfermedad, así como la comprensión de la muerte, que explican en gran medida la intención de uso del sistema de salud. En gran parte de la población indígena, la enfermedad mental no se comprende como tal, sino que se interpreta como una desarmonización espiritual, resultado del incumplimiento de normas establecidas al interior de los pueblos. Esta perspectiva impacta en la búsqueda de atención médica y replica la percepción de que solo quienes incumplen las normas del pueblo necesitan atención en salud mental porque están distanciados de esa cosmovisión. Con relación

a la muerte, la percepción difiere de la sociedad occidental, pues, en sus términos, si se ha llevado una vida en conformidad con las reglas del pueblo, la muerte es considerada una transcendencia espiritual.

Entre las condiciones que incrementan el riesgo de conducta suicida en población indígena está el desarraigo y la pérdida de identidad cultural, puesto que los jóvenes están entre de la occidentalización y las creencias y costumbres de sus familiares, situación que puede generar expectativas inalcanzables (19,20). Esto se suma a la construcción social del género, los patrones conductuales asociados a la masculinidad y el rechazo hacia la diversidad de orientación e identidad sexual, esto tiene repercusiones psicosociales tanto para las personas afectadas como sus familias. De igual manera, elementos como el consumo de SPA y alcohol en patrones patológicos dentro de los pueblos indígenas aumenta su vulnerabilidad y dejan al descubierto la falta de herramientas que tienen las comunidades indígenas, las familias y los individuos para afrontar estos detonantes, que causan lesiones severas al tejido social.

#### En el general de la población

En la población general, es decir tanto en personas indígenas como no indígenas, la demanda de atención, servicios y respuesta en torno a la salud mental se concentra en problemas que afectan principalmente a la juventud, como el suicidio y consumo de SPA. Sin embargo, hay una comprensión limitada de los diferentes dominios de la salud mental. Por ejemplo, el reconocimiento de otras patologías, como trastornos del estado de ánimo, demencias, trastornos de neurodesarrollo, discapacidad psicosocial, que están invisibilizadas en la región, tanto desde la perspectiva cultural como la institucional, de acuerdo con las consultas realizadas. Esto tiene como consecuencia la ausencia de empoderamiento comunitario con relación a sus propias problemáticas y se limitan las estrategias de afrontamiento que puedan desarrollarse. Culturalmente, existen pocos elementos que desde el enfoque

**Entre las condiciones que incrementan el riesgo de conducta suicida en población indígena está el desarraigo y la pérdida de identidad cultural, puesto que los jóvenes están entre de la occidentalización y las creencias y costumbres de sus familiares, situación que puede generar expectativas inalcanzables**

hegemónico se han identificado como promotores de la salud mental e incluyen los estilos de vida, el ejercicio o alternativas ocupacionales. Es así como solo la espiritualidad y otras prácticas propias pueden acudir a lograr ese balance en la salud mental, temas que han sido poco explorados desde los enfoques biomédicos. Aun así, en algunos casos, las personas intentan gestionar situaciones problemáticas mediante el consumo de sustancias, lo que suele resultar en problemas más graves como el desarrollo de patologías duales, es decir, que sufren de manera simultánea o a lo largo de su vida de una adicción y un trastorno mental.

*“No se tiene aún en pleno 2023 esa creencia de que la salud mental es muy importante y que, si yo tengo esto y estos signos hay un servicio de salud como cualquier otra enfermedad puedo acceder, hay un tratamiento, una acción y una prevención oportuna”* [entrevistado(a) secretaría departamental].

En consecuencia, con una sociedad que poco reconoce la enfermedad mental y un sistema de salud que tampoco lo logra captar, el subdiagnóstico de enfermedad mental es muy alto en el departamento, esto aumenta el subregistro. Caso excepcional fue la pandemia de COVID-19, escenario en el cual la salud mental en la población se vio más afectada y sus secuelas se observan hoy en día. *“El índice de ingresos al programa de rehabilitación y tratamiento de farmacodependencia aumentó sustancialmente, sobre todo en población adolescente, los casos de trastornos de ansiedad asociados a la pandemia, a las hospitalizaciones y a la mortalidad por COVID-19 de personas cercanas también se incrementaron”* [entrevistado(a) IPS].

La ineficiencia de los actores del sistema y el limitado reconocimiento de la enfermedad mental por parte de la comunidad conllevan un escaso uso de servicios de salud mental por parte de la población. Por lo general, las consultas solo tienen lugar cuando los casos se han agravado y se presentan como urgencias vitales que deben ser trasladadas a Leticia u otra capital del país. Además, en las ANM, frecuentemente, los trastornos de salud mental desencadenan en emergencia, ya que no hay talento humano ni medicamentos de control disponibles.

### Talento humano, recursos y organización de los servicios de salud

Los recursos en salud con los que cuenta el departamento son bastante restringidos. La disponibilidad de talento humano, camas y especialidades médicas en salud mental

en Leticia son muy bajas y lo es aún más en las ANM (Tabla 1). Esto se suma a problemas de organización y logística que se vuelven limitaciones de acceso para las personas, especialmente en lo relacionado a los trámites administrativos. La perspectiva de las personas es, que muchas de estas barreras son intencionales y buscan restringir el gasto en salud por parte de las EAPB.

*“Cuando tú necesitas atención (...) tú puedes asistir a urgencias y recibir tu atención, te la deben dar, pero aquí no pasa eso, o sea aquí tú te vas a triage (...) el médico dice, tomate este calmante y te da cita por medicina prioritaria (...) entonces son entre 15 a 20 días para tu lograr una cita (...) por eso es que desisten en seguir con el tratamiento”* [entrevistado(a) secretaría departamental].

La problemática de infraestructura en salud en el departamento conlleva a que la mayoría de los pacientes que ingresan al sistema deban ser trasladados a Leticia por la baja capacidad resolutive de las ANM, en especial cuando no está completo el equipo básico en salud. Los casos más graves usualmente requieren remisión a ciudades con mayor nivel de complejidad, acarreando elevados costos al sistema.

*“No hay estabilidad financiera, aquí se trabaja a pérdida total. La UP que supone que es el techo de nuestro presupuesto está en el 126% (...) entonces estamos reventados con transporte aéreo y con remisiones a mayores niveles de complejidad”* [entrevistado(a) EAPB].

Otro aspecto que agrava aún más el panorama de la infraestructura en salud es que el departamento no cuenta con una política regional de salud mental, sino que se encuentra en adopción de la política nacional. Entre otras cosas, esto ha ocasionado que no exista una ruta clara de atención en salud mental, de acceso público para usuarios y prestadores. Además, no hay protocolos adaptados a las necesidades de la región, que entiendan la diversidad cultural, la situación de frontera y las problemáticas sociales propias del departamento, aspectos que afectan la exigibilidad de derecho a la atención en salud mental.

En cuanto al personal especializado en salud mental, además de la escasez, el talento humano disponible presenta importantes limitaciones en su conocimiento, habilidades y experiencia para manejar casos relacionados, por lo que las atenciones suelen derivar en remisiones a mayores niveles de complejidad o aún peor, desestimar una urgencia en salud mental. Los profesionales en psicología, a excepción de dos, carecen de formación clínica y, según testimonios

de instituciones, pacientes y directivos, los planes de estudio en los que se están formando estos psicólogos no ofrecen las estrategias de intervención necesarias para atender las necesidades de la población. Algunos profesionales de psiquiatría llegan al territorio mediante campañas temporales o telemedicina, aunque de manera ineficiente, debido a las restricciones en las telecomunicaciones del departamento.

Las condiciones sociales, laborales y las implicaciones de vivir en Amazonas ocasionan que sea muy difícil atraer y mantener talento humano a la región: *“Leticia una ciudad donde los arriendos son carísimos, la energía es carísima, y donde muchas veces no tienes cómo comunicarte con el interior del país, porque no tienes internet, no tienes datos, no tienes llamadas (...) implica unos sacrificios que muchas personas no están dispuestas a hacer”* [Profesional de salud]. Los prestadores que están presentes en el territorio no tienen la vocación de extramuralidad ni el abordaje intercultural, para el caso de las ANM esto es un serio problema, pues cualquier persona que requiera atención debe intentar acudir a la capital. Sin embargo, el transporte a la ciudad tiene alto costo, frecuencia aérea de cada dos semanas y las remisiones son muy demoradas (21).

En lo que respecta al diagnóstico en salud mental, este se establece principalmente cuando se ha presentado un intento de suicidio o se entra a una crisis grave y logra ser captada por el sistema. En otro caso, cualquier tipo de enfermedad o trastorno puede pasar inadvertido, aún después de ingresar al sistema no se garantiza un diagnóstico adecuado, esto debido a la limitada cantidad de profesionales con capacidad diagnóstica, que se reduce a tres individuos para una población de más de 80.000 habitantes.

Cuando las personas logran acceder a los servicios de salud mental en la capital, los procesos de atención son limitados, lo que repercute en los resultados en salud y satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La atención por psicología se da en tiempos muy

cortos y los psicólogos no tienen el tiempo, el espacio, las herramientas, ni el entrenamiento adecuado para hacer las intervenciones con perspectivas de modelos de atención psicoterapéutica más allá de la atención individual que deja por fuera otras alternativas. Así mismo, las condiciones de atención suelen ser incómodas, tanto para el profesional, como para la persona que recibe la atención. Condiciones como la infraestructura física, la privacidad o la alta temperatura sin ventilador o aire acondicionado dificultan que los procesos terapéuticos se lleven a cabo, esto aumenta las razones por la cual no se consigue o mantiene el personal en salud mental.

**Los profesionales en psicología, a excepción de dos, carecen de formación clínica y, según testimonios de instituciones, pacientes y directivos, los planes de estudio en los que se están formando estos psicólogos no ofrecen las estrategias de intervención necesarias para atender las necesidades de la población.**

*“trabajar salud mental si uno no se siente por lo menos cómodo, tranquilo, es muy difícil, porque implica una carga emocional para el terapeuta, entonces trabajar en condiciones de calor extremo, en condiciones donde no hay privacidad, donde la tecnología no es la adecuada para hacer el trabajo, eso pone barreras, (...) eso espanta potencial talento humano”* [Profesional de salud].

Cuando se trata de atención intercultural, las instituciones y el sistema en su conjunto carece de herramientas que den solución a las necesidades de las personas. La medicina tradicional, que está integrada en el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), aparece en los servicios contratados por algunas EAPB, pero la realidad es que al solicitar interconsultas de esta disciplina

no existe articulación alguna y estas no se llevan a cabo. La interpretación de algunos actores es un desinterés administrativo en fortalecer servicios en la región por parte de las instituciones obligadas, lo que conlleva a una oferta terapéutica muy pobre.

*“una orden por medicina tradicional (...) tú revisas y esa orden no llega a nada, se inmola en el aire porque no hay nada que la reciba y la tramite, no hay una estructura interna administrativa que la pueda tramitar ni hay una estructura ya operativa que la pueda ejecutar”* [Profesional de salud].

Además, la adherencia de los tratamientos se obstaculiza con elementos como la baja disponibilidad de medicamentos en las ANM, que incluye los medicamentos controlados, la entrega parcial de las dosis establecidas, aún para personas que se han trasladado desde las ANM para reclamarlos, o los tiempos de remisión.

En cuanto a la promoción y prevención de la salud mental, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) es la única herramienta que dispone el departamento, sin embargo, su manejo refleja que no tiene adecuación sociocultural, las estrategias implementadas en este marco no tienen integración de los elementos culturales, lo ejecutan personas externas que no tienen conocimiento profundo del territorio y no existe sinergia con la población, de tal forma que no tiene buena difusión ni la cobertura esperada, así se obtiene un resultado de pobre alcance y bajo impacto en factores relevantes (22).

### Aspectos relacionados con el suicidio y el seguimiento de los intentos de suicidio

No todas las muertes por suicidio están atadas a la presencia de un trastorno mental. Este es un fenómeno complejo y en la mayoría de los casos es la culminación trágica de una confluencia de factores.

La conducta suicida ha sido abordada por múltiples modelos explicativos, uno de ellos, el *Modelo Integrado Motivacional-Volitivo del Comportamiento Suicida*, identifica factores de fondo y eventos desencadenantes más proximales a la intención suicida de lo que son los desórdenes mentales (23), por lo cual muchos suicidios e intentos de suicidio son motivados por razones diversas (24). La evidencia es contundente al afirmar que existe un mayor riesgo de incurrir en conducta suicida con la presencia de trastornos mentales, e incluso otros modelos explicativos de la conducta suicida se sustentan en esta afirmación (25). Una revisión sistemática de literatura con metaanálisis de 2019 encontró que la razón de riesgos (RR) fue 13,2 (IC 95 % 8,6–20,3) para trastornos psicóticos, de 12,3 (IC 95 % 8,9–17,1) en trastornos del estado de ánimo, 8,1 (IC 95 % 4,6–14,2) en relación con trastornos de

personalidad, 4,4 (95 % IC 2,9–6,8) para trastornos por uso de sustancias y 4,1 (95% IC 2,4–6,9) en los casos de trastornos de ansiedad en la población general (4).


Es posible decir que las problemáticas de conducta suicida en algunas personas dentro del departamento se vean influenciadas por el consumo problemático de alcohol, SPA y la presencia de trastornos mentales que pasan inadvertidos, no son diagnosticados o no son tratados de forma continua y eficiente. *“(...) nos pasó a nosotros acá, un paciente psicótico se suicidó (...) y no le alcanzó a llegar el medicamento. Mira, el medicamento tres meses después llegó, tres meses después de que se hubiera suicidado”* [entrevistado(a) secretaria departamental].

Además del componente de enfermedad mental, otras condiciones contextuales del departamento precipitan la conducta suicida y han estado presentes en muchos casos tanto de intento como de suicidio consumado. La pertenencia étnica, en conjunción con procesos de desarraigo y falta de estrategias de afrontamiento, las condiciones socioeconómicas desfavorables, el rechazo a la diversidad sexual, los roles atribuidos a los hombres en el marco de la masculinidad o los antecedentes de abuso sexual, entre otros.

*“(...) es que pareciera que... el deporte regional de acá del Amazonas es violar niños, aquí la tasa de violación es altísima... de los pacientes que han pasado por esta institución, más del 80% ha sido abusados sexualmente”* [Entrevistado(a) IPS].

Las condiciones de habitabilidad se agudizan con la escasa presencia estatal cuyas acciones institucionales son insuficientes y desarticuladas, que conllevan a una capacidad resolutoria limitada frente a las necesidades de la población, situación que erosiona la confianza de los habitantes. La percepción ciudadana sobre las acciones de entidades gubernamentales como las secretarías de salud o educación frente al tema del suicidio es que son insuficientes y descontextualizadas, no abordan las causas fundamentales, su alcance se reduce a charlas o talleres de impacto limitado y se ven opacados por la corrupción e intereses particulares sobre los recursos del departamento. De manera similar, cuando se trata de instituciones no estatales

**La evidencia es contundente al afirmar que existe un mayor riesgo de incurrir en conducta suicida con la presencia de trastornos mentales, e incluso otros modelos explicativos de la conducta suicida se sustentan en esta afirmación**



como EAPB e IPS, la desconfianza de la población se extiende y sustenta en fallos como la falta de presencia en los territorios, especialmente en ANM, la carencia de suministros o la negación de los servicios de salud.


De hecho, los actores entrevistados destacaron que un aspecto que consideran problemático al momento de intentar prevenir el suicidio en la población es el seguimiento que las instituciones hacen a los intentos de suicidio que se captan por el sistema de vigilancia. El seguimiento de los casos se pierde por varias razones, entre las que entra la ubicación geográfica de la persona, las dificultades de comunicación latentes y la falta de diseño e implementación de protocolos para tal fin.

*“un paciente que habíamos llamado porque llevaba tres intentos previos, no lo habían sacado, no había recibido atención (...) lastimosamente el día que yo me bajé de la avioneta, estaba ahorcado en la parte de atrás del estanque y resulta que él venía en un mal manejo de duelo (...) intenta suicidarse, pero no lo logra, solicita atención, no se la dan y a los tres meses ya se dio el consumado”* [entrevistado(a) secretaria departamental].

En el contexto de las ANM, los seguimientos por salud mental a los intentos de suicidio son más difíciles, incluso, en Puerto Nariño, segundo municipio más poblado, el acceso es restringido, pues funciona como un ANM debido a su distancia y su acceso solo por bote. Los pacientes que ingresan a programas, bien sea de rehabilitación a farmacodependencia, psicoterapia o manejo farmacológico de otro tipo de trastornos, se pierden en el seguimiento. La continuidad real solo se logra en quienes viven en el casco urbano de Leticia y muchas de las condiciones de base que han sido manejadas en hospitalización se agravan y algunas llegan a constituirse en nuevos suicidios o intentos de suicidio.

### Limitaciones

Al ser un estudio cualitativo, se basa en una muestra pequeña de actores entrevistados, por lo tanto, sus perspectivas pueden ser restringidas, esto limita la generalización de los resultados a toda la población del departamento o a poblaciones fuera de este. Sin embargo, son métodos válidos para identificar posibles hipótesis a verificar con otros diseños metodológicos.



## Recomendaciones para la toma de decisiones

- La Secretaría Departamental de Salud debe realizar la adopción de la política nacional de salud mental, adecuándola a las necesidades de la región o formular una política regional que atienda a las necesidades particulares de la población y se articule con la política nacional.
- Crear la ruta de atención en salud mental y difundirla masivamente entre ciudadanos y prestadores y, junto con el MSPS. Es necesario divulgar la oferta de servicios de salud mental a los que las personas tienen derecho, cómo buscarlos y la regulación de estos, en medios adaptados a las lenguas, los contextos y las culturas presentes en el departamento.
- La Secretaría de Salud, en conjunto con la E.S.E Hospital San Rafael de Leticia, deben reevaluar las estrategias y actividades contratadas por el PIC para que su construcción sea participativa y territorial, estos estén articulados, acordes a las necesidades locales y ejecutados por personas locales con mayor conocimiento de las realidades que abordan.
- En cuanto a los prestadores, es necesario fortalecer sus equipos extramurales con personal local en modelos de contratación adaptados a las particularidades de la región y estrategias propias a estas realidades, con enfoques étnicos y de género, en trabajo articulado con los comuneros o gobernadores indígenas para poder ser recibidos en las comunidades.
- Fomentar el uso de modelos psicoterapéuticos diversos con garantía de tiempo, espacios, herramientas y formación suficiente en el personal local.
- Incluir dentro de los servicios de salud mental con cargo a la UPC y en acuerdo con las EAPB, intervenciones a nivel colectivo como rehabilitación basada en comunidad y dirigidos a prevención del suicidio y reducción del estigma.
- EABP's e IPS's deben articularse para lograr aumentar el tiempo y volumen de consulta de psicología y terapeutas con el fin de ejecutar las intervenciones de forma digna y con los resultados esperados.

En torno a las condiciones transversales que vive la población:

- La Secretaría de Educación Departamental y las instituciones educativas podrían implementar estrategias de captación temprana de estudiantes en riesgo o con alta vulnerabilidad.
- El gobierno nacional debe procurar por controlar los factores sociales como el narcotráfico que están azotando la región, de tal forma que se reduzca la exposición de jóvenes al consumo de SPA y reclutamiento por grupos armados, así como generar oportunidades laborales y de educación dentro del territorio. Es importante que jóvenes y adultos puedan ocupar su tiempo productivamente y tengan alternativas diferentes a las relacionadas con la ilegalidad.
- El sector justicia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), junto con la administración municipal y departamental están en la obligación de fortalecer las medidas para prevenir y judicializar el abuso sexual a menores de edad en el departamento.
- La administración nacional y departamental pueden generar y apoyar los proyectos de recuperación de prácticas culturales en los pueblos indígenas y la sanación de violencias desde procesos autónomos.

## Referencias

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2022 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Ministerio de Salud y Protección Social Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental: Conducta suicida. 2017 p. 25.
3. World Health Organization. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>
4. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord*. 2019 Dec 1;259:302–13.
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021. (Global Health Estimates).
6. Instituto Nacional de Salud. Panorama de Eventos en Salud Pública. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2022 p. 260.
7. Hjorthøj C, Madsen T. Mental health and the covid-19 pandemic. *BMJ*. 2023 Mar 8;435.
8. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52:93–113.
9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020 Mar;395(10227):912–20.
10. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2021.
11. National Institute of Mental Health. Suicide Prevention [Internet]. 2023. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
12. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021 Jul;178(7):611–24.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. PROYECCIONES DE POBLACIÓN. 2023 [cited 2023 May 24]. Proyecciones y retroproyecciones de población municipal para el periodo 1985-2019 y 2020-2035 con base en el CNPV 2018. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
15. Secretaría de Salud Departamental. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2022. Departamento de Amazonas. 2022.
16. Taüchina Ü, Forero Romero N, Rodríguez Lizarralde C. Üyeane maügü: cuerpos femeninos en frontera, territorios de explotación en la Amazonía. *Nómadas*. 2021 Sep 23;(54):119.
17. Lugo Saucedo P. El ¿trabajo? sexual. In: Trabajo y derechos humanos: algunos retos contemporáneos [Internet]. Instituto de Investigaciones Jurídicas; [cited 2023 Aug 16]. p. 35–55. Available from: <http://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r39518.pdf>
18. PAHO. Poniendo la lupa en Amazonas para mejorar la respuesta en salud a la violencia sexual [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.paho.org/es/historias/poniendo-lupa-amazonas-para-mejorar-respuesta-salud-violencia-sexual>
19. Martínez Silva PA, Dallos Arenales MI, Prada AM, Rodríguez Van der Hammen MC, Mendoza Galvis N. An Explanatory Model of Suicidal Behaviour in Indigenous Peoples of the Department of Vaupés, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020 Jul 1;49(3):170–7.
20. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, Tassinari S, Faria A, Castañeda-Cardona C, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017 Oct 1;46(4):237–42.
21. Alianza Amazonía. Análisis de áreas no municipalizadas en el Departamento de Amazonas. 2021.
22. Diana Milena A, Omar A, Edgar Mauricio B. Caracterización de los determinantes en salud pública de los pueblos indígenas del corregimiento de Chorrera en el departamento de Amazonas en el marco de la formulación de acciones del plan de intervenciones Colectivas [Internet]. Universidad del Rosario; [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19741>
23. O'Connor RC, Cleare S, Eschle S, Wetherall K, Kirtley OJ. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior: An Update. In: O'Connor RC, Pirkis J, editors. *The International Handbook of Suicide Prevention* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2023 May 30]. p. 220–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118903223.ch13>
24. Pridmore S. Mental disorder and suicide: A faulty connection. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Jan;49(1):18–20.
25. Mishara BL, Chagnon F. Why Mental Illness is a Risk Factor for Suicide: Implications for Suicide Prevention. In: O'Connor RC, Pirkis J, editors. *The International Handbook of Suicide Prevention* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2023 May 30]. p. 594–608. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118903223.ch34>

## 6.5 Morir por suicidio en comunidades indígenas de Antioquia\*

Sara María Cano Bedoya<sup>1</sup>, Jennifer Marcela López Ríos<sup>1</sup>, Beatriz Carmona Monsalve<sup>2</sup>, Dorian Ignacio Ospina Galeano<sup>1</sup>, Lilian Carolina Cifuentes Salinas<sup>2</sup>, Julián Andrés Londoño Deossa<sup>1</sup>, Jennifer Paola Salazar Núñez<sup>1</sup>, Abrahán Mendoza Ríos<sup>1</sup>, Maritza Cartagena Muñoz<sup>1</sup>, Wilson Vélez Tascón<sup>1</sup>, Sara Giraldo Gómez<sup>1</sup>, Catalina Gaviria Tabora<sup>1</sup>, Juan Camilo Betancur Arboleda<sup>1</sup>.

### Abreviaturas:

**DANE:** Departamento Nacional de Estadísticas

**IDP:** índice de desigualdad de la pendiente

**IPM:** Índice de Pobreza Multidimensional

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**RIPS:** registros individuales de prestación de servicios

**Sivigila:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

El suicidio constituye una problemática compleja y un desafío para la salud pública en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año aproximadamente 703.000 personas se quitan la vida, es así la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años. En 2019, más del 77% de los casos de suicidio se presentaron en países de ingresos bajos y medianos (1).

Estudios recientes señalan que en América del Sur, desde finales de la década del ochenta tras la imposición de las políticas neoliberales, se presenta una tendencia al aumento de las tasas de suicidio en poblaciones rurales (2). Aun así, estos datos pueden tener una subestimación significativa debido a la falta de notificación, ya que está presente el estigma estructural que resulta de las actitudes, creencias culturales y religiosas, las consecuencias legales relacionadas con el suicidio y la variación en la forma en que se registran las muertes (3).

*Esta sección se deriva del proyecto "Formulación de una ruta de atención integral en salud mental para la prevención de la conducta suicida, en tiempos de Covid-19, en pueblos indígenas de Antioquia" financiado por el Sistema General de Regalías- SGR.*

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública

<sup>2</sup> Gobernación de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social



A nivel mundial, se han informado altas tasas de suicidio entre los grupos étnicos (4), sin embargo, existe un notable subregistro en los casos de intentos de suicidio y suicidios consumados, atribuido a la dispersión de la población, brechas sociales, desigualdades territoriales, elementos culturales y algunos aspectos propios del funcionamiento de los servicios de salud (5).

En Colombia, los reportes del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) (6) indican que entre 2015 y 2022 hay una tendencia creciente en las defunciones por suicidio, que pasan de 5,1 por cada 100.000 habitantes en 2015 a 5,8 en 2022. En 2021, los departamentos con mayores tasas de mortalidad por suicidio fueron Vaupés (32,0), Amazonas (16,2), Arauca (11,0), Huila (9,7) Risaralda (9,7) y Caldas (9,4).

Por su parte, en Antioquia las tasas de suicidio anuales han evidenciado un aumento progresivo desde 2015 con las tasas más altas en 2019 y 2021: 7,3 y 7,1 por 100.000, respectivamente (6). Sumado a lo anterior, un estudio realizado en el Pueblo Emberá Chamí ubicado en un municipio del Suroeste del departamento informó que el 69% había sufrido al menos un episodio depresivo y el 13% tuvo una ideación suicida (4).

Ante esta situación, se han creado lineamientos nacionales para la prevención y atención del comportamiento suicida en las comunidades indígenas (7,8). No obstante, dichas medidas no han sido efectivas o suficientes, pues de acuerdo con varias investigaciones, el comportamiento suicida se sigue abordando desde miradas de la epidemiología clásica, que dejan de lado la comprensión del fenómeno como un hecho social y no meramente individual, en el que convergen aspectos que generan desequilibrios entre procesos destructivos y protectores de salud-enfermedad y vida-muerte (9). Para esto, se hace necesario abordar el suicidio desde perspectivas comunitarias que contemplen los contextos particulares de los territorios, reducir brechas sociales y que genere una articulación institucional basada en un enfoque diferencial e intercultural. El objetivo de esta sección es comprender y describir las perspectivas comunitarias e institucionales, trenzar estrategias interculturales y de acceso a los servicios de salud de las comunidades

indígenas en diferentes subregiones de Antioquia, alrededor del comportamiento suicida, mediante abordajes cualitativos y empíricos.

En esta investigación, la comprensión del fenómeno de estudio en la población indígena de Antioquia incluye una revisión del contexto de las comunidades indígenas, el análisis de las desigualdades según Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en Salud mental 2017-2021, la caracterización sobre el uso de servicios de salud y eventos de salud mental 2010-2020 y el entendimiento de dos categorías cualitativas de análisis: la primera relacionada con las perspectivas que las comunidades indígenas reconocen como aspectos que explican el comportamiento suicida y han afectado considerablemente el equilibrio, la armonía y el buen vivir de las personas y sus comunidades, las cuales se dividen en estructurales y aquellas que obedecen a las dinámicas propias y comunitarias. Además, se abordan las estrategias de afrontamiento que las comunidades indígenas proponen a nivel individual, colectivo e institucional para la prevención del suicidio.

**En Colombia, los reportes del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) (6) indican que entre 2015 y 2022 hay una tendencia creciente en las defunciones por suicidio, que pasan de 5,1 por cada 100.000 habitantes en 2015 a 5,8 en 2022.**

### Elementos de contexto de las comunidades indígenas de Antioquia

Según datos del censo poblacional realizado en 2018 por el DANE, en Antioquia 37.628 personas se reconocen como indígenas (10), es decir, el 0,6% de la población del departamento. Existen seis pueblos indígenas: Emberá Chamí, Emberá Eyábida, Emberá Dóbida, Senú/Zenú, Gunadule y Nutabe, quienes viven principalmente en la zona rural dispersa (70,9%), seguido de centros poblados (22,87%) y, en menor medida, en las cabeceras municipales (6,23%) (11). La población indígena se concentra en siete de las nueve subregiones del departamento: Urabá, Bajo Cauca Occidente, Suroeste, Norte, Nordeste, Magdalena Medio y Valle de Aburrá. En Antioquia, se encuentran alrededor de 228 comunidades y 63 resguardos indígenas.

Las poblaciones étnicas del departamento tienen su propia cosmovisión, tradiciones y costumbres. Sus comunidades se encuentran organizadas de acuerdo con los territorios en los que habitan, en cabildos locales, representados por sus autoridades tradicionales, que

eligen comunitariamente a sus gobernadores y juntas directivas cada año, dos años y cuatro años de acuerdo con el reglamento de cada comunidad. Las autoridades tradicionales cumplen las funciones de orientar a la comunidad en aspectos socioeconómicos, culturales, ambientales y políticos, liderar la administración de justicia propia con la Guardia Indígena y la toma de decisiones de la comunidad en asamblea.

Las condiciones materiales de las comunidades indígenas son precarias, ya que la mayoría de estas no cuenta con ningún tipo de infraestructura educativa, de salud, de servicios básicos domiciliarios, conectividad, carreteras o cualquier otro tipo de equipamiento o de oferta de servicios del Estado.

Las familias indígenas habitan principalmente en la zona rural dispersa, se agrupan en estructuras claneas o parentelas, el acceso a las comunidades es difícil, no se cuenta con vías, por lo que el ingreso se hace mediante transporte mular (puede durar de uno a tres días). Los niños, adolescentes y jóvenes realizan largas jornadas desde sus hogares hasta la escuela más cercana, recorrido que toma varias horas entre la ida y retorno, así, se ven expuestos a una serie de riesgos por lo selvático del territorio, la presencia de actores armados,

legales e ilegales, la presencia de artefactos explosivos en sus territorios y el riesgo de reclutamiento forzado. Para los adolescentes y jóvenes, resulta casi imposible asistir al colegio porque no cuentan con los medios para el pago de transporte mular y solventar los gastos de hospedaje y alimentación en los centros poblados o urbanos donde se sitúan las instituciones educativas de secundaria y media.

**Las condiciones materiales de las comunidades indígenas son precarias, ya que la mayoría de estas no cuenta con ningún tipo de infraestructura educativa, de salud, de servicios básicos domiciliarios, conectividad, carreteras o cualquier otro tipo de equipamiento o de oferta de servicios del Estado.**

### Desigualdades según Índice de Pobreza Multidimensional en Salud mental en población indígena 2017-2021

Se evidencian bajos niveles de desigualdad absoluta según riqueza, en dos de los tres indicadores en salud, los cuales son porcentaje de personas indígenas atendidas en servicios en salud mental e intento de suicidio. Todos estos tuvieron un índice de desigualdad de la pendiente (IDP) menor a 1. Caso contrario, el indicador de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, presenta altos niveles de desigualdad entre los quintiles más rico y pobre con un IDP de 2.1. (Tabla 1). Antioquia ha conseguido disminuir la desigualdad según riqueza, entre

2017 y 2021, en los indicadores de intento de suicidio y mortalidad por suicidio intencionalmente.



**Tabla 1.** Medidas de desigualdad en indicadores seleccionados de Salud mental en Antioquia, según nivel de riqueza en población indígena, 2021.

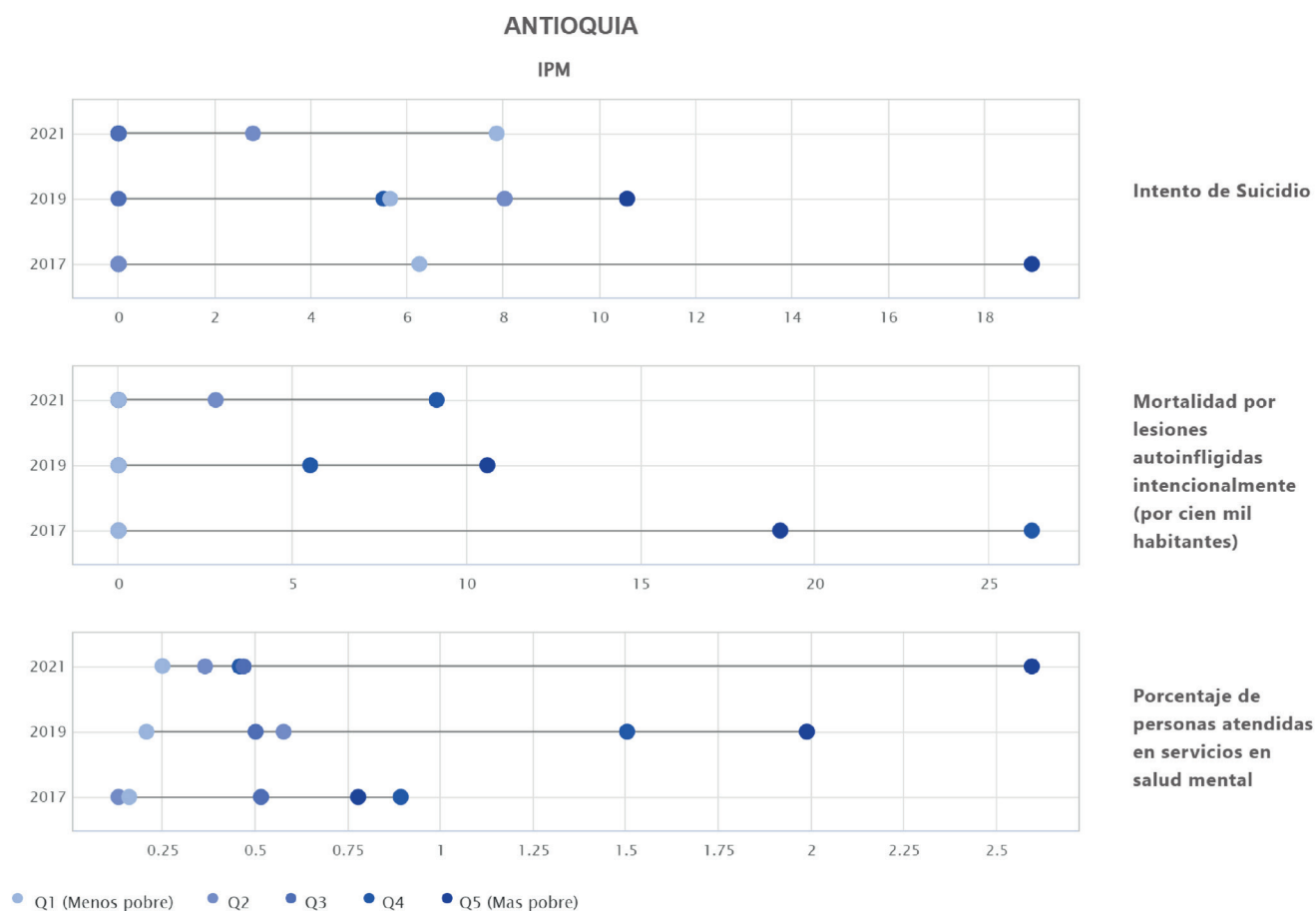
Fuente	indicador	Promedio Antioquia	Q1 (Menos pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (Más pobre)	Diferencia (D)	Razón (R)	Índice de desigualdad de la pendiente
DANE	Mortalidad por suicidio (por 100.000)	5,3	0.0	2.8	0.0	9.1	0.0	0.0		2.1
SISPRO	Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental	0,15%	0.3	0.4	0.5	0.5	2.6	-2.3	0.1	0.8
Sivigila	Intento de Suicidio (por 100.000)	45,2	7.9	2.8	0.0	0.0	0.0	7.9		0.0

Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1 describe los indicadores con desigualdad decreciente según riqueza. De estos tres indicadores, el intento de suicidio tuvo la reducción más grande, al pasar de un IDP de 90234,8 en 2017 a 0 en 2021. La mortalidad por suicidio disminuyó entre los quintiles más rico y más pobre con un IDP de 28,5 en 2017 a 2,1 en 2021. En todos los indicadores, la desigualdad va en contra de los quintiles más pobres.



**Gráfico 1.** Tendencias temporales de indicadores de salud mental seleccionados en Antioquia, según quintil de riqueza; 2017, 2019 y 2022



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

Fuente: Elaboración propia

Ha habido una disminución de la incidencia de intentos de suicidios y mortalidad por suicidio en el periodo evaluado, especialmente cuando los quintiles más pobres registraron menores tasas entre 2017 y 2019. En el porcentaje de personas atendidas en servicios de salud, el incremento de la desigualdad es resultado en su mayoría de la mejoría en los quintiles de mayor riqueza.

### Uso de servicios de salud y los eventos de salud mental en población Indígena

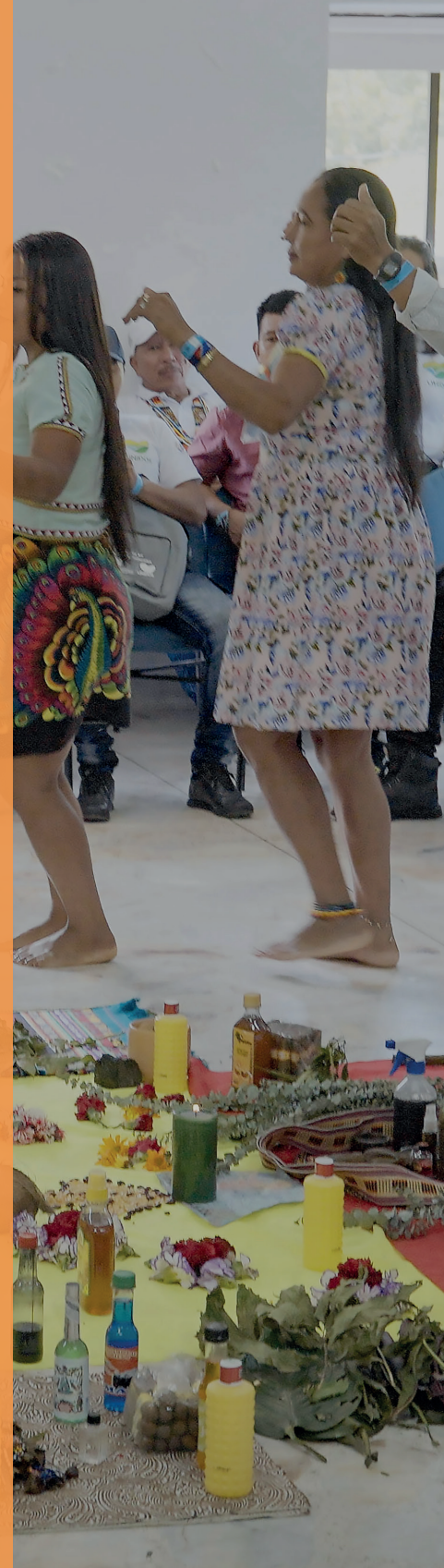
Las características de la población indígena considerada en los análisis reflejan estructuras demográficas específicas según su subregión de residencia. Del total de afiliados (N=51,394), la mayoría residía en las subregiones de Urabá (34,4%), Occidente (18,8%) y Valle de Aburrá (18,2%). Entre 2010-2020, la mitad de los

afiliados indígenas de Antioquia eran mujeres (49,1%) y la mayoría de la población estaba entre los 18 y 44 años (79%). En algunas subregiones como el Magdalena Medio y Oriente, reflejan mayores porcentajes de hombres afiliados entre los 24 y 44 años. En términos de la zona de residencia, estas últimas subregiones, junto a los residentes del Valle de Aburrá, residían en mayor proporción en la zona urbana.

Frente al uso de servicios de salud, en la población indígena del departamento, cerca del 66% cuentan con diez o más años de registro en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mientras que el 56,1% presenta registros de uso de al menos un servicio de salud en el periodo de estudio (consulta externa, hospitalización, urgencias, procedimientos clínicos o registro de haber recibido algún medicamento, indistintamente de su finalidad). Se observan 535 casos

de eventos de salud mental, de los cuales, 47 (9%) son notificado solo por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y 472 (88.2%) identificados mediante la definición de caso para extraer casos de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS).

La mayoría de los casos (68%) son mujeres, población entre los 29 y 44 años, y residentes en el Valle de Aburrá. Similarmente, el uso de servicios de salud entre dichos casos es mayor entre las mujeres y quienes residen en la zona urbana. Los diagnósticos principales de atención se relacionan con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios (20,2%), síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (11,5%), y enfermedades del sistema circulatorio (10,6%) (Tabla 2).



**Tabla 2.** Servicios y atenciones en salud de población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS, n=51,394), según eventos de salud mental.

Características del usuario del servicio	Total, servicios	Presentó evento de salud mental n servicios (% columna)		valor-p global
		No N=561,907	Si N=26,847	
<b>Sexo:</b>				<0.001
Hombre	191095 (32.5)	184672 (32.9)	6423 (23.9)	
Mujer	397659 (67.5)	377235 (67.1)	20424 (76.1)	
<b>Grupo de edad:</b>				
< 18	29944 (5.1)	29944 (5.3)	-	0.000
18 a 28	65780 (11.2)	65333 (11.6)	447 (1.7)	
29 a 44	260890 (44.3)	249114 (44.3)	11776 (43.9)	
45 a 64	134628 (22.9)	125057 (22.3)	9571 (35.7)	
65+	97512 (16.6)	92459 (16.5)	5053 (18.8)	
<b>Zona de residencia:</b>				0.000
Urbano	207105 (35.2)	190951 (34.0)	16154 (60.2)	
Rural	381649 (64.8)	370956 (66.0)	10693 (39.8)	
<b>Periodo de uso del servicio:</b>				<0.001
2010-2014	216525 (38.2)	202960 (37.6)	13565 (50.5)	
2015-2019	349621 (61.7)	336344 (62.4)	13277 (49.5)	
2020+	50 (<0.1)	49 (<0.1)	1 (<0.1)	
<b>Diagnóstico principal de la atención (Capítulo CIE10) *</b>				0.000
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1391 (0.3)	1251 (0.3)	140 (0.6)	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	238 (<0.1)	238 (0.1)	-	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19359 (4.0)	18272 (4.0)	1087 (4.8)	
Embarazo, parto y puerperio	14260 (3.0)	13752 (3.0)	508 (2.2)	
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	9349 (2.0)	8988 (2.0)	361 (1.6)	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3350 (0.7)	3238 (0.7)	112 (0.5)	
Enfermedades del aparato digestivo	41791 (8.7)	40003 (8.8)	1788 (7.9)	
Enfermedades del aparato genitourinario	29524 (6.2)	28025 (6.2)	1499 (6.6)	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3446 (0.7)	3251 (0.7)	195 (0.9)	

## Cuando la muerte es evitable

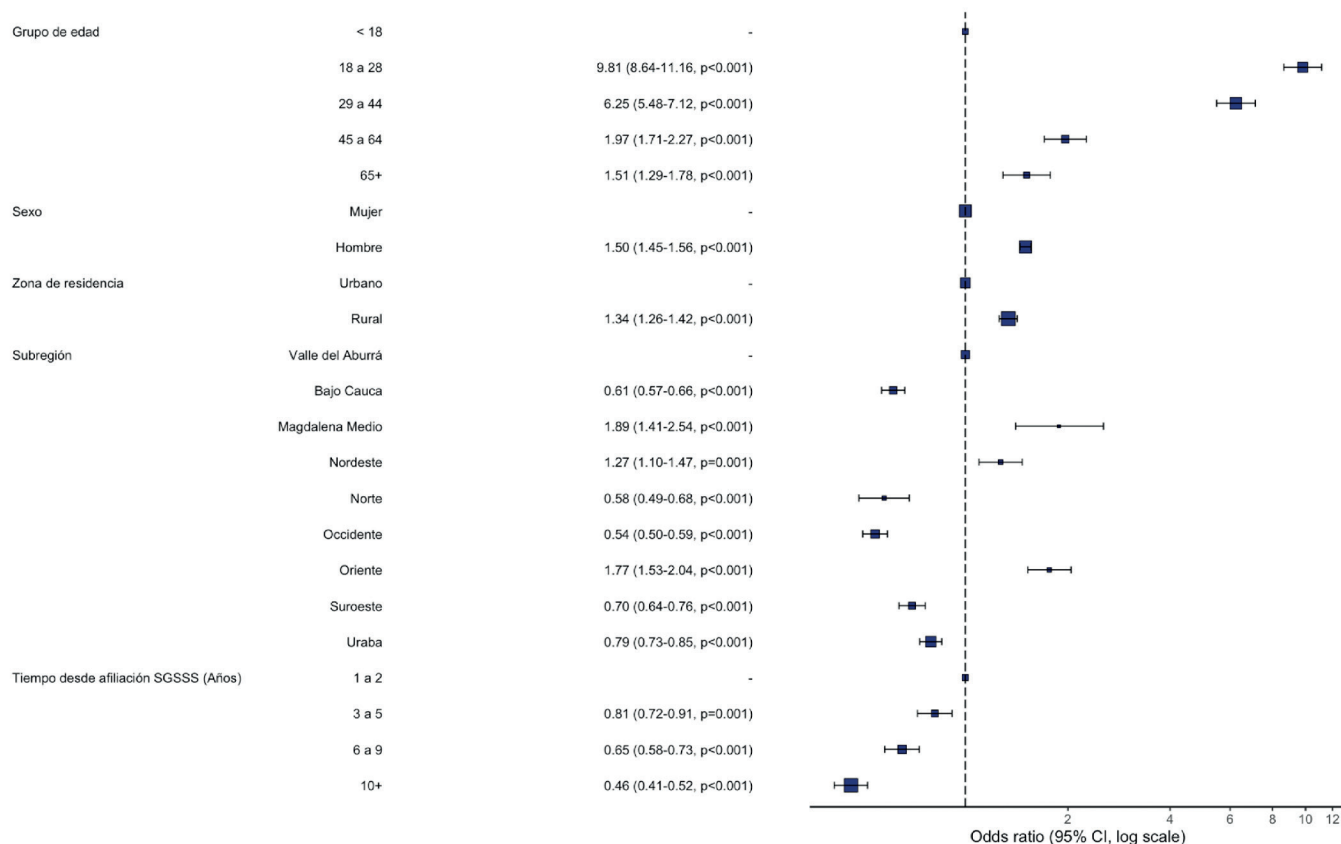
Enfermedades del ojo y sus anexos	5756 (1.2)	5489 (1.2)	267 (1.2)
Enfermedades del sistema circulatorio	36035 (7.5)	33633 (7.4)	2402 (10.6)
Enfermedades del sistema nervioso	5307 (1.1)	4627 (1.0)	680 (3.0)
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	20973 (4.4)	19406 (4.3)	1567 (6.9)
Enfermedades del sistema respiratorio	21632 (4.5)	20513 (4.5)	1119 (4.9)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13995 (2.9)	13177 (2.9)	818 (3.6)
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	175079 (36.6)	170507 (37.4)	4572 (20.2)
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	588 (0.1)	576 (0.1)	12 (0.1)
Neoplasias	3782 (0.8)	3631 (0.8)	151 (0.7)
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	51001 (10.7)	48383 (10.6)	2618 (11.5)
Trastornos mentales y del comportamiento	2191 (0.5)	501 (0.1)	1690 (7.5)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	19241 (4.0)	18159 (4.0)	1082 (4.8)
<b>Tipo de servicio:</b>			0.000
Consulta externa	243214 (43.0)	230077 (42.7)	13137 (48.9)
Hospitalización	7722 (1.4)	7439 (1.4)	283 (1.1)
Urgencias	8457 (1.5)	8034 (1.5)	423 (1.6)
Procedimientos	306803 (54.2)	293803 (54.5)	13000 (48.4)

\*Porcentajes cuyo denominador excluye 28% de registros sin dato de diagnóstico principal, mayormente, cerca del 99%, son registros de Procedimientos (AP)

Fuente: Elaboración propia

Los indicadores de uso de servicios de salud reflejan diferencias de acuerdo con características demográficas, residencia y afiliación. Los indicadores crudos y ajustados para uso de servicios de salud en 2010-2020 indican que, frente a las mujeres, los hombres tuvieron una mayor probabilidad de no haber usado algún servicio (OR [95%CI]=1,5 [1,45-1,56]). Entre quienes residían en la zona rural, el OR de no uso fue de 1,34 el de los residentes en la zona urbana. En contraste con los menores de 18 años, el OR de no usar servicios de salud fue mayor para el resto de las edades, incluso más altos para los afiliados en los grupos de edad de entre 18 y 44 años. Los análisis descriptivos de datos administrativos sugieren mayores oportunidades de uso de servicios de salud entre Indígenas afiliados mujeres, con edades extremas (<18, 65+ años), y residentes de la zona urbana del departamento (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Resultado del modelo de regresión logística multivariable para el no uso de servicios de salud en 2010-2020 en indígenas de Antioquia**



\*Odds Ratio (OR [IC95%]) ajustados por edad, sexo, zona y Subregión de residencia, año de afiliación al SGSSS

Fuente: Elaboración propia

Frente al uso de servicios a nivel general, según los datos reportados al ente territorial, se observan diferencias estadísticamente significativas relacionadas con condiciones demográficas. Se aprecia menor relación de uso de servicios entre población indígena de 18 a 44 años, hombres y residentes de la zona rural del departamento. El uso de servicios reflejó incrementos en relación con el tiempo de afiliación al SGSSS que tenía el afiliado.

### Voces comunitarias para la comprensión del suicidio indígena de Antioquia

#### Perspectivas estructurales

El conflicto armado en Antioquia, históricamente, ha concentrado un alto porcentaje de hechos violentos y

una gran cantidad de víctimas en los pueblos indígenas (12). En la actualidad, esta situación continúa siendo una de las principales afectaciones de los territorios ancestrales, hechos que se reflejan en un gran número de familias desplazadas, control y despojo de sus territorios e incluso la pérdida de vidas por exigir respeto a sus derechos. Esta situación ha sido una lucha constante que los líderes y lideresas han mantenido para la pervivencia de su cultura, sus prácticas e identidad como pueblos indígenas.

Se ha determinado que el conflicto armado y la violencia han generado afectaciones en la salud mental de las comunidades indígenas, especialmente en los jóvenes se asocia con cambios del sentido de vida, extrema pobreza, choque cultural, sensaciones de frustración, desesperanza y exclusión (13):

(...) El territorio de nosotros está afectado por minas antipersonas, ha habido muertes, no en todos los territorios, pero sí tiene que ver con el conflicto armado. Estamos muy distraídos, muchos grupos armados legales o ilegales en el territorio, no me refiero a que directamente tiene que ver el suicidio con los grupos armados, pero a mi manera de ver (...), lo digo porque una vez escuché a una niña decir: “para que vamos a vivir en este mundo de guerra”, la niña dijo, “yo no quisiera estar en un mundo como este, mucha guerra, mucha gente armada, una bien asustada, uno quisiera estar tranquila”, decía la niña, esa niña murió de suicidio. (Indígena Pueblo Emberá Eyábida - Municipio de Frontino).

Aunado al conflicto armado y a la violencia, la mayoría de las comunidades indígenas de Antioquia se encuentran asentadas en zonas y territorios estratégicos en donde se tejen disputas y relaciones de poder por parte de grupos al margen de la ley para el desarrollo de actividades ilegales, lo que se asocia a la ausencia de condiciones de vida digna, despojo, extractivismo no sustentable, deforestación y minería a gran escala. Esto ha creado problemáticas sociales y desarmonización en las comunidades, pueblos y resguardos indígenas (14):

(...) pero más que todo la minería ha sido la causante de que se acabe la pesca, porque aquí ya no se pesca, porque ya el pescado no sube y si sube se ahoga con el lodo. Por ahí, estaban haciendo un diagnóstico de qué se contamina el pescado y ese pescado uno se lo come. Hicieron unos exámenes sobre eso (Indígena Pueblo Senú/Zenú - Municipio de Cáceres.)

Además de las razones mencionadas anteriormente, la ausencia estatal y la poca oferta institucional que tienen las comunidades indígenas intensifican las problemáticas sociales, lo que se traduce en una desigual promoción y gestión de oportunidades para su desarrollo individual y colectivo en ámbitos de territorio, salud, economía, educación, empleo, cultura, deporte, entre otros:

**El conflicto armado en Antioquia, históricamente, ha concentrado un alto porcentaje de hechos violentos y una gran cantidad de víctimas en los pueblos indígenas (12). En la actualidad, esta situación continúa siendo una de las principales afectaciones de los territorios ancestrales, hechos que se reflejan en un gran número de familias desplazadas, control y despojo de sus territorios e incluso la pérdida de vidas por exigir respeto a sus derechos.**

“Uno vive del rebusque, no hay trabajo, es muy duro. Entonces llegan las deudas, tengo que darles a mis hijos para ir al colegio y no tengo dinero, que se acabó el gas, que mis hijos tienen hambre, que salud mental buena puede ser esa, ningún buen vivir, a uno eso lo afecta mucho (...) Cuando estamos estresados por falta de alternativas a

veces no podemos ver la solución y a uno se le vienen a la cabeza esos pensamientos” (Indígena Pueblo Senú/Zenú - Municipio de Zaragoza).

Asimismo, desde las entidades territoriales se continúan ofertando servicios occidentalizados. Existe un desconocimiento de las prácticas diferenciales de los pueblos indígenas, esto genera segregación, violencia y brechas de desigualdad en los pueblos indígenas ya que NO:



- No hay una comprensión de los preceptos culturales de este grupo poblacional.



- No se presta una atención integral.



- No hay traductores en los centros de salud.



- No se conoce la medicina tradicional.



- No hay una dotación de insumos para los centros propios de salud de cada resguardo.

Además, las perspectivas que tienen las comunidades indígenas sobre salud mental no se ven reflejadas en la planeación territorial lo que continúa perpetuando la falta de recursos económicos, infraestructura y talento humano:

*“Si la sociedad no te apoya y no te da oportunidades, esa persona se va llenando de un sin números de necesidades y eso se va explotando en rabia y desespero y se va sintiendo solo por ahí, sobre todo en la juventud” (Indígena Pueblo Emberá Chamí - Municipio de Valparaíso).*

### Perspectivas propias y comunitarias

Esta categoría relaciona el comportamiento suicida con el debilitamiento de las prácticas ancestrales y el gobierno propio, las enfermedades espirituales, el mal uso de la medicina tradicional y problemáticas familiares como la violencia. Entre las comunidades indígenas, existe una pérdida progresiva o total de la lengua propia y de muchos de sus rituales y prácticas ancestrales. Debido a la occidentalización y evangelización de las comunidades hay un desconocimiento de la sabiduría propia, algunas comunidades refieren que hacer uso o ser víctima de este tipo de prácticas podría afectar directamente la salud mental de las personas y las lleva a cometer acciones que afecten su propia vida:

*“Aquí, pocos sabemos Emberá, será el mezclarnos, el salir del resguardo, pero eso se ha perdido, ya los adultos no les enseñan a los niños por eso queremos un maestro que enseñe la lengua a niños y grandes” (Indígena Pueblo Emberá Chamí - Municipio de Remedios).*

Entre muchas comunidades indígenas, se evidencia el debilitamiento del sentido de comunidad, poca unión y participación comunitaria lo cual desarticula los procesos internos y perjudica el alcance de objetivos comunes que favorecen el bienestar en general:

*“Cuando una persona está más alejada de las actividades culturales de la comunidad, muchas veces está desarmonizada, se les olvida el proceso organizativo cultural, y dejan de asistir a actividades programadas por parte de las autoridades” (Indígena Pueblo Emberá Chamí - Municipio de Valparaíso).*

Otro aspecto propio, y que es negativo, es el uso inapropiado de la medicina tradicional lo que genera desarmonías alrededor de los entornos familiares y a la vez enferma el territorio, este tipo de prácticas se asocia a las enfermedades causadas por temas espirituales, se tienen conocimiento sobre ‘rezos’, ‘males impuestos’,

‘maleficios’ o ‘mal de ojo’ que algunas personas han utilizado para afectar a las familias indígenas. Esto trae como consecuencia enfermedades, desarmonías en las personas, pensamientos negativos, comportamientos agresivos, desequilibrio emocional, descompensación física, pérdida de conocimiento, desintegración familiar y en algunos casos pérdida de la vida:

*“No puedo decir que el ahorcamiento se da por esto (...) Lo único que sé es que puede haber ahorcamientos impuestos por otros jaibanás que les gusta hacer el mal o por envidias que también hay muchas (...)” (Indígena Pueblo Emberá Eyábida - Dabeiba).*

Anivel familiar, se evidencian que determinantes sociales como la falta de empleo, educación, alimentación, salud propia, entre otras, ocasionan alteraciones en la dinámica familiar y por ende en el manejo de emociones y en los procesos de crianza que se traducen en problemáticas como abuso sexual, abuso de sustancias psicoactivas, alcoholismo, entre otras:


*“No hay una misma voz en muchos casos, a veces es cada quien por su lado (...) Se ve muchos problemas familiares relacionados con la violencia al interior de las familias y también de género” (Indígena Pueblo Emberá Chamí - Puerto Berrío).*

### Estrategias de afrontamiento

En este análisis, se identificaron en las comunidades indígenas estrategias de afrontamiento para la prevención del comportamiento suicida en tres ámbitos: familiar, comunitario e institucional. A nivel familiar, se plantea la importancia de propiciar espacios para generar diálogos intergeneracionales que posibiliten la escucha, relación de padres e hijos, educación, crianza y recuperación de prácticas ancestrales:

*“Compartir en familia, realizar rituales de sanación, trabajos comunitarios (...) sanación del territorio y fortalecimiento espiritual” (Indígena Pueblo Emberá Eyábida - Municipio de Urrao).*

Desde lo comunitario, se visualiza como alternativas de afrontamiento fortalecer la medicina tradicional, para esto, es necesario revitalizar el rol, labor y conocimiento de los médicos tradicionales, yerbateros, parteras y botánicos que permita promover el sistema propio de salud indígena. Adicionalmente, hay comunidades que plantean fortalecer de la medicina tradicional por medio de la instauración de consejos de sabios y sabias,



en donde se sientan acogidos, tenidos en cuenta e integrados por y para las comunidades. Se propone también fortalecer el tejido social, los lazos y la confianza comunitaria, esto como mecanismos de protección ante situaciones de comportamiento suicida:

*“Hoy mediante el Consejo de Sabios hemos alejado un poco estas situaciones de enfermedades mentales, ya que se ha trabajado fuerte, las actividades de fortalecimiento nos han ayudado a encontrar una salida mucho mejor para nuestros jóvenes, niños y adultos” (Indígena Pueblo Emberá Chamí - Municipio de Valparaíso).*

Desde la institucionalidad, es necesario que las acciones en salud mental que se realicen en las comunidades del departamento sean interculturales e integren las prácticas propias y ancestrales de los pueblos indígenas, además de ser procesos y acompañamientos continuos que impacten positivamente en los territorios. Se propone avanzar en crear condiciones de vida digna para las comunidades.

Finalmente, la comprensión de los procesos sociales que enmarcan el suicidio en las comunidades indígenas es compleja, amplia y tiene matices estructurales que acentúan una realidad concreta en las/os sujetas/os, es por esto que el presente análisis se basa en determinantes sociales, comunitarios y subjetivos, relacionados con los procesos histórico-políticos, socioeconómicos, socio-culturales y geográfico territoriales de los pueblos indígenas del departamento. Este ejercicio de investigación permitió acoger una visión integral de algunos elementos importantes para entender el proceso de manifestación del suicidio, sus diversas causas y determinantes sociales, con el propósito de construir soluciones oportunas y precisas que afronten la problemática.

## Recomendaciones para los tomadores de decisiones

### Sistema de salud:

- Establecer medidas que permitan la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud de tipo geográficas, económicas, culturales, sociales para las comunidades indígenas.
- Reconocer y articular en el sistema de salud los saberes, roles y prácticas ancestrales de las comunidades indígenas y, en esa medida, incorporar la medicina tradicional como un elemento clave en la atención en salud, dado que médicos y médicas tradicionales son la puerta de entrada al sistema para los pueblos ancestrales.
- Garantizar el despliegue de los diferentes enfoques (territorial, diferencial y étnico) en las acciones en salud pública para la prevención del comportamiento suicida en las comunidades indígenas.
- Garantizar la contratación de los médicos, médicas tradicionales y promotores indígenas que realicen acciones de atención primaria en salud en zonas rurales dispersas.

### Talento humano en salud:

- Promover espacios de formación y capacitación sobre enfoque diferencial y étnico que permitan brindar una atención acertada y oportuna en las comunidades indígenas.
- Generar encuentros de sensibilización con el personal de salud para lograr una atención más humanizada, pertinente e inclusiva con las comunidades indígenas.
- Promover acciones de atención en salud entre los diferentes actores de la medicina ancestral y la medicina occidental.

### Comunidades indígenas:

- Fortalecer procesos comunitarios y de gobierno propio que conlleven a la recuperación de prácticas y saberes tradicionales que promuevan la armonía y equilibrio en los territorios indígenas.
- Reconocer las voces de las mujeres y jóvenes en los procesos comunitarios y de liderazgo de las comunidades indígenas.
- Promover espacios de diálogo en las familias indígenas que permitan fortalecer las redes de apoyo y mejorar la resolución de problemas.

### Para los sistemas de información:

- Avanzar en el diseño de sistemas de vigilancia comunitaria que permitan un reporte de información oportuna y real sobre los casos de comportamiento suicida en las comunidades indígenas.
- Fortalecer y mejorar los registros de información de morbilidad y mortalidad con el fin de generar análisis más acertados sobre las diferentes problemáticas en salud pública de las comunidades indígenas.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2021 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Pérez AL. La denuncia de la muerte en América del Sur Suicidios, ruralidades y tiempos neoliberales. *Revista de Ciencias Sociales*. junio de 2020;33(46):43-65.
3. Alonzo D. The engaged community action for preventing suicide (ECAPS) model in Latin America: development of the ¡PEDIR! program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 de junio de 2023;58(6):861-70.
4. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, Tassinari S, Faria A, Castañeda-Cardona C, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *RCP*. 1 de octubre de 2017;46(4):237-42.
5. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia; Décimo primer Informe Técnico. Bogotá D.C.; 2019.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico. Estadísticas Vitales. Defunciones fetales y no fetales II trimestre 2022pr, acumulado 2021pr y año corrido 2022pr.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Bogotá D.C.; 2016.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas. Bogotá D.C.; 2019.
9. Vargas-Espíndola A, Villamizar-Guerrero JC, Puerto-López JS, Rojas-Villamizar MR, Ramírez-Montes OS, Urrego-Mendoza ZC, et al. Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017;65(1):129-35.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Población Indígena de Colombia. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.
11. Universidad de Antioquia. Perfil de Desarrollo Departamental. Grupos étnicos de Antioquia. 2021.
12. Centro Nacional de Memotia Histórica, Organización Indígena de Colombia. Tiempos de vida y muerte: memorias y luchas de los Pueblos Indígenas en Colombia. P. 13 de septiembre de 2021;16(29):3-9.
13. Eslava LFR, Mendoza ZCU, Córdoba FE. Desplazamiento forzado interno y salud mental en pueblos indígenas de Colombia. El caso Emberá en Bogotá. *Tesis Psicológica*. diciembre de 2019;14(2):42-65.
14. Santiago O, Puerto L JS, Rojas V MR, Villamizar G JC, Vargas E LA, Urrego-Mendoza ZC. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. abril de 2018;36(1):55-65.

## 6.6 Uso de servicios de salud, calidad de atención e impacto sanitario en mujeres gestantes en Guainía 2010-2022

*Una evaluación al modelo de atención para zonas dispersas*

Gabriel Jaime Otálvaro Castro<sup>1</sup>, Dorian Ignacio Ospina Galeano<sup>1</sup>,  
Valentina Espinosa Ruiz<sup>1</sup>, Yeisson Alejandro Gutiérrez Cano<sup>1</sup>,  
Cindy Marleyi Sanabria Castellanos<sup>2</sup>, Juan Sebastián Parada  
Portilla<sup>2</sup>, Luz Adriana Zuluaga Salazar<sup>2</sup>

**Palabras clave:** Equidad en el acceso a los servicios de salud; calidad de la atención de salud; salud de los pueblos indígenas; salud materno-infantil; modelos de atención

### Abreviaturas:

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección social  
**BID:** Banco Interamericano de Desarrollo  
**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud  
**IRA:** Infección Respiratoria Aguda  
**TBC:** Tuberculosis pulmonar  
**APS:** Atención Primaria en Salud  
**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública  
**EPS:** Entidad Promotora de Salud  
**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud  
**CPN:** Control Prenatal  
**RIPS:** Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud  
**CUPS:** Código Único de Procedimientos en Salud  
**RUAF:** Registro Único de Afiliados  
**ADRES:** Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud  
**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

1. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.  
Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud  
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de calidad.



En territorios de alta dispersión geográfica y baja densidad poblacional, la garantía del acceso a la atención en salud y la reducción de las brechas de inequidad socio-sanitaria, constituyen un desafío de enorme complejidad por la combinación de múltiples asuntos críticos. Los indicadores de salud pública en estos territorios presentan valores muy superiores a la media nacional, de la misma manera, las poblaciones presentan un patrón de muy baja utilización de servicios de salud que está directamente relacionado con el bajo impacto sanitario. Una de las prioridades de los planes territoriales y de las políticas nacionales de salud, en este contexto se relaciona con la salud materno infantil. En este estudio se evaluó el efecto del modelo de salud adoptado como política nacional para la atención en salud en zonas dispersas, mediante un análisis tendiente a establecer si mejoró el uso de servicios de salud, la calidad del cuidado de la salud y algunos indicadores de morbi-mortalidad materno-perinatal, en una cohorte de mujeres gestantes del departamento de Guainía entre 2010 y 2022.



El departamento de Guainía es un territorio fronterizo localizado en la región amazónica, el quinto más extenso del país. Cuenta con 55.091 habitantes (2022), es así el segundo menos habitado del país (0,1% del total nacional), el 74,9% de la población es indígena organizada en 154 comunidades al interior de 27 resguardos. El 97% del territorio es zona de resguardo indígena y el 75% se clasifica como área rural. Se caracteriza por la amplia dispersión de sus habitantes y por la diversidad etnocultural en su población, conformada por ocho pueblos indígenas. Tiene dos municipios, la capital Inírida, concentra el 48% de los habitantes; además de siete corregimientos (1,2).

El 46% de la población se encuentra en situación de pobreza multidimensional, que lo ubican como el tercer departamento más pobre del país (2022). La situación socioeconómica de la población muestra altos niveles de privación a nivel de hogares en aspectos como el trabajo en condiciones de informalidad (91,2%), déficit de acceso a fuentes de agua mejorada (72,1%), bajo logro educativo (67%), inadecuada eliminación de excretas (51,7%) y rezago escolar (38%) (1). La movilidad al interior del departamento se realiza por vía fluvial o aérea. No existen redes viales terrestres que conecten el departamento con el interior del país, así, los desplazamientos internos pueden tomar desde unas cuantas horas hasta más de veinte, según la temporada climática del año y el medio de transporte. Estas dificultades en el transporte conllevan a que los precios de víveres, bienes y servicios sean superiores al de otros lugares del país con el consecuente incremento del costo de vida. En el mismo sentido, las restricciones de movilidad aumentan el riesgo de enfermar y morir asociado a la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud (3). El territorio presenta altos niveles de conflictividad social asociados a la presencia de grupos armados

ilegales, al crecimiento de la explotación minera ilegal y a un bajo desarrollo institucional del Estado (4). Se reconoce una escasa participación de las comunidades indígenas en la toma de decisiones y una débil perspectiva intercultural en el relacionamiento entre comunidades e institucionalidad (5). Adicionalmente, un cuarto de la población se reconoce como víctima de desplazamiento forzado (2). En general, indicadores trazadores de salud pública como los de mortalidad en menores de 5 años, mortalidad por IRA, mortalidad por TBC y prevalencia de desnutrición global presentan valores superiores respecto a los promedios nacionales (2).

En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (6), realizó una serie de estudios tendientes a diseñar un modelo piloto para la prestación de servicios de salud en el departamento de Guainía, que posteriormente se configuró como un modelo de atención para las regiones con alta dispersión geográfica, como parte de la implementación del denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (7). A través del Decreto 2561 de 2014 y la Resolución 4827 de 2015, el MSPS definió los mecanismos para adoptar el nuevo modelo de atención en salud en el departamento con una implementación gradual y en concertación con los pueblos indígenas. Bajo el reconocimiento del deber del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, el modelo fue una apuesta con intención de replicabilidad para la administración del aseguramiento y de prestación de servicios de salud en condiciones de mercado en zonas de alta dispersión geográfica, esto implicó renunciar al modelo de competencia regulada y adoptar un modelo basado en un único asegurador.

El modelo para Guainía partió de reconocer un déficit de acceso,

**El 46% de la población se encuentra en situación de pobreza multidimensional, que lo ubican como tercer departamento más pobre del país (2022). La situación socioeconómica de la población muestra altos niveles de privación a nivel de hogares en aspectos como el trabajo en condiciones de informalidad (91,2%), déficit de acceso a fuentes de agua mejorada (72,1%), bajo logro educativo (67%), inadecuada eliminación de excretas (51,7%) y rezago escolar (38%) (1)**

en tanto la casi totalidad de la población se encontraba afiliada al sistema de seguridad social en salud, pero solo el 17% tuvo un acceso efectivo a los servicios (medido a partir de una consulta médica al año) (8). El diagnóstico de base señaló que la red de prestación de servicios tenía una situación de abandono institucional, un déficit marcado de equipamiento y suministros, una baja resolutive y una funcionalidad menor del 50% expresada en la inactividad de puntos de diagnóstico microscópico y puestos de salud, motivada por la falta de personal, de elementos e insumos, de comunicaciones o por la inestabilidad social, así como al déficit de recursos humanos profesionales debido a las condiciones laborales precarias y al reiterado incumplimiento en los pagos (6).

El modelo se fundamentó en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y se enmarcó en las directrices del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y el Plan Territorial Salud (8). Este propuso organizar grupos integrados de cuidado con población a cargo de los microterritorios, quienes serían los responsables del cuidado y seguimiento de la situación de salud de las poblaciones. Así mismo, dispuso la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios (un hospital municipal de nivel II, cuatro centros de salud y 23 puestos de salud), articulados a un hospital universitario, de nivel III y IV con el fin de articular la atención desde lo preventivo, individual y comunitario, hasta lo curativo de alta complejidad, desde un enfoque basado en la gestión integral del riesgo. Algunas de las acciones a cargo de la Empresa Promotora de Salud (EPS) incluían: visitas a viviendas y comunidades, organización de equipos extramurales, equipos intramurales con capacidad resolutive, atención intrahospitalaria y brigadas de salud con participación de personal médico especialista. Se priorizaron rutas para la gestión integral del riesgo en salud con énfasis en las rutas materno-perinatal, de salud mental, de enfermedades crónicas y de enfermedades transmitidas por vectores (8).

En este contexto y con la intención de aportar insumos para evaluar el efecto de esta política de salud, este estudio tiene el objetivo de analizar el acceso efectivo y el uso de los servicios de salud, la calidad de la atención recibida y el impacto sanitario en una cohorte de mujeres gestantes residentes del departamento de Guainía entre el 2010–2022. El análisis parte de los registros administrativos disponibles y busca responder preguntas como: ¿Qué cambios se produjeron en la afiliación al sistema de salud?, ¿mejoró el uso de servicios de salud en la población afiliada al sistema de SGSSS?, ¿mejoró la calidad e integralidad en el cuidado

de la salud de las mujeres gestantes?, ¿se observaron cambios en desenlaces negativos, vistos desde indicadores de morbi-mortalidad materno-perinatal, en la población que usó los servicios de salud?

### Características de las mujeres gestantes y la gestación

De las 7.117 mujeres que conformaron la cohorte, 2.255 corresponden al primer periodo 2010-2015 (31,7%), 2.785 estuvieron embarazadas entre 2016-2019 (39,1%) y 2.077 en el tercer periodo, posterior a 2020 (29,2%), correspondiente a la pandemia por COVID-19 (Tabla 1). El 58,1% de las gestantes no tenían registro de gestación previa, este porcentaje fue aumentando entre el primer y último periodo, lo que significa que la cohorte cada vez estuvo conformada en mayor medida por madres primigestantes. Entre las mujeres que reportaron gestaciones previas, el promedio de tiempo entre partos fue de 3,5 (DS= 2,0) años y aumentó cerca de dos veces entre el primer y último periodo. Esto indica que, a lo largo del periodo de estudio, entre las mujeres multíparas el tiempo entre tener un hijo y otro aumentó. Se observó un promedio de 1,6 (DS = 0,8) gestaciones por mujer en la cohorte, cifra que se mantuvo estable entre los tres periodos.

En todos los periodos, cerca del 70% de las gestantes fueron población joven, menores de 28 años con una edad promedio de 25 (DS = 7,0) años. El 2,3% eran niñas menores de 15 años y 17,1% jóvenes entre los 15 y 18 años. El 78,5% de las gestantes vivían en unión estable, porcentaje mayor en el primer periodo (86,3%), pero que disminuyó en los periodos siguientes. Dentro de este grupo, predominaron las mujeres que no estaban casadas, pero vivían en pareja hace más de dos años. El 69,4% de las gestantes eran indígenas, su proporción aumentó cerca de 10 puntos porcentuales entre cada periodo. El municipio con mayor proporción de gestantes fue la capital Inírida, seguida de Barrancominas. El 59,7% de las gestantes habitaban en cabeceras, el resto en zonas rurales dispersas y centros poblados, proporciones que variaron entre periodos con un aumento de registro de gestantes que habitaban las zonas dispersas. No fue posible identificar la pertenencia a una comunidad indígena específica ya que no se dispuso de dicha información.

La proporción de gestantes con nivel educativo básica primaria es 34,9% y con variaciones leves a lo largo del tiempo que muestran aumentos de uno o dos puntos porcentuales en mujeres con básica secundaria y media académica. Los niveles correspondientes a educación superior están cerca del 14% en todos los periodos.

Esta variable presentó un 20,7% de valores perdidos.

Se observa un aumento de los partos institucionalizados en el segundo periodo (81,5%) y de los partos atendidos por personal médico (80,9%). El 77,8% de los partos fueron espontáneos, su proporción aumenta sostenidamente entre periodos para el tercer periodo, representaron el 85,8%. Por consiguiente, los partos por cesárea e instrumentados disminuyen a lo largo del tiempo, especialmente entre el segundo y tercer periodo. La edad gestacional promedio al momento del parto es de 37,3 (DS = 3,9) semanas en el primer periodo y aumenta a 38,1 y 38,4 en los dos últimos periodos, respectivamente.

**Tabla 1. Características de las mujeres gestantes y del proceso de gestación**

	Total	2010-2015	2016-2019	2020-2022	valor-p global
	N=7117	N=2255	N=2785	N=2077	
Tiempo desde parto anterior (años) [Media (DS)]	3.5 (2.0)	1.9 (1.2)	3.2 (1.6)	4.2 (2.3)	<0.001
<b>Gestación previa:</b>					<0.001
Si	2982 (41.9%)	1067 (47.3%)	1169 (42.0%)	746 (35.9%)	
No	4135 (58.1%)	1188 (52.7%)	1616 (58.0%)	1331 (64.1%)	
Total gestaciones (vivos o muertos) [Media (DS)]	1.6 (0.8)	1.7 (0.8)	1.6 (0.8)	1.5 (0.7)	<0.001
<b>Edad [Media (DS)]</b>	<b>25.0 (7.0)</b>	<b>25.1 (7.2)</b>	<b>24.9 (7.0)</b>	<b>25.1 (6.9)</b>	<b>0.449</b>
<b>Edad:</b>					<b>0.065</b>
<15	165 (2.3%)	64 (2.8%)	57 (2.0%)	44 (2.1%)	
15 a 18	1215 (17.1%)	392 (17.4%)	504 (18.1%)	319 (15.4%)	
19 a 25	2697 (37.9%)	836 (37.1%)	1068 (38.3%)	793 (38.2%)	
26 a 34	2228 (31.3%)	705 (31.3%)	838 (30.1%)	685 (33.0%)	
35+	806 (11.3%)	257 (11.4%)	317 (11.4%)	232 (11.2%)	
No registrado	6 (0.1%)	1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	4 (0.2%)	
<b>Joven:</b>					<b>0.286</b>
Si	5015 (70.5%)	1575 (69.8%)	1981 (71.1%)	1459 (70.2%)	
No	2096 (29.5%)	679 (30.1%)	803 (28.8%)	614 (29.6%)	
No registrado	6 (0.1%)	1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	4 (0.2%)	
<b>Estado civil:</b>					<b>&lt;0.001</b>
Soltera	672 (9.4%)	180 (8.0%)	331 (11.9%)	161 (7.8%)	
Alguna vez casada	44 (0.6%)	14 (0.6%)	25 (0.9%)	5 (0.2%)	
Unión estable	5586 (78.5%)	1945 (86.3%)	2137 (76.7%)	1504 (72.4%)	
No registrado	815 (11.5%)	116 (5.1%)	292 (10.5%)	407 (19.6%)	

Etnia:					<0.001
Indígena	4938 (69.4%)	1341 (59.5%)	1938 (69.6%)	1659 (79.9%)	
Afrocolombiana	13 (0.2%)	4 (0.2%)	2 (0.1%)	7 (0.3%)	
Otra	1930 (27.1%)	758 (33.6%)	793 (28.5%)	379 (18.2%)	
No registrado	236 (3.3%)	152 (6.7%)	52 (1.9%)	32 (1.5%)	
Indígena:					<0.001
Si	4938 (69.4%)	1341 (59.5%)	1938 (69.6%)	1659 (79.9%)	
No	1943 (27.3%)	762 (33.8%)	795 (28.5%)	386 (18.6%)	
No registrado	236 (3.3%)	152 (6.7%)	52 (1.9%)	32 (1.5%)	
Municipio de residencia:					<0.001
Inírida	5727 (80.5%)	1872 (83.0%)	2233 (80.2%)	1622 (78.1%)	
Barrancominas	975 (13.7%)	282 (12.5%)	352 (12.6%)	341 (16.4%)	
Mapiripan	107 (1.5%)	33 (1.5%)	51 (1.8%)	23 (1.1%)	
San Felipe	120 (1.7%)	32 (1.4%)	52 (1.9%)	36 (1.7%)	
Puerto Colombia	70 (1.0%)	16 (0.7%)	33 (1.2%)	21 (1.0%)	
La Guadalupe	27 (0.4%)	9 (0.4%)	14 (0.5%)	4 (0.2%)	
Cacahual	36 (0.5%)	4 (0.2%)	20 (0.7%)	12 (0.6%)	
Pana Pana	29 (0.4%)	4 (0.2%)	17 (0.6%)	8 (0.4%)	
Morichal	26 (0.4%)	3 (0.1%)	13 (0.5%)	10 (0.5%)	
Zona de residencia:					<0.001
Cabecera	4252 (59.7%)	1518 (67.3%)	1675 (60.1%)	1059 (51.0%)	
Resto	2865 (40.3%)	737 (32.7%)	1110 (39.9%)	1018 (49.0%)	
Residencia en Inírida:					<0.001
Inírida	5727 (80.5%)	1872 (83.0%)	2233 (80.2%)	1622 (78.1%)	
Resto	1390 (19.5%)	383 (17.0%)	552 (19.8%)	455 (21.9%)	
Educación de la madre:					<0.001
Superior	1010 (14.2%)	272 (12.1%)	412 (14.8%)	326 (15.7%)	
Primaria	2482 (34.9%)	914 (40.5%)	918 (33.0%)	650 (31.3%)	
Secundaria	1668 (23.4%)	522 (23.1%)	596 (21.4%)	550 (26.5%)	
Ninguno/Preescolar	482 (6.8%)	169 (7.5%)	212 (7.6%)	101 (4.9%)	
No registrado	1475 (20.7%)	378 (16.8%)	647 (23.2%)	450 (21.7%)	
Sitio del parto:					<0.001
Institución de salud	5590 (78.5%)	1730 (76.7%)	2271 (81.5%)	1589 (76.5%)	
El domicilio	1093 (15.4%)	312 (13.8%)	383 (13.8%)	398 (19.2%)	
Otro sitio	52 (0.7%)	11 (0.5%)	23 (0.8%)	18 (0.9%)	
No registrado	382 (5.4%)	202 (9.0%)	108 (3.9%)	72 (3.5%)	
Tipo de parto:					<0.001
Espontáneo	5534 (77.8%)	1586 (70.3%)	2165 (77.7%)	1783 (85.8%)	
Cesárea	1477 (20.8%)	591 (26.2%)	606 (21.8%)	280 (13.5%)	
Instrumentado	43 (0.6%)	28 (1.2%)	6 (0.2%)	9 (0.4%)	

No registrado	63 (0.9%)	50 (2.2%)	8 (0.3%)	5 (0.2%)	
Persona que atendió el parto:					<0.001
Médico-a	5529 (77.7%)	1715 (76.1%)	2252 (80.9%)	1562 (75.2%)	
Enfermero-a	42 (0.6%)	7 (0.3%)	13 (0.5%)	22 (1.1%)	
Auxiliar enfermería	130 (1.8%)	18 (0.8%)	42 (1.5%)	70 (3.4%)	
Promotor-a de salud	123 (1.7%)	23 (1.0%)	23 (0.8%)	77 (3.7%)	
Partera	271 (3.8%)	54 (2.4%)	97 (3.5%)	120 (5.8%)	
Otra persona	640 (9.0%)	236 (10.5%)	250 (9.0%)	154 (7.4%)	
No registrado	382 (5.4%)	202 (9.0%)	108 (3.9%)	72 (3.5%)	
Edad gestacional (semanas)	37.9 (3.9)	37.3 (5.7)	38.1 (2.8)	38.4 (2.2)	<0.001

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

**Tabla 2. Cambios en el comportamiento de la afiliación**

2010-2015	57,5% de las gestantes tenían afiliación activa al SGSSS
	De las personas no afiliadas, el 74% eran indígenas
	62,8% vivían en Inírida
2016-2019	El porcentaje de afiliación activa fue de 65,6%
	Entre las gestantes no afiliadas en este periodo, el 80% eran indígenas
	52,9% vivían en Inírida
2020-2022	La afiliación activa fue del 84,6%;
	77,7% eran indígenas
	47% vivían en Inírida.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

En términos generales, estas proporciones indican un aumento en la afiliación entre los periodos de estudio y que la mayoría de las gestantes no afiliadas eran indígenas con un aumento de esta proporción en el segundo periodo. En relación con la zona de residencia de las no afiliadas, la mayoría vivían en Inírida, aunque el porcentaje de no afiliación también fue alto entre las que vivían en las zonas rurales y dispersas. Los porcentajes de afiliación en la cohorte fueron más bajos que el total de aseguramiento departamental, que según cifras del MSPS fue del 98,8% al cerrar el 2022. La mayor carga de afiliación la tuvo el régimen subsidiado, en general agrupó el 90,2% de las gestantes. La afiliación al régimen contributivo se ha mantenido estable en el tiempo y en ningún periodo superó el 8% de las mujeres de la cohorte.

### Cambios en el uso de servicios de las mujeres gestantes

De las 7117 gestantes de todos los periodos, un tercio de ellas (2362) no tuvo contacto con los servicios de salud (por cualquier diagnóstico o causa relacionada o no con la gestación) en el año del parto o en el año anterior. El 55,9% de ellas se encontraban con afiliación activa. En la tabla 2, se aprecia como no usar los servicios de salud en el periodo de la gestación fue más frecuente entre 2016 y 2019.

**Tabla 3. Cambios en el uso de servicios de mujeres gestantes, según etnia, zona de residencia y estado de afiliación, Guainía 2010-2022**

Periodo	2010-2015			2016-2019			2020-2022		
Etnia y zona de residencia	Gestantes que no usaron los servicios (n=600)	Sin afiliación activa (n=395)	Afiliados activos (n=205)	Gestantes que no usaron los servicios (n=1560)	Sin afiliación activa (n=559)	Afiliados activos (n=1001)	Gestantes que no usaron los servicios (n=202)	Sin afiliación activa (n=86)	Afiliados activos (n=116)
<b>Etnia</b>									
Indígena	404 (67.3%)	308 (76.2%)	96 (23.8%)	1118 (71.7%)	440 (39.4%)	678 (60.6%)	177 (87.6%)	67 (37.9%)	110 (62.1%)
Otra etnia	155 (25.8%)	65 (41.9%)	90 (58.1%)	414 (26.5%)	105 (25.4%)	309 (74.6%)	24 (11.9%)	18 (75.0%)	6 (25.0%)
No registrado	41 (6.8%)	22 (53.7%)	19 (46.3%)	28 (1.8%)	14 (50.0%)	14 (50.0%)	1 (0.5%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
<b>Zona de residencia</b>									
Cabecera	293 (48.8%)	132 (45.1%)	161 (54.9%)	871 (55.8%)	181 (20.8%)	690 (79.2%)	56 (27.7%)	27 (48.2%)	29 (51.8%)
Resto	307 (51.2%)	263 (85.7%)	44 (14.3%)	689 (44.2%)	378 (54.9%)	311 (45.1%)	146 (72.3%)	59 (40.4%)	87 (59.6%)

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

Entre el 2010-2015, el porcentaje de no uso de servicios de salud en gestantes fue del 26,6%. En este periodo, 23,8% de las mujeres indígenas que no usaron los servicios contaban con afiliación activa, el resto no contaba con afiliación. El 54,9% de las gestantes que vivían en cabeceras y no usaron los servicios, tenían afiliación activa, así mismo, el 14,3% de quienes vivían en centros poblados y dispersos y no usaron los servicios, contaban con afiliación activa.

El 56% de las gestantes agrupadas en el periodo 2016-2019 no usaron los servicios de salud. Este porcentaje aumentó más del doble en comparación con el periodo anterior. El 60,6% de las mujeres indígenas que no usaron los servicios contaban con afiliación activa. El 79,2% de las gestantes que vivían en cabeceras y no usaron los servicios, tenían afiliación activa. El 45,1% de quienes vivían en centros poblados y dispersos y no usaron los servicios, contaban con afiliación activa.

Se observa un marcado aumento en el uso de servicios entre las gestantes agrupadas en el último periodo, 90,3% de ellas registraron contacto con los servicios de salud. Entre quienes no usaron los servicios y eran indígenas, el 62,1% tenían afiliación activa, mientras que 51,8% de aquellas que vivían en cabeceras y no usaron los servicios, tenían afiliación activa, este porcentaje

fue de 59,6% para quienes vivían en centros poblados y zonas dispersas.

### Cambios en la calidad de la atención a las mujeres gestantes

Para el total de años de estudio, el 73,3% de las gestantes no registraron visitas de control prenatal en el año de nacimiento o en el año anterior, el periodo 2016-2019 fue en el que se presentó una mayor proporción de gestantes sin ningún control, mientras el 2020-2022 mejoró ostensiblemente. Las diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). La proporción de mujeres con tres o cuatro controles prenatales (CPN) es bajo, sigue así el mismo patrón indicado para las gestantes sin controles, que registra la menor proporción en el periodo 2016-2019 y la mayor en el 2020-2022 (Tabla 3).

**Tabla 4. Controles prenatales según RIPS en gestantes, Guainía 2010-2022**

	Total (n=7117)	2010-2015 (n=2255)	2016-2019 (n=2785)	2020-2022 (n=2077)
Ninguno	5215 (73,3%)	1721 (76,3%)	2374 (85,2%)	1120 (53,9%)
1 a 2	1135 (15,9%)	368 (16,3%)	289 (10,4%)	478 (23,0%)
3 a 4	767 (10,8%)	166 (7,4%)	122 (4,4%)	479 (23,1%)

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

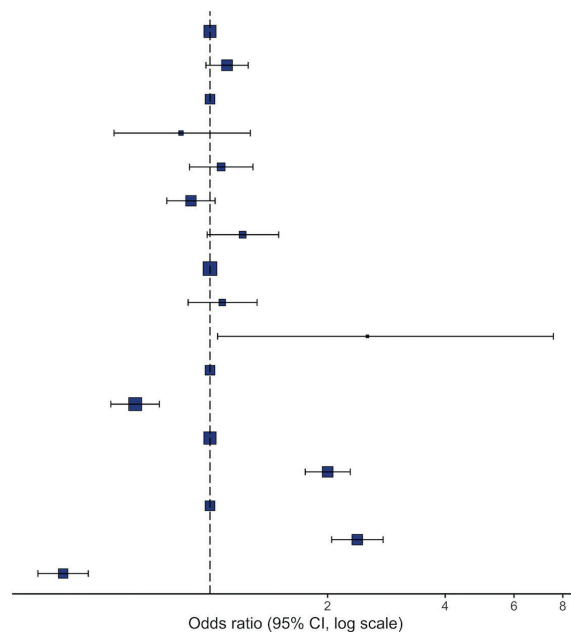
Durante todo el periodo, el 87,5% de las gestantes no lograron tener un seguimiento básico a la gestación, entendido como contar con al menos una visita de CPN, una ecografía, una prueba para VIH y una serología para sífilis. El 65,8% de las gestantes sin seguimiento básico, contaba con afiliación activa en el periodo de gestación, de las cuales el 68% eran indígenas, de ellas el 65,4% vivían en cabeceras urbanas. El patrón de no acceso al seguimiento básico es mayor en el periodo 2016-2019 (97,4%), el 64,8% de ellas contaban con afiliación activa en dicho periodo. En el último periodo, se observa una mejora en el acceso en comparación con el periodo anterior, aun así 73,8% de las gestantes no presentaron seguimiento básico, de las cuales el 80,5% tenían afiliación activa en el periodo de gestación, el 85,2% de estas mujeres eran indígenas, el 44,4% vivían en cabeceras urbanas.

**Cambios en indicadores de morbilidad y atención prenatal**

Los análisis multivariados indican que en el periodo de implementación del MIAS las gestantes tienen 2,38 veces más probabilidad de no tener CPN. Entre las mujeres que habitan en zonas rurales y dispersas, la probabilidad es 2,0 veces mayor (Gráfico 1). En contraste, condiciones como haber sido gestante en el periodo 2020-2022 y tener afiliación activa al SGSSS disminuyen la probabilidad de no tener CPN.

**Gráfico 1. Estimaciones del modelo de regresión logística multivariable relacionado con no tener control prenatal, Guainía 2010-2022**

Parto repetido	No	-
	Si	1.11 (0.98-1.25, p=0.114)
Edad	26 a 34	-
	<15	0.84 (0.57-1.27, p=0.403)
	15 a 18	1.07 (0.89-1.29, p=0.492)
	19 a 25	0.89 (0.78-1.03, p=0.123)
Estado civil	35+	1.21 (0.98-1.50, p=0.074)
	Union estable	-
	Soltera	1.08 (0.88-1.32, p=0.485)
Afiliado a SGSSS en año de nacimiento o anterior	Alguna vez casada	2.53 (1.05-7.57, p=0.061)
	No	-
Zona de residencia	Si	0.64 (0.56-0.74, p<0.001)
	Cabecera	-
Periodo de estudio	Resto	2.00 (1.75-2.29, p<0.001)
	2010-2015	-
	2016-2019	2.38 (2.05-2.77, p<0.001)
	2020+	0.42 (0.36-0.49, p<0.001)



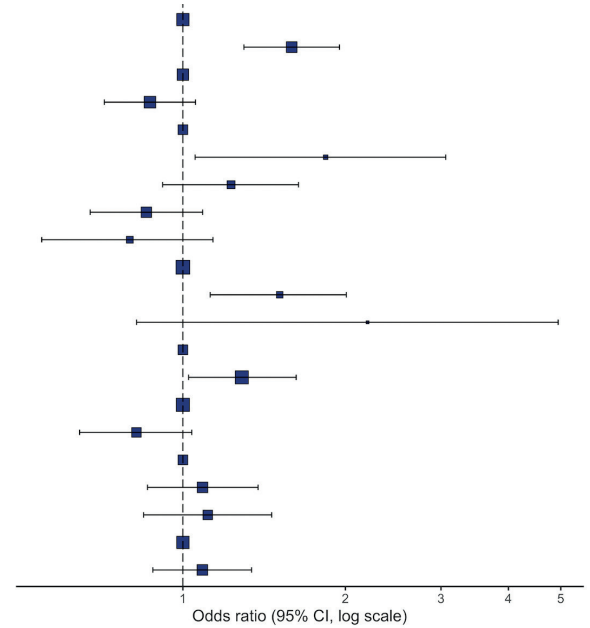
Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

## Cuando la muerte es evitable

En relación con el bajo peso al nacer, se evidencia una mayor probabilidad de presentar esta condición en mujeres con partos previos (OR = 1,59), menores de 15 años (OR = 1,84), solteras (OR = 1,51) y afiliadas al SGSSS (OR = 1,29). No se identifican factores protectores para el bajo peso al nacer estadísticamente significativos. Tampoco, hay diferencias significativas en este desenlace según los periodos de análisis (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Estimaciones del modelo de regresión logística multivariable para tener bajo peso al nacer, Guainía 2010-2022**

Parto repetido	No	-
	Si	1.59 (1.30-1.95, p<0.001)
Sexo del nacido vivo	Femenino	-
	Masculino	0.87 (0.72-1.06, p=0.157)
Edad	26 a 34	-
	<15	1.84 (1.05-3.06, p=0.025)
	15 a 18	1.23 (0.92-1.64, p=0.164)
	19 a 25	0.86 (0.67-1.09, p=0.203)
	35+	0.80 (0.55-1.14, p=0.223)
Estado civil	Union estable	-
	Soltera	1.51 (1.12-2.01, p=0.005)
	Alguna vez casada	2.20 (0.82-4.95, p=0.080)
Afiliado a SGSSS en año de nacimiento o anterior	No	-
	Si	1.29 (1.02-1.62, p=0.032)
Ingreso a control prenatal mismo año o anterior	No	-
	Si	0.82 (0.64-1.04, p=0.104)
Periodo de estudio	2010-2015	-
	2016-2019	1.09 (0.86-1.38, p=0.486)
	2020+	1.11 (0.85-1.46, p=0.447)
Zona de residencia	Cabecera	-
	Resto	1.09 (0.88-1.34, p=0.440)



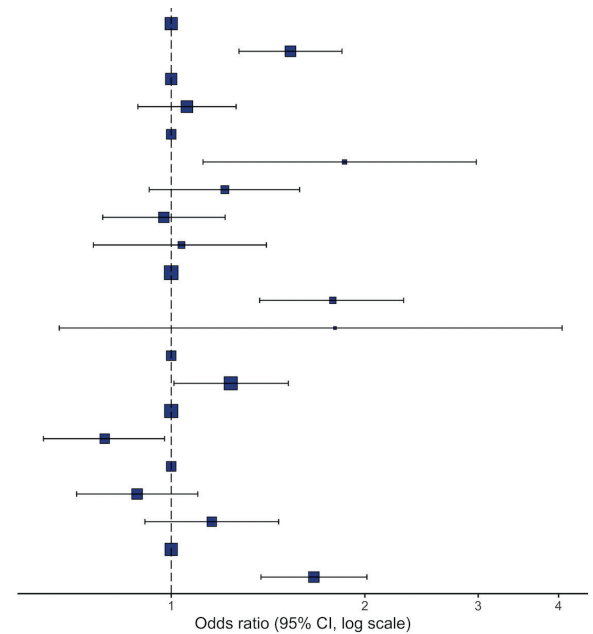
Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

Las mujeres con partos previos (OR = 1,53), menores de 15 años (OR =1,86), solteras (OR =1,78) y quienes habitaban en las zonas rurales y dispersas (OR = 1,67) tuvieron una mayor probabilidad de presentar parto pretérmino. Tener CPN se configuró como un factor protector ante esta situación y no hay diferencias estadísticamente significativas por periodos analizados (Gráfico 3).



**Gráfico 3. Estimaciones del modelo de regresión logística multivariable para parto pretérmino, Guainía 2010-2022**

Parto repetido	No	-
	Si	1.53 (1.27-1.84, p<0.001)
Sexo del nacido vivo	Femenino	-
	Masculino	1.06 (0.89-1.26, p=0.530)
Edad	26 a 34	-
	<15	1.86 (1.12-2.98, p=0.013)
	15 a 18	1.21 (0.92-1.58, p=0.162)
	19 a 25	0.97 (0.78-1.21, p=0.813)
Estado civil	35+	1.04 (0.76-1.41, p=0.816)
	Union estable	-
	Soltera	1.78 (1.37-2.30, p<0.001)
Afiliado a SGSSS en año de nacimiento o anterior	Alguna vez casada	1.80 (0.67-4.05, p=0.194)
	No	-
Ingreso a control prenatal mismo año o anterior	Si	1.24 (1.01-1.52, p=0.041)
	No	-
Periodo de estudio	Si	0.79 (0.63-0.98, p=0.031)
	2010-2015	-
	2016-2019	0.89 (0.71-1.10, p=0.270)
Zona de residencia	2020+	1.16 (0.91-1.47, p=0.234)
	Cabecera	-
	Resto	1.67 (1.38-2.01, p<0.001)



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos SISPRO

### Conclusiones y recomendaciones

El modelo de atención para zonas dispersas prioriza la ruta materno-perinatal en la gestión integral del riesgo en salud en coherencia con la situación epidemiológica y el plan territorial de salud de Guainía, que presenta un perfil de vulnerabilidad más agudo que en el resto del país con indicadores hasta seis veces mayores que el promedio nacional, que se han mantenido especialmente altos en los últimos 15 años, y que están entre las principales causas de mortalidad (en los niños y niñas menores de un año) y de años de vida potencialmente perdidos (2). Tal como ha sido señalado en otros estudios, la presencia de una alta proporción de población indígena joven es más frecuente en territorios con resguardos ubicados en zonas con difícil acceso geográfico (3), como lo es Guainía, que presenta una alta proporción de mujeres gestantes jóvenes durante el periodo, todo un reto al pensar en el acceso a los servicios.

**Con la implementación del MIAS, se puede constatar un aumento en los niveles de afiliación a la seguridad social en la cohorte analizada, sin embargo, la afiliación no fue universal en ninguno de los periodos. Esto contradice lo señalado en los diagnósticos oficiales y el ASIS departamental (2,5).**

Con la implementación del MIAS, se puede constatar un aumento en los niveles de afiliación a la seguridad social en la cohorte analizada, sin embargo, la afiliación no fue universal en ninguno de los periodos. Esto contradice lo señalado en los diagnósticos oficiales y el ASIS departamental (2,5). De hecho, y a pesar del aumento sostenido en la afiliación, una proporción de gestantes permanece sin afiliación a lo largo del tiempo, mayoritariamente población indígena (tres cuartos de las no afiliadas). El aumento en la cobertura del aseguramiento es más efectivo en la capital del departamento que en el resto de los territorios.

A pesar del aumento de los recursos girados a la única aseguradora y las directrices para la implementación del modelo de atención, no se logra un avance sustancial en el uso universal y equitativo de los servicios de salud para las mujeres gestantes del departamento. Un tercio de ellas no tuvo ningún contacto con los

servicios de salud, aun cuando más de la mitad disponía de afiliación activa y fuese una población especialmente

priorizada en el modelo. Resulta paradójico el aumento en el porcentaje de no uso de servicios en el periodo 2016-2019 respecto del anterior, así como llamativo y significativo el aumento del uso de servicios durante el periodo de pandemia.

El no uso de servicios de salud en las gestantes constituye un elemento crítico determinante de la situación de la salud materno-infantil en el país y explica una parte importante de los indicadores negativos que se presentan en este tema. Aun cuando los datos indican que la situación es más crítica en las mujeres indígenas que viven fuera de la capital y en las zonas rurales dispersas (donde se presentan los más altos valores de no afiliación), los valores de no uso son también muy altos en la zona urbana, la capital y entre población afiliada.

La implementación del MIAS conllevó a un aumento del parto institucionalizado y atendido por personal médico, sin embargo, ni el aumento de los recursos ni la reducción de los actores que operan bajo un modelo de asegurador único, lograron transformar el histórico patrón de bajo uso de servicios y aumentar la calidad de la atención brindada a las mujeres gestantes en el departamento de Guainía. Lo anterior se evidencia en los porcentajes de mujeres que no registraron CPN (73,3% en todo el periodo analizado, 85,2% durante la implementación del MIAS entre 2016-2019) o de aquellas que no tuvieron un seguimiento básico adecuado (el 87,5% de las gestantes). Igual sucede con el porcentaje de mujeres con tres o más CPN, uno de los indicadores de resultado definidos en el modelo de atención para zonas dispersas que se mantuvo en niveles subóptimos y muy bajos a lo largo de la implementación del modelo.

En la misma línea, los resultados de los análisis multivariados sugieren una reducción en el uso de

servicios en el periodo 2016-2019 en comparación con el quinquenio anterior. No contar con CPN durante la gestación o el año anterior es mayor en gestantes cuyo momento de parto se dio en el periodo 2016-2019, mujeres con 35 años o más, y aquellas con residencia en la zona rural. Al explorar el efecto del CPN frente a

desenlaces como el bajo peso al nacer o el parto pretérmino, se observa una reducción de la probabilidad de tener dichos desenlaces entre quienes tuvieron dicho control, aunque no es estadísticamente significativa para bajo peso al nacer. No obstante, la probabilidad de presentar bajo peso al nacer o tener un parto pretérmino se incrementa significativamente entre las residentes de la zona rural, las mujeres menores de 18 años y aquellas que tenían estado civil soltera.

Los datos administrativos suministrados presentan fortalezas y oportunidades de mejora para la implementación de análisis epidemiológicos transversales y longitudinales con el fin de explorar características del uso de servicios de salud y su relación con indicadores de situación de salud en Colombia. Los datos disponibles en los registros ADRES, RUA-F-ND, Sivigila y RIPS constituyen una poderosa fuente de información para reconstruir la historia de afiliación, el uso y la calidad de los servicios prestados, así como de la propia situación de salud. La estructura de datos diseñada para este estudio permite valorar la calidad y consistencia de los datos, así como explorar análisis retrospectivos soportados en información de los usuarios de los servicios de salud. De allí

que resulta de gran relevancia el poder garantizar el suministro de información completa en tanto la misma se encuentra potencialmente disponible en las bodegas del sistema de información nacional.

Aunque las variables incluidas facilitan la descripción del fenómeno, se observan limitaciones relacionadas con

**En territorios como Guainía, la garantía del acceso a la atención en salud, la consecución de resultados sanitarios óptimos y la reducción de las brechas de inequidad sociosanitaria, constituyen un desafío de enorme complejidad dada la combinación de condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales, políticas e institucionales. Estas características permiten comprender los mecanismos que configuran el entramado histórico en el que se (re)produce la inequidad social, a la vez de dimensionar el real significado de la garantía del derecho a la salud.**



la disponibilidad de datos para estudiar la mortalidad evitable y su relación con el uso de servicios en la población de la Guainía. Avanzar hacia otros análisis implicaría disponer de datos clínicos y de atención especial de los eventos en salud objeto de vigilancia, como aquella registrada en protocolos de eventos de notificación obligatoria o enfermedades de alto costo o de otros resultados de la gestación, como el desenlace de mortalidad materna, que no pudo ser evaluado para este análisis. La inclusión de esta información podría robustecer los análisis y controlar la confusión residual de las estimaciones estadísticas. Los datos administrativos disponibles en el estudio permiten reconstruir el uso de servicios y su efecto en desenlaces de la salud materno-infantil, no obstante, utilizar otras variables de origen clínico permitirían fortalecer y refinar la vigilancia en salud pública en Colombia basada en los datos administrativos.

Finalmente, en territorios como Guainía, la garantía del acceso a la atención en salud, la consecución de resultados sanitarios óptimos y la reducción de las brechas de inequidad socio sanitaria, constituyen un desafío de enorme complejidad dada la combinación de condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales, políticas e institucionales. Estas características permiten comprender los mecanismos que configuran el entramado histórico en el que se (re)produce la inequidad social, a la vez de dimensionar el real significado de la garantía del derecho a la salud. La materialización de este último, en tanto que derecho humano interdependiente, requiere de una renovada forma de acción estatal desde sus diferentes sectores, a la vez de una real disposición a la construcción de relaciones participativas con los diferentes actores sociales, y a la larga, de otra forma de realizar la gestión social de la salud en los territorios. Como lo interpela el presente estudio, producir nuevos resultados en salud en pro de la equidad sanitaria implica cambiar la lógica de cómo se piensa y gestiona la salud en los territorios con el fin de avanzar hacia una garantía de los derechos, no sujeta a la racionalidad del beneficio económico. Esto implica, por lo tanto, avanzar hacia la desmercantilización de las concepciones y diseños institucionales, con una firme orientación hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

## Recomendaciones para los tomadores de decisiones

- Es necesario que el país renueve el modelo de atención integral e intercultural en salud para poblaciones de zonas de alta dispersión geográfica, como parte del plan nacional de salud rural, que constituya una herramienta central de la garantía del derecho fundamental a la salud de las comunidades rurales, campesinas y étnicas, que sea construida de manera participativa con las autoridades e instancias organizativas de dichos pueblos a partir de los insumos derivados de la evaluación de los procesos y resultados de la implementación del Decreto 2561 de 2014 y la Resolución 4827 de 2015.
- El diseño de un nuevo arreglo institucional tendiente a garantizar un acceso efectivo y una atención integral y de calidad requiere trascender de la simple definición de un único asegurador y prestador, que fundamenta la propuesta vigente. Es necesario incorporar por lo menos dos aspectos estratégicos: uno, la definición de un sistema de monitoreo basado en un conjunto articulado de indicadores de acceso y uso de servicios, de calidad de la atención y de impacto sanitario de corto y mediano plazo. Dos, la definición de mecanismos regulares de participación de las comunidades y organizaciones de los pueblos del territorio, que deliberen a partir de los resultados del sistema de monitoreo mencionado. Los indicadores analizados en este estudio son un ejemplo de los análisis periódicos que se pueden realizar mediante los registros administrativos que se producen cotidianamente en los servicios de salud.
- La producción de información de calidad y el uso regular de esta a través de análisis orientados por criterios de equidad, son un requisito para el monitoreo de la efectividad y el mejoramiento del modelo de atención integral e intercultural que requieren las comunidades de zonas dispersas. Para ello, es indispensable no solo que los prestadores y aseguradores registren y reporten información de calidad, sino también que la autoridad sanitaria nacional verifique, consolide y facilite el acceso a información completa con el fin de propiciar análisis del acceso, uso de servicios, calidad de la atención y de los resultados sanitarios. Las universidades y grupos de investigación del país pueden ser aliados estratégicos para desarrollar el sistema de monitoreo propuesto.  
**Se requiere liderazgo técnico y voluntad política que permita avanzar en este desafío.**

## Referencias

1. Oficina de Estudios Económicos. Perfiles Económicos Departamentales [Internet]. 2023. [Citado 26 oct 2023]. Disponible en: <https://www.mincit.gov.co/CMSPages/GetFile.aspx?guid=59b3df46-0902-4200-98b5-ca3a6e34211f>
2. Departamento de Guainía [Internet]. Guainía: Secretaría de Salud Departamental y Gobernación de Guainía. Análisis de situación de Salud 2021 [Citado 26 oct 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-guainia-2021.zip>
3. Ardila-Sierra A, Niño-Leal L, Rivera-Triana D, Sarmiento-Medina MI, Alzate JP. Condiciones en la frontera sur entre Colombia y Venezuela ante la pandemia de COVID-19. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [Internet]. 2020;22(2):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86366>
4. Departamento de Guainía. Guainía: Secretaría de Salud Departamental y Gobernación de Guainía. Análisis de situación de Salud 2015.
5. Departamento de Guainía. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud de acuerdo con el nuevo modelo intercultural del departamento de Guainía [Internet]. 2015. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/anexo-3-informacion-red-servicios-salud-guainia-noviembre-2015.pdf>
6. República de Colombia, Ministerio de Salud y Proyección Social. Modelo Integral de Atención en Salud → MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>
7. Universidad de los Andes. Hacia un Sistema de Salud de Gestión por Resultados para zonas apartadas: El caso de Guainía. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Consultoría realizada para el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación del Banco Interamericano de Desarrollo – BID. 2014.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 2561, por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía [Internet]. 2014. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/DECRETO-2561-DE-2014.pdf>

## 6.7 Impacto de casas de paso interculturales en el acceso a los servicios de salud de pacientes Wayúu con cáncer de seno\*

Dorian Ospina <sup>1,3</sup>, Aynslie Hinds <sup>1</sup>, Nora Montealegre <sup>3</sup>, Beda Suárez <sup>2</sup>, Yercine Duarte <sup>2</sup>, Harold Gómez <sup>2</sup>, Javier Mignone <sup>1</sup>

**Palabras clave:** Cáncer de mama, Acceso a servicios de salud, Salud Indígena

### Abreviaturas:

**ECNT:** Enfermedad Crónica no Transmisible  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**INC:** Instituto Nacional de Cancerología  
**GPC:** Guía de Práctica Clínica  
**AW:** Anas Wayuu  
**EPSI:** Empresa Promotora de Salud Indígena  
**OR:** Odds Ratio  
**RIPS:** Registros Individuales de Prestación de Servicios  
**CIE10:** Clasificación Estadística Internacional de enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición  
**CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud

*\*Proyecto: "Anas Wayúu: Assessing the Role of Intercultural Hostels and Bilingual Guides in Access to Health Care and Quality of Care: Breast cancer patients' cohort".*

*Agradecimientos a Anas Wayúu EPSI y el Banco Interamericano de Desarrollo*

1. Department of Community Health Sciences, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba, Canada
2. Anas Wayúu, Empresa Promotora de Salud Indígena, Colombia
3. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia



## ¿Por qué es importante esto?

Se estima que dos terceras partes de las causas de muerte en el mundo se relacionan con enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y enfermedad pulmonar crónica. Lo anterior marcado por desigualdades en acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cuyas causas subyacen en procesos estructurales como los sistemas de salud fragmentados (1). Globalmente existe consenso en que las muertes por condiciones crónicas como el cáncer de seno son evitables, innecesarias y prematuras, además de prevenibles mediante acciones orientadas a factores determinantes de la salud (2). En Colombia, este cáncer es considerado de alto costo para el sistema de prestación de servicios y de vigilancia epidemiológica obligatoria por parte de sus operadores (3,4). En 2021, se reportaron 15.509 casos nuevos de cáncer de seno en el país, representando el 13,7% del total de las neoplasias diagnosticadas en ambos sexos. Otros registros oficiales sugieren un total de 14.453 casos nuevos observados en 2021 y 2022, de los cuales el 60% ocurrió en mujeres entre 20 y 44 años. En el mismo periodo, el 57,5% de los casos nuevos reportados y estadificados fueron diagnosticados tardíamente (3).

El Estado colombiano estableció la implementación de acciones para el control integral del cáncer de seno con el fin de buscar la reducción de la mortalidad. Las acciones preventivas requieren de la prestación de servicios de detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo (Ley 1733 de 2014). El Instituto Nacional de Cancerología (INC) y sociedades científicas orientan acciones en salud pública y de tratamiento clínico, al poner a disposición información sobre detección temprana con pruebas de tamizaje, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a través de la Guía de Práctica Clínica (GPC) (5).

Anas Wayúu (AW) es una Empresa Promotora de Salud Indígena (EPSI) sin fines de lucro que brinda cobertura de salud en el departamento de La Guajira. Fue creada en 2001 por dos asociaciones indígenas integradas por 120 autoridades de comunidades pertenecientes al pueblo Indígena Wayúu (Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira, y la Asociación Sumuywajat), y es gestionada en su mayoría por profesionales de origen Wayúu, en gran proporción bilingües: Wayuunaiki y Español (6).

**Datos administrativos mostraron que, en 2020, La Guajira tenía las menores tasas de Prestadores (28/100,000 habitantes) y Salas de atención (27/100,000 habitantes) en servicios de salud por cada cien mil de sus habitantes (9). El censo 2018 señaló además que el 26% de los residentes no contaban con afiliación al sistema de salud. La pobreza monetaria (40%), informalidad (90.3%) y el bajo logro educativo (64%) sobresalen entre población de La Guajira (8).**

La población Wayúu es uno de los aproximadamente 115 grupos étnicos indígenas de Colombia (7) con residencia principalmente en La Guajira bajo condiciones de vida precarias según evidencia oficial. Para el 2018, el departamento tenía una población de 880.560 habitantes. La mayoría de sus residentes carecían de agua potable, saneamiento y electricidad en sus casas, siendo mayores los porcentajes en residentes de la región de Alta Guajira. Además, el 26% no contaban con afiliación al sistema de salud. La pobreza monetaria (> 40%), informalidad (90.3%) y el bajo logro educativo (64%) sobresalen entre población de La Guajira (8). Datos administrativos mostraron que, en 2020, La Guajira tenía las menores tasas de Prestadores (28/100,000 habitantes) y Salas de atención (27/100,000 habitantes) en servicios de salud por cada cien mil de sus habitantes (9).

Actualmente, AW brinda cobertura de atención en salud a aproximadamente 260.000 personas, de las cuales el 71% son indígenas Wayúu. Para estos efectos, AW contrata una red de 27 Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud Indígenas (IPSI), 65 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud creadas por particulares y por el sector público (Empresas Sociales del Estado-ESE). A través de esta red, AW brinda cobertura en servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención primaria, secundaria y

terciaria de salud en el departamento de La Guajira y, de ser necesario, a nivel nacional (6,10). Al ser una organización de salud Indígena, AW ofrece servicios de alojamiento temporal en casas de paso a afiliados y familiares cuando necesitan recibir atención en salud en centros urbanos alejados de su lugar de residencia. AW también apoya programas comunitarios vinculados a prácticas de la medicina tradicional indígena, que buscan articular y complementar el sistema de salud occidental. La salud intercultural y la atención sanitaria integral son nociones centrales de la misión de AW (6).

Las Casas de paso son residencias que le permiten a afiliados de AW y sus acompañantes alojarse cuando necesitan abandonar sus comunidades por motivos de uso de servicios de salud. El propósito de las casas de paso es facilitar el acceso oportuno a todos los niveles de atención de salud y la continuidad de los tratamientos cuando se requiera. Las casas de paso brindan alojamiento y comidas, culturalmente apropiados cuando es posible, además de contar con guías bilingües. El objetivo de las casas de paso es reducir barreras de acceso a los servicios de salud tales como: 1) dispersión geográfica o dificultades de acceso a la atención médica, 2) económicas, dado los niveles de pobreza de la mayor parte de la población Wayúu, 3) de comunicación y comprensión lingüísticas, 4) culturales, relacionadas con un ambiente y la separación de su clan y familia extendida, que para los Wayúu es fundamental para el proceso de recuperación de su estado de salud. Las casas de paso, al ser un recurso que permite a pacientes y familiares permanecer sin gastos de bolsillo en zonas urbanas el tiempo que requieran y asistir a consultas clínicas o seguir tratamientos en la ciudad cuando sea necesario, ayudan a reducir barreras de acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, constituyen un instrumento que contribuye a garantizar el ejercicio del derecho de acceso a la atención de salud.

Es necesario avanzar en la generación de información que permita valorar estrategias interculturales orientadas a garantizar el derecho a la atención en

salud en Colombia. El acceso oportuno a servicios de prevención y tratamiento de condiciones crónicas son una necesidad en grupos indígenas y residentes de territorios rurales de país (11). Esta es una investigación cuantitativa de resultados de intervención de un modelo intercultural. El equipo de investigación no tuvo intención de realizar un estudio de eficacia o efectividad de los tratamientos interculturales. El objetivo fue evaluar el uso de casas de paso en términos del uso de servicios de salud en afiliados AW diagnosticados con cáncer de seno en el periodo 2014-2019. La ventana temporal fue delimitada según disponibilidad de microdatos relacionados con el servicio intercultural al momento de ejecución de este estudio.

**Las Casas de paso son residencias que le permiten a afiliados de AW y sus acompañantes alojarse cuando necesitan abandonar sus comunidades por motivos de uso de servicios de salud. El propósito de las casas de paso es facilitar el acceso oportuno a todos los niveles de atención de salud y la continuidad de los tratamientos cuando se requiera.**

### **Intervención intercultural en la atención en salud de un evento evitable**

Entre 2014 y 2019, AW tuvo 267.776 afiliados de los cuales el 71,4% eran indígenas (la mayoría Wayúu) y el 51,8% mujeres. Una diferencia importante entre los afiliados indígenas y no fue la zona de residencia: el 81,6% de los afiliados no indígenas vivían en áreas urbanas, en comparación con solo el 14,5% entre los indígenas. La mayoría de los afiliados indígenas (85%) vivían en los municipios de Maicao, Uribia y Manaure, mientras que los no indígenas principalmente habitaban en Maicao y Riohacha (los municipios incluyen áreas

urbanas y rurales). Entre 2014 y 2019, hubo un total de 2.350 usuarios de casas de paso (0,9% del total de afiliados), 1.978 de ellos indígenas.

Se identifican 474 casos de cáncer de seno entre los afiliados, de los cuales el 13,7% (65 pacientes) utilizó las casas de paso, el 52,3% tenía entre 45 y 64 años. La mayoría de los casos fueron de mujeres (92,4%), las únicas que utilizaron las casas de paso. Los pacientes con cáncer pertenecían mayormente al régimen subsidiado, 94,9%, y cerca del 42% se auto reconocía como indígenas. De los usuarios de casas de paso, el 55,4% residía en el municipio de Maicao, 16,9% en Riohacha y 13,8% en Uribia. Entre los casos, el 72% vivía en la zona urbana de alguno de los municipios señalados (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los casos de cáncer de seno según el uso de las casas de paso. La Guajira 2014-2019.

Variable		Usuario de casa de paso n (% columna)		
		Total	Si	No
Edad	<5	1 (0,2)	-	1 (0,2)
	5-14	10 (2,1)	-	10 (2,4)
	15-29	107 (22,6)	-	107 (26,2)
	30-44	103 (21,7)	12 (18,5)	91 (22,2)
	45-64	172 (36,3)	34 (52,3)	138 (33,7)
	65+	81 (17,1)	19 (29,2)	62 (15,2)
Sexo	Hombre	36 (7,6)	-	36 (8,8)
	Mujer	438 (92,4)	65 (100,0)	373 (91,2)
Régimen de afiliación	Contributivo	20 (5,1)	1 (1,5)	19 (5,8)
	Subsidiado	374 (94,9)	64 (98,5)	310 (94,2)
Pertenencia étnica Indígena	Si	198 (41,8)	36 (55,4)	162 (39,6)
	No	276 (58,2)	29 (44,6)	247 (60,4)
Ciudad de residencia del caso	Maicao	240 (50,6)	36 (55,4)	204 (49,9)
	Uribia	41 (8,6)	9 (13,8)	32 (7,8)
	Riohacha	90 (19,0)	11 (16,9)	79 (19,3)
	Manaure	33 (7,0)	3 (4,6)	30 (7,3)
	Albania	9 (1,9)	1 (1,5)	8 (2,0)
	Barrancas	16 (3,4)	1 (1,5)	15 (3,7)
	San Juan	23 (4,9)	2 (3,1)	21 (5,1)
	Villanueva	11 (2,3)	1 (1,5)	10 (2,4)
	Distracción	11 (2,3)	1 (1,5)	10 (2,4)
Zona de residencia	Urbana	296 (62,4)	37 (56,9)	259 (63,3)
	Rural	169 (35,7)	27 (41,5)	142 (34,7)
	Rural disperso	9 (1,9)	1 (1,5)	8 (2,0)
Paciente con otros diagnósticos de cáncer	Si	170 (35,9)	29 (44,6)	141 (34,5)
	No	304 (64,1)	36 (55,4)	268 (65,5)
<b>Total</b>		<b>474</b>	<b>65</b>	<b>409</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos disponibles en AW

Entre los afiliados identificados con diagnóstico de cáncer de seno ( $n=474$ ) durante 2014-2019, se observan 2.976 contactos con los servicios de salud, de los cuales el 25,1% corresponde a procedimientos clínicos. La mayoría de los servicios usados correspondió al servicio de consulta externa (70,3%,  $n = 2.093$ ). Del total de atenciones en salud de hospitalización, consulta externa y urgencias ( $n = 2.229$ ) usadas por los pacientes, la mayoría se prestó a casos que no usaron las casas de paso (57%,  $n = 1.274$ ). Los servicios se brindaron a los afiliados principalmente con residencia en Maicao (49,3%;  $n = 1099$ ) y Riohacha (20,0%;  $n=445$ ). Frente a los procedimientos clínicos proporcionados a la cohorte, el 41,2% ( $n = 308$ ) fue usado por pacientes que utilizaron el servicio de casas de paso. De estos, el 61,7% (174) incluyó laboratorio clínico y procedimientos médicos, y el 37,2% (105) relacionado con el sistema tegumentario, procedimientos de imagen, consulta, seguimiento y diagnóstico. En su mayoría, los trámites se proporcionaron por personas que viven en Maicao 63,3% (195), Riohacha 17,9% (55) y Uribia 10,1% (31) (Tabla 2).

Frente a los procedimientos clínicos proporcionados a la cohorte, el 41,2% ( $n = 308$ ) fue usado por pacientes que utilizaron el servicio de casas de paso.



**Tabla 2.** Servicios usados por pacientes de cáncer de seno identificados en datos administrativos (n=2.976) según uso de servicio de casa de paso, Afiliados AW La Guajira, 2014-2017.

Servicios	Descripción	Usuario de casa de paso n (% columna)		
		Total	Si	No
<b>Atenciones en salud en servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias (n=2229)</b>  Consulta externa: 70,3%, Hospitalización: 2,2%, Urgencias: 2,4%	<b>Municipio de residencia</b>			
	Albania	98 (4,4)	51 (5,3)	47 (3,7)
	Barrancas	76 (3,4)	-	76 (6,0)
	Distracción	120 (5,4)	5 (0,5)	115 (9,0)
	Maicao	1099 (49,3)	587 (61,5)	512 (40,2)
	Manaure	72 (3,2)	28 (2,9)	44 (3,5)
	Riohacha	445 (20,0)	118 (12,4)	327 (25,7)
	San Juan	94 (4,2)	12 (1,3)	82 (6,4)
	Uribe	200 (9,0)	142 (14,9)	58 (4,6)
	Villanueva	25 (1,1)	12 (1,3)	13 (1,0)
	<b>Subtotal</b>	<b>2.229</b>	<b>955</b>	<b>1.274</b>
	<b>Grupo CUPS</b>			
<b>Procedimientos clínicos (n=747): 25,1%</b>	Laboratorio clínico, medicina general	390 (57,8)	260 (71,2)	130 (41,9)
	Sistema hemático y linfático	3 (0,4)	3 (0,8)	-
	Sistema tegumentario, imagenología, consulta, monitorización y procedimientos diagnósticos	282 (41,8)	102 (27,9)	180 (58,1)
	<b>Municipio de residencia</b>			
	Albania	10 (1,3)	6 (1,6)	4 (1,1)
	Barrancas	33 (4,4)	5 (1,3)	28 (7,7)
	Distracción	23 (3,1)	0 (0,0)	23 (6,4)
	Maicao	404 (54,1)	243 (63,1)	161 (44,5)
	Manaure	20 (2,7)	14 (3,6)	6 (1,7)
	Riohacha	156 (20,9)	64 (16,6)	92 (25,4)
	San Juan	40 (5,4)	11 (2,9)	29 (8,0)
	Uribe	40 (5,4)	31 (8,1)	9 (2,5)
	Villanueva	21 (2,8)	11 (2,9)	10 (2,8)
	<b>Subtotal</b>	<b>747</b>	<b>385</b>	<b>362</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos disponibles en AW

En relación con el uso específico del servicio de consulta de oncología entre las 474 pacientes con cáncer de seno, el 27% (n=128) registró al menos una visita a este servicio. De los cuales, el 43,8% tenía entre 45-64 años y el 31,2% 65 años o más. Las mujeres (98,4%, n=26) hicieron la mayoría de las visitas. Gran parte

de los pacientes pertenecían al régimen subsidiado (94,9%, n=374) con residencia en Maicao 48,4% (n=62), Riohacha 14,8% (n=19) y San Juan 11,7% (n=15). Aunque los afiliados urbanos representaron el 62,4% (296) de los casos, el 71,9% (92) de ellos visitaron al especialista (Tabla 3).

**Tabla 3.** Registro de consulta por oncología en casos de cáncer de seno identificados en datos administrativos (n=474) según características de pacientes, afiliados AW La Guajira, periodo 2014-2017

Variable		Total	Consulta por oncología		Valor-p*
			n(% columna)		
			No	Si	
<b>Total</b>		474	346	128	
Paciente con registro de uso de casa de paso	Si	65 (13,7)	20 (5,8)	45 (35,2)	<0,001
	No	409 (76,3)	326 (94,2)	83 (64,8)	
Edad	<5	1 (0,2)	1 (0,3)		-
	5-14	10 (2,1)	9 (2,6)	1 (0,8)	
	15-29	107 (22,6)	93 (26,9)	14 (10,9)	
	30-44	103 (21,7)	86 (24,9)	17 (13,3)	
	45-64	172 (36,3)	116 (33,5)	56 (43,8)	
	65+	81 (17,1)	41 (11,8)	40 (31,2)	
Sexo	Femenino	438 (92,4)	312 (90,2)	126 (98,4)	0,005
	Masculino	36 (7,6)	34 (9,8)	2 (1,6)	
Régimen de afiliación	Contributivo	20 (5,1)	18 (5,9)	2 (2,3)	0,278
	Subsidiado	374 (94,9)	288 (94,1)	86 (97,7)	
Pertenencia étnica Indígena	No	276 (58,2)	194 (56,1)	82 (64,1)	0,144
	Si	198 (41,8)	152 (43,9)	46 (35,9)	
Municipio de residencia	Maicao	240 (50,6)	178 (51,4)	62 (48,4)	-
	Uribia	41 (8,6)	33 (9,5)	8 (6,2)	
	Riohacha	90 (19,0)	71 (20,5)	19 (14,8)	
	Manaure	33 (7,0)	29 (8,4)	4 (3,1)	
	Albania	9 (1,9)	4 (1,2)	5 (3,9)	
	Barrancas	16 (3,4)	12 (3,5)	4 (3,1)	
	San Juan	23 (4,9)	8 (2,3)	15 (11,7)	
	Villanueva	11 (2,3)	5 (1,4)	6 (4,7)	
	Distracción	11 (2,3)	6 (1,7)	5 (3,9)	
Zona de residencia	Urban	296 (62,4)	204 (59,0)	92 (71,9)	-
	Rural	169 (35,7)	135 (39,0)	34 (26,6)	
Paciente con otros diagnósticos de cáncer	No	304 (64,1)	236 (68,2)	68 (53,1)	0,003
	Si	170 (35,9)	110 (31,8)	60 (46,9)	

\*Test exacto de Fisher, Permutation Chi-square test fue usado cuando conteo esperado en celdas es < 5.

Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos disponibles en AW

Entre los casos de estudio, el 14% utilizó casas de paso durante su acceso a la atención sanitaria. Después de controlar las covariables, zonas de residencia, sexo y origen étnico no muestran asociaciones estadísticamente significativas con el uso del servicio de consulta con oncología durante el período de estudio. En comparación con los pacientes que no utilizaron casas de paso durante la atención sanitaria, quienes sí usaron el servicio presentan mayor razón de Odds (OR) de reportar al menos una consulta de relacionada con oncología en análisis multivariable (AOR = 6,95 [IC del 99 %: 3,78-13,26]). Los pacientes que tenían otros diagnósticos de cáncer muestran mayores OR de usar el servicio de oncología (AOR=1,75 [IC 95%: 0,1,10, 2,79]). Las estimaciones evidencian que un aumento de una unidad en la edad del paciente incrementa el OR de tener al menos una consulta de oncología entre usuarios las casas de paso (Tabla 4).

**Tabla 4.** Estimaciones de modelo multivariado para el uso de servicio de consulta por oncología en periodo de estudio (referencia=No) en 2014-2019, n=474.

Coficiente	OR	95% CI	AOR	95% CI	GVIF
Intercepto			0.06 ***	0.03 - 0.13	
Usó casa de paso (ref,=No)	8.84	5.02 - 16.1	6.95 ***	3.78 - 13.26	1.095
Sexo: masculino (ref,=femenino)	0.15	0.02 - 0.49	0.25	0.04 - 0.89	1.011
Zona: Rural (ref,=Urban)	0.56	0.35 - 0.87	0.58	0.30 - 1.10	1.695
Zona: Rural dispersa (ref,=Urbano)	0.63	0.09 - 2.68	0.58	0.07 - 3.46	
Indígena (ref,=No)	0.72	0.47 - 1.08	0.89	0.47 - 1.66	1.697
Otro diagnóstico de cáncer (ref,=No)	1.89	1.25 - 2.87	1.75 *	1.10 - 2.79	1.008
R <sup>2</sup>		0.223			
Deviance		448,755			
AIC		464,755			
log-Likelihood		-224,377			

Ref.: Categoría de referencia, OR: Odds Ratio, AOR: Odds Ratio ajustado, CI: Intervalo de confianza 95%, GVIF=Factor de inflación de la varianza, p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos disponibles en AW

## Casas de paso y posibilidad de uso de datos administrativos para la evaluación de intervenciones interculturales en contexto de atención en salud

La estructura de datos administrativos disponibles en el sistema de salud en Colombia es insumo potencial para la vigilancia de eventos evitables como el cáncer de seno, en términos de monitoreo de procesos de diagnóstico y acceso a tratamiento oportuno en grupos poblaciones a riesgo. Los hallazgos del estudio muestran mayor uso de servicios entre casos de cáncer de seno que utilizaron casas de paso, tales como la consulta médica especializada.

Si bien el porcentaje de inscritos que requirieron la casa de paso fue bajo, la evidencia sugiere que esta iniciativa está significativamente asociada con mayor acceso a la atención con especialista en 2014-2019. Por ejemplo, los pacientes con cáncer de seno que utilizaron las casas de paso mostraron mayor OR de tener al menos una consulta con oncólogo después de controlar por otras características del paciente. Sin embargo, es importante considerar que la medida del efecto debe interpretarse con cautela, ya que su magnitud podría estar sobreestimada dado la falta de datos de otras variables esenciales.

Datos disponibles de repositorios nacionales con información adicional de características de los casos se resaltan como fuentes potenciales para el ajuste posterior de las estimaciones. El estudio propone una estrategia de análisis con el fin de evaluar el uso de intervenciones interculturales como las casas de paso, las cuales reflejan una relación positiva con el acceso a la atención especializada entre pacientes con cáncer de seno afiliados en la EPSI Anas Wayúu.

Si bien el porcentaje de inscritos que requirieron la casa de paso fue bajo, la evidencia sugiere que esta iniciativa está significativamente asociada con mayor acceso a la atención con especialista en 2014-2019. Por ejemplo, los pacientes con cáncer de seno que utilizaron las casas de paso mostraron mayor OR de tener al menos una consulta con oncólogo después de controlar por otras características del paciente.

## Recomendaciones para los tomadores de decisiones

La adecuación de los servicios de salud en el caso de integrantes de los pueblos indígenas es un asunto que debe ser considerado e implementado seriamente si se pretende superar barreras de acceso a los servicios, así como la baja adherencia a los tratamientos.

En la búsqueda de mejorar el estado de salud de los pueblos indígenas, las adecuaciones no se reducen a superar barreras económicas o lingüísticas. Es también necesaria identificar e implementar acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que cada cultura utiliza en la protección de la salud, constituyéndose en una herramienta útil para la comprensión y adopción de medidas individuales y colectivas de autocuidado.

Es fundamental apoyar a las entidades indígenas de salud para que desarrollen su propia infraestructura de gestión de datos, lo que les permita generar información útil tanto para mejorar los servicios de salud como la situación de salud de su población. Esta recomendación está alineada a procesos de soberanía de datos de pueblos indígenas.

Con el propósito de robustecer la evidencia disponible en el país para la toma de decisiones en salud, continuar con la exploración de los datos administrativos sociosanitarios es una oportunidad para construir perfiles epidemiológicos y evaluar modelos de atención que proponen estrategias interculturales en salud.

## Referencias

1. World Health Organization. Revised WHO Discussion paper: A Comprehensive Global Monitoring Framework, including indicators and a set of Voluntary Global Targets for the prevention and control of Noncommunicable Diseases. 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de Control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Ginebra; 2004.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de Cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. Bogotá D.C.; 2023 May. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=51>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 247 de 2014 [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org>
5. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Bogotá; 2013.
6. Mignone J, Harold J, Vargas G. Health care organization in Colombia: An Indigenous success story within a system in crisis. 2015.
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018: Infografía Resultados Pueblos Indígenas [Internet]. Bogotá; 2019. Available from: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. La Información del DANE en la toma de decisiones de Departamentos: La Guajira [Internet]. Bogotá D.C.; 2020 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/050220-Info-Gobernacion-La-Guajira.pdf>
9. Galvis-Aponte L, Rico J. Desigualdades regionales en la salud en Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana. 2023;(316).
10. Boily-Larouche G, Plessis E Du, López L, Rueda Z, Rojas C, Mignone J. Determinants of maternal health services utilization in the Wayuu communities of Maicao, La Guajira, Colombia A collaborative work between Anas Wayuu and Inter-national Infectious Diseases and Global Health Training Program (IID&GHTP).
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud: Colombia, 2020. Bogotá D.C.; 2020.