

8. Discusión



El presente informe hace un estudio exhaustivo de las diferentes aproximaciones al análisis de la mortalidad evitable en el país durante un extenso periodo de 43 años, en conjunto con una actualización de la estimación de los índices de acceso a los servicios de salud a nivel municipal. Además, se plantea una serie de análisis para diferentes desenlaces en salud relevantes desde este enfoque de la mortalidad evitable con el fin de aproximarse a un análisis sistemático del impacto que ha tenido el actual modelo de atención en salud y otras políticas públicas a través del seguimiento de indicadores de salud a nivel nacional y municipal. Se evidencian desigualdades sociales en la ocurrencia de la mortalidad evitable y el acceso a los servicios de salud por varios ejes, incluidos la zona de residencia y la clase social, a partir del análisis secundario de datos y la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas.

Actualización del análisis de la mortalidad evitable

Los resultados de este informe indican que la mortalidad evitable (ME) en Colombia, desde 1979 hasta 2021, ha presentado una tendencia a la reducción de sus tasas poblacionales ajustadas por edad y sexo. Ahora bien, un 50,7% de las muertes reportadas en el país pudieron evitarse por alguna política pública, mientras que el 19,7% de todas las muertes son evitables por acciones directas del sistema de salud. No obstante, en el marco de la pandemia por COVID-19, la mortalidad evitable presentó un incremento tanto por la nueva causa directa, como por otros desenlaces previamente considerados evitables. Aunque medir el estado de salud de una población es difícil, pues se deben tener en cuenta aspectos como las condiciones biológicas, de vida de las personas, el contexto social y económico (1,2), el estudio de estos desenlaces y su evitabilidad resultan útiles al momento de identificar mejoras en la atención, planificación y evaluación de los sistemas de salud (2,3), así como en la generación de políticas públicas dirigidas a reducir la ME (2,4).

Medir este indicador resulta un insumo para que los gobiernos dediquen esfuerzos en disminuir la ME (5), puesto que al tratarse de muertes prematuras e innecesarias podrían evitarse por medio de acciones colectivas e individuales o mediante intervenciones dirigidas a afectar positivamente los determinantes sociales que las originan. Las diferencias en su magnitud dependen de la inequidad en salud y las desigualdades estructurales de la sociedad (5,6). Resulta importante conocer las características de este fenómeno en la

población con el fin de identificar su magnitud, sus tendencias y su distribución, que permita orientar las políticas públicas y la atención en salud, de tal forma que los gobiernos puedan avanzar en la reducción de la ME (5). Los tomadores de decisiones son los responsables de mejorar la salud de la población, así, indicadores como el de evitabilidad de la muerte pueden revelar el éxito o fracaso de las intervenciones y ayudarían a sustentar sus políticas y programas (7).

Dado el rápido avance de la tecnología que garantiza el acceso a condiciones básicas de vida, así como el diagnóstico y la atención en salud, es un reto mantener una lista actualizada de desenlaces evitables por políticas públicas o por intervenciones de los sistemas de salud. Para el momento de la generación de estas listas, por ejemplo, los antirretrovirales contra el virus de la hepatitis C no estaban disponibles. Esto demuestra que cada día deberían incluirse nuevas causas como evitables en la medida en que se vayan instaurando recientes intervenciones efectivas para el manejo de una problemática en salud, con la suficiente evidencia acerca de su real impacto en las poblaciones. Los sistemas de salud y las políticas públicas bajo el enfoque de salud en todas las políticas, sobre todo en su acepción más reciente de salud para todas las políticas, deben buscar que ninguna muerte cuya causa hoy se considere evitable ocurra (8).

Actualización del índice de acceso a los servicios de salud

Los índices de acceso a servicios de salud (IASS) potencial y real permiten evidenciar diferencias entre municipios en el acceso, asociados con mayor proporción de muertes evitables por los servicios de salud. Este análisis, a nivel municipal, permite identificar brechas, por lo tanto, ofrece la oportunidad de evaluar en cada municipio los desafíos en el acceso a los servicios de salud. Se trata del menor nivel de desagregación geográfica con autonomía política, fiscal y administrativa en Colombia (9). Municipios con IASS potencial y real bajo o muy bajo se concentran en las regiones Amazónica, Orinoquía y Pacífica, mientras que las ciudades capitales se ubican en el acceso más alto en ambos índices, así, aparecen en los primeros lugares: Pasto, Pereira, Manizales, Medellín, Armenia y Bucaramanga. En contraste, Puerto Carreño y Mitú fueron las únicas capitales que se ubicaron en el quintil de acceso muy bajo, en ambos índices.

Los resultados del presente informe con los de otros autores son difícilmente comparables, puesto que las otras investigaciones incluyen el acceso a los servicios de salud dentro de un constructo de mayor extensión, toman como unidad de análisis los departamentos (10) o solo consideran municipios rurales (11). Por su parte, los actuales hallazgos coinciden con el Índice Departamental de Salud (InDes) 2021 (10) en clasificar a Bogotá, Nariño, Santander y Quindío como los departamentos con mayor acceso o, en el caso de esta investigación, con la mayor proporción de sus municipios con acceso alto o muy alto. En cuanto a la relación entre el IASS y el porcentaje de muertes evitables por los servicios de salud, se observa un gradiente en contra de los municipios con menor acceso a pesar de tener más bajas tasas de mortalidad. Asimismo, en el informe previo del Observatorio Nacional de Salud (ONS) (12), se evidencian diferencias al desagregar por causas y comparar sus tasas poblacionales de mortalidad evitable.

Mortalidad evitable en la infancia en departamentos vulnerables y sus determinantes

La evidencia más reciente sobre desnutrición en menores de 5 años en La Guajira indica que la desnutrición supera por varias veces los reportes nacionales y tiene una afectación diferencial por pertenencia étnica. En este departamento, la desnutrición aguda es de 1,7% en 2022 (13), la crónica de 27,9% en 2010 y la global de 11,2% en 2010 (14), mientras que la mortalidad se estimó en 81,8 muertes por 100.000 en 2022 (15). Para Colombia, la prevalencia de la desnutrición fue de 0,7% en 2010 (16), 10,8% crónica en 2015 y 3,1% global en 2015 (14). Si bien esta información aporta en la comprensión del problema, se debe resaltar que las estimaciones más recientes para desnutrición en La Guajira se realizaron en 2022, correspondientes con desnutrición aguda y muerte por esta causa. Sin embargo, hay un vacío en el comportamiento de la desnutrición crónica y global desde 2010. Aunque la desnutrición aguda corresponde al mayor riesgo inmediato de muerte, particularmente en su estadio severo, los menores que padecen desnutrición crónica experimentan carencias nutricionales durante un tiempo prolongado con consecuencias en retrasos físicos y mentales (17).

Otros vacíos de información identificados se relacionan con la frecuencia de la desnutrición por grupos étnicos y nivel geográfico. Solo en un estudio figuraban estimaciones de la prevalencia de desnutrición exclusivamente en población indígena de La Guajira, en 2014, las cuales se reportaron varias veces superiores

a las de la población general para el mismo año (18). El mayor riesgo de desnutrición en indígenas también ha sido reportado en el nivel nacional (14), por lo que la combinación de departamento de residencia con la pertenencia étnica, se convierte en evidencia de la combinación de desigualdades territoriales y aquellas mediadas por la etnia que configuran la interseccionalidad, en este caso con dos ejes centrales de equidad en salud. De la misma manera, pocas son las estimaciones de prevalencia por municipios de La Guajira a pesar de ser un insumo necesario, puesto que los municipios son las unidades más básicas de autonomía política y administrativa (9).

Por su parte, los conflictos socioambientales han deteriorado las prácticas y pautas alimentarias de la población Wayúu en La Guajira con consecuencias sobre la desnutrición y mortalidad en menores de 5 años. El análisis de los discursos de los actores institucionales sobre la respuesta a este evento permite ver la necesidad de una articulación interinstitucional en las políticas públicas. Las evidentes transformaciones territoriales, que abarcan los ámbitos paisajísticos y culturales derivadas del modelo de desarrollo y producción minero-energético en el departamento, han impactado directamente la salud de la población Wayúu y en particular la gobernanza y soberanía alimentaria que protege a niños y niñas de la ocurrencia y muerte por desnutrición. Estas condiciones desencadenan un debilitamiento de la estructura organizativa propia, la capacidad de autoabastecimiento alimentario e impiden cumplir con los horizontes culturales trazados para la garantía de un adecuado crecimiento y desarrollo de la niñez Wayúu.

En los discursos de los actores institucionales en La Guajira, el medio ambiente se considera un factor externo o natural que deja de lado la actividad productiva como parte de su transformación, pero que tiene efectos sobre la salud de las comunidades (19,20). Bajo esa premisa, se contempla una respuesta de política pública sectorizada que atienden afectos del medio ambiente o efectos en la salud y desconoce las afectaciones históricas del medio ambiente producto de la minería y los proyectos energéticos. La minería tiene afectaciones ambientales que deterioran la salud y empobrecen a las comunidades (21,22), además de agudizar los efectos del cambio climático. Por tal motivo, comprender la realidad del pueblo Wayúu en el contexto histórico y vigente desde la mortalidad evitable en menores de cinco años por desnutrición, permite preguntarse por la necesidad de contemplar las expectativas comunitarias sobre la gestión y ordenamiento territorial dentro de los intereses cruciales en reducción de riesgos de

la salud pública. Asimismo, es necesario impulsar una articulación intersectorial que supere lo municipal o departamental, y vaya hasta el ámbito nacional. Esto permitirá pensar la problemática y su respuesta de manera estructural.

En las poblaciones negras y empobrecidas del departamento de Chocó, el conflicto armado genera efectos en la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (23–25) a través de distintos mecanismos asociados a la dinámica de la confrontación armada (26) y condiciones particulares del contexto (27). El control sobre los alimentos es uno de los métodos de subyugación empleado por los grupos armados (28), que, mediante estrategias bélicas, obtienen poder local, acceden a recursos y ejercen dominio territorial (29). Esto implica que las dinámicas administrativas y territoriales se vean alteradas y limiten la implementación de estrategias para mitigar este problema de salud pública. Al analizar el exceso de mortalidad en el marco de la pandemia, a diferencia de los adultos que presentan un exceso de mortalidad asociado a COVID-19, en menores de cinco años se identifica un déficit en mortalidad a nivel nacional durante 2020 y 2021 (30). Esto significa que hubo una disminución real de las tasas de mortalidad en este grupo de edad. Este hallazgo positivo podría estar explicado por la fisiopatología de la infección viral, la cual ha demostrado ser menos severa en niños que en los adultos (31). Esto sumado a las medidas de confinamiento, lavado de manos y uso de tapabocas tuvieron un efecto indirecto en la reducción de la transmisión de otros virus respiratorios y enfermedades infecciosas asociados a la morbilidad en niños y niñas (31–33).

El descenso en la tendencia de las tasas de mortalidad en menores de 5 años durante la pandemia, en su valor promedio nacional, es un indicador de mejora, en sintonía con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Mantener este comportamiento requiere de esfuerzos (34) enfocados en el diseño de estrategias focalizadas para intervenir la difícil situación de hambre de niños y niñas en departamentos como La Guajira y Chocó, así como reducir las demás desigualdades territoriales en eventos relevantes como la infección respiratoria aguda (IRA). Una enfermedad que sigue afectando en mayor medida a los más vulnerables, escondida detrás de las metas que solo piensan en los valores agregados del país.

Mortalidad evitable por enfermedades transmisibles de importancia en salud pública

En el país, persiste un importante número de muertes por enfermedades transmisibles, de las cuales el 33,9% son por IRA, a pesar de la disminución en sus tasas de mortalidad, en particular debido a la reducción de la mortalidad evitable por diferentes políticas públicas, que incluyen aquellas evitadas por el propio sistema de salud. La ME por políticas públicas, tanto para todas las enfermedades transmisibles como las IRA, sigue representando más de la mitad de los casos. Esto evidencia la necesidad de poner en marcha procesos estructurales e intersectoriales, que modifiquen los determinantes sociales asociados a enfermar y morir por estas causas.

La mejora en las coberturas de saneamiento básico, la disminución de las emisiones de carbono y del calentamiento global, el impacto directo a indicadores de pobreza que incluyan la consideración de los procesos migratorios, impactan en la ME por enfermedades transmisibles (35,36). Acciones adicionales de contención y prevención pueden enfocarse en:

- El fortalecimiento de los programas de inmunizaciones para que llegue a las zonas más apartadas con coberturas efectivas.
- La implementación real de enfoques de atención primaria en salud (APS) que promuevan la salud, prevengan la ocurrencia de infecciones y garanticen su tratamiento oportuno y adecuado cuando se presenten.
- La generación de capacidades en las comunidades sobre modificaciones conductuales con el fin de prevenir enfermedades.
- La cohesión entre actores locales para alcanzar la cobertura de los servicios de salud en zonas apartadas (37–39).

Aunque la mortalidad por COVID-19 no fue clasificada como una causa evitable para las listas consideradas dado que su aparición es posterior, excepto en el caso de la lista realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), podría considerarse como tal debido a su origen infeccioso, la existencia de vacunas efectivas y los avances frente a su abordaje clínico, pues funciona de forma similar a las demás IRA. Los factores de riesgo como la edad y comorbilidades evidencian la necesidad de innovar a nivel sectorial e intersectorial sobre los modelos de identificación y notificación de factores de riesgo individuales y de sintomatología presuntiva (38–40), que permitan intervenir tempranamente los casos y cortar cadenas de transmisión, de tal forma que esto sea insumo para la actualización de protocolos nacionales sobre eventos

con potencial pandémico. Estas medidas deben procurar la superación de las barreras tecnológicas y de pobreza con el fin de evitar inequidades en el acceso y superar la mirada centrada en el factor de riesgo, además de estar enfocadas en estrategias de promoción y prevención a nivel poblacional y también en la mejora de acceso y calidad de la atención en los servicios de salud.

Mortalidad evitable por eventos no transmisibles y lesiones de causas externa

La enfermedad cardiovascular (ECV) sigue siendo una prioridad en salud pública en Colombia. La tasa de mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud evidencian una reducción entre 1979 y 2019, más notoria entre 1996 y 1997 (26,0%), pero aumentó un 15,5% durante la pandemia por COVID-19. Hechos como este son observados en países como Estados Unidos y Kazajistán. En este último, las tasas de ME, que incluyen aquella evitable por los servicios de salud, disminuyeron entre 2011 y 2019 para luego aumentar en 2020 y 2021 (41). Estados Unidos mostró una reducción a partir de 2000, aunque desde 2011 ha evidenciado cierto estancamiento (42,43). A la disminución de la mortalidad por esta causa, han contribuido las medidas encaminadas a reducir los factores de riesgo a nivel individual y comunitario. En los países más desarrollados, la reducción es resultado de un mejor control de los factores de riesgo como la hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia y diabetes, la promoción de una mejor atención, el uso de tratamientos más eficaces y la asignación de mayores presupuestos para la atención en los servicios de salud (44). En nuestro caso, a pesar de los esfuerzos en ese sentido, persisten muertes evitables por ECV, principal causa de muerte en el país.

Aunque no se identifican desigualdades en la ME por ECV según necesidades básicas insatisfechas (NBI) con el análisis ecológico de sus tasas de mortalidad, un objetivo importante de la salud pública y del sistema de salud es obtener una reducción absoluta de la mortalidad y mitigar la carga de las ECV, en especial en las comunidades desfavorecidas y con mayor afectación (45). En Colombia, avances en este objetivo muestran logros parciales mediante la reducción de las desigualdades absolutas. Además, las desigualdades relativas tienden a aumentar, lo que indica la persistente injusticia social y los problemas de acceso y calidad al sistema de salud (45). Como posibles explicaciones de las desigualdades en salud figuran los factores psicosociales, el entorno físico de la comunidad, los comportamientos de salud y el

acceso y la calidad de la atención médica. Factores que no actúan independientemente, debido a que las privaciones, el estrés y los entornos laborales y de vida deficientes, pueden constituirse por sí mismos en causas de conductas peligrosas para la salud o de una atención sanitaria de menor calidad (45).

En el caso de las muertes evitables por lesiones de tránsito, la infraestructura urbana desempeña un papel crucial en la seguridad vial (46,47), así, implementar políticas de planificación urbana a escala de ciudad puede reducir eficazmente el riesgo de siniestralidad vial. Esta investigación explora las matrices de víctimas para cada localidad de Bogotá (48) y encuentra que, en general, los automóviles representan el mayor riesgo de siniestralidad, mientras los peatones y motociclistas son los actores viales más vulnerables. Sin embargo, también hay considerables heterogeneidades. 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 en las localidades de Santa Fe y Los Mártires el riesgo es casi el mismo.

Se identifican entonces las características urbanas asociadas con la siniestralidad vial entre modos transporte y el riesgo sobre los actores vulnerables. Una mayor densidad de señales de tránsito se asocia a una baja siniestralidad de peatones y ciclistas, por su parte, la presencia de paradas de buses se correlaciona con menos muertes y lesiones de ciclistas, motociclistas y conductores. Si bien estas correlaciones estadísticas no demuestran causalidad, las conclusiones basadas en datos respaldan con evidencia el paradigma de seguridad vial moderno: promover ciudades más transitables al eliminar el riesgo generado por los automóviles (49). Además de los enormes beneficios para la salud pública, en términos de muertes evitadas, esta transformación hará la ciudad más habitable y su sistema de transporte más y sostenible.

Muerte evitable por suicidio en comunidades indígenas La salud mental es susceptible a factores como el aislamiento, dispersión geográfica, segregación socioespacial, pobreza, presencia de redes de narcotráfico y conflictos de identidad cultural que afectan el bienestar individual y colectivo. La combinación de estas circunstancias es patente en los habitantes del Amazonas, que los convierten en sujetos vulnerables al suicidio, ya que no encuentran en la oferta institucional alternativas para hacer frente a sus necesidades en salud mental. Estos elementos interactúan de manera intrincada y sumados a las dificultades en el acceso a

servicios de salud mental, podrían ser explicativos de las cargas diferenciales de enfermedad por trastorno mental y conducta suicida (50). Por su parte, en comunidades indígenas de Antioquia con evidentes problemas de acceso a los servicios de atención en salud mental y profundas desigualdades sociales en los indicadores relacionados a la conducta suicida, se identifica la complejidad de lograr la comprensión de los procesos sociales que enmarcan el suicidio y la necesidad del análisis del fenómeno desde el enfoque de determinantes sociales y territoriales.

Revertir esta situación en poblaciones indígenas requiere, de forma imperativa, emprender acciones relacionadas con la adecuación sociocultural de las intervenciones y la apropiación cultural en jóvenes y adolescentes a partir de la habilitación de elementos de gobernanza, identidad, autonomía y pervivencia de los pueblos indígenas (51,52).

Desigualdades en la mortalidad evitable por ejes estructurales, área y clase social

El cierre de brechas entre el área rural y urbana es el referente central que orienta las directrices de políticas de salud para el área rural analizada, un referente transversal de otras políticas sociales del sector rural en Colombia (53). Sin embargo, el referente principal para la disminución de esas brechas desde el sector salud es el de aseguramiento y la gestión del riesgo individual en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) con algunas adaptaciones, a pesar de la incorporación de referenciales que han impulsado el sector salud a nivel global como los determinantes sociales de la salud (DSS) (54) y el enfoque diferencial y la estrategia de APS. De tal manera que este no parece ser el camino adecuado para avanzar en el propósito normativo del cierre de brechas, pues deben tenerse en cuenta las condiciones de empleo y trabajo en estas zonas, un determinante del nivel de ingresos de sus pobladores, quienes enfrentan además un déficit en la cobertura y calidad de otros servicios públicos como agua y saneamiento, en el contexto de una gran diversidad étnica y la presencia de la confrontación armada en algunas zonas. Otros análisis coinciden en que con la atención medicalizada y la gestión de riesgos individuales se facilita la perpetuación de condiciones adversas a estas poblaciones, por lo cual, es necesario considerar arreglos institucionales y modelos de atención alternativos (55,56).

En tal sentido, la formulación de un nuevo Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), en el marco de la implementación del Acuerdo Final de Paz, puede ser una oportunidad

para avanzar en una política que entienda con mayor profundidad la diversidad en la ruralidad, el ámbito de las necesidades en salud desde las prácticas y saberes de la comunidad (55) y logre avanzar en una mayor participación en las decisiones que aporte a la disminución de la mortalidad evitable, el mejoramiento de las condiciones de salud y la construcción de paz en estos territorios.

En el análisis de la mortalidad evitable por cualquier política pública según la clase social, a partir del análisis de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), se evidencia, por una parte, que los trabajadores, aunque tienen tasas de mortalidad general más bajas que la población general, presentan porcentajes de causas evitables mayores. Las clases populares tienen el porcentaje de mortalidad evitable más alta (67,4%), seguido por indígenas (65,7%), mientras la clase media/empresarial tiene el valor más bajo (64,1%). Si bien estas diferencias son modestas, sí se evidencia cierto gradiente relacionado con la vulnerabilidad en cada una de las fracciones de clase.

Los análisis realizados tienen limitaciones. Primera, las fuentes de información pueden tener problemas de cobertura y calidad, aunque la mayoría de estas han venido teniendo mejoras significativas en el país en los últimos años y, por ejemplo, las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) cumple con creces los estándares internacionales, por lo tanto, es considerada información de alta calidad. Segunda, la mayoría de análisis presentados se realizan a escala municipal, entonces son susceptibles de falacia ecológica, aunque cuando se dispone de acceso a bases de datos individuales, el análisis se realiza con resultados que confirman la existencia de desigualdades sociales, aún por ejes de desigualdad más comprensivos como la clase social. Tercera, los diseños metodológicos cualitativos, si bien pueden estar expuestos a cierta subjetividad por parte de investigadores e informantes, implementan metodologías robustas con planes de análisis explícitos, soporte informático para la sistematización y triangulación con información cuantitativa con el fin de brindar mayor solidez a los hallazgos y aportar en la construcción de nuevas preguntas de investigación sobre los vacíos de conocimiento identificados. A pesar de estas limitaciones, este informe se configura en evidencia valiosa y útil que aporta a la discusión sobre el real impacto del sistema de salud y demás políticas públicas en la ocurrencia de muertes evitables, que siguen siendo un número importante de toda la mortalidad que ocurre en el país y cuyo panorama empeoró con la reciente pandemia.

Referencias

1. Alvarez Castaño LS. The social determinants of health: beyond the risk factors perspective. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(17):69-79.
2. Vladescu C, Ciutan M, Mihaila V. The role of avoidable mortality in health assessment. *J Health Manag*. 2010 Sep 30;14(3):4-10.
3. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health*. 1990 Jun 1;44(2):106-11.
4. Tang KK, Chin JTC, Rao DSP. Avoidable mortality risks and measurement of wellbeing and inequality. *J Health Econ*. 2008 May;27(3):624-41.
5. Rojas-Botero ML, Borrero-Ramírez YE, Cáceres-Manrique FDM. Lista de causas de muerte potencialmente evitables en la niñez: una propuesta para Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00086519.
6. Braveman P, Starfield B, Geiger HJ, Murray CJL. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy Commentary: comprehensive approaches are needed for full understanding. *BMJ*. 2001 Sep 22;323(7314):678-81.
7. Gómez-Arias R. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001 [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ruben-Gomez-Arias/publication/233762924_La_mortalidad_evitable_como_indicador_de_desempeno_de_la_politica_sanitaria_Colombia_1985-2001/links/0fcfd50b53eb0f3cc100000/La-mortalidad-evitable-como-indicador-de-desempeno-de-la-politica-sanitaria-Colombia-1985-2001.pdf
8. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health*. 2022 Aug;7(8):e718-20.
9. República de Colombia. Ley 617 DE 2000 "por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se.
10. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 23]. Índice Salud 2023. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/indice-salud-2023>
11. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 23]. índice de Salud Rural 2022. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/indice-de-salud-rural-2022>
12. Instituto Nacional de Salud ON de S. Acceso a los servicios de salud en Colombia; Décimo primer Informe Técnico. 2019.
13. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. 2023.
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Nutricional ENSIN 2015.
15. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. 2023.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Nutricional ENSIN 2010.
17. Malnutrition [Internet]. [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/malnutrition>
18. Russell EA, Daza Atehortua C, Attia SL, Genisca AE, Palomino Rodríguez A, Headrick A, et al. Childhood malnutrition within the indigenous Wayú children of northern Colombia. *Glob Public Health*. 2020 Jun;15(6):905-17.
19. Flores, Raúl. Representaciones sociales del medio ambiente. *Perfiles Educ*. 2008;XXX(120):33-62.
20. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe 10. Carga de enfermedad ambiental en Colombia. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2018 p. 177. (Informe Técnico).
21. Ulloa, Astrid, Quiroga, Catalina, Gaitan Liza, Damonte, Gerardo. Producción de desigualdades en la relación con el agua: consecuencias de la construcción de infraestructuras. Bogotá: GRADE; 2020 p. 4. (Análisis y Propuestas). Report No.: 54.
22. Ruíz, Nubia. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. *Pobreza y desarrollos regionales* 2003-2012. *Econ Soc Territ*. 2018;XVIII(56):35-75.
23. Macías JA. www.elcolombiano.com. 2023 [cited 2023 Sep 15]. Paro armado del ELN tiene con hambre a Chocó. Available from: <https://www.elcolombiano.com/colombia/paro-armado-del-eln-tiene-con-hambre-a-choco-JJ21933578>
24. Díaz D. "Vivimos como secuestrados": Chocó padece el recrudecimiento de su crisis humanitaria. *El País América Colombia* [Internet]. 2023 Jul 17 [cited 2023 Aug 2]; Available from: <https://elpais.com/america-colombia/2023-07-17/vivimos-como-secuestrados-choco-padece-el-recrudecimiento-de-su-crisis-humanitaria.html>
25. Médicos sin fronteras. "Extrañamos caminar tranquilamente": la realidad de las familias confinadas en Chocó, Colombia. Médicos Sin Fronteras Colombia | Ayuda médico-humanitaria [Internet]. 2022 Nov 24; Available from: <https://www.msf.org.co/actualidad/colombia-familias-confnadas-choco/>
26. Defensoría del Pueblo Colombia. Defensoría del Pueblo. 2023. Defensoría del Pueblo ha advertido riesgos para 27 de los 31 municipios del Chocó en los últimos cinco años. Available from: <https://www.defensoria.gov.co/-/defensoria%3C%ADa-del-pueblo-ha-advertido-riesgos-para-27-de-los-31-municipios-del-choc%C3%B3-en-los-%3C%BAltimos-cinco-a%C3%B1os>
27. Asprilla K, Montenegro G. Desigualdades sociales en salud: análisis de la región pacífica colombiana. *Salud UIS* [Internet]. 2022 Jul 29;54. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11979>
28. López-Barrera M. El acto de (no) comer: una forma de violentar al cuerpo. *Estud Soc Rev Aliment Contemp Desarro Reg* [Internet]. 2019 Jun [cited 2023 Oct 19];29(53). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=52395-91692019000100202&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Salas-Salazar L. Conflicto armado y configuración territorial: elementos para la consolidación de la paz en Colombia. *Rev Bitácora Urbano Territ*. 2016;26(2):45-57.
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Mortalidad en Colombia, periodo 2020-2021, Medición de la Mortalidad por todas las causas y COVID-19 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/mortalidad-colombia-periodo-2020-2021.pdf>
31. Nikolopoulou GB, Maltezou HC. COVID-19 in Children: Where do we Stand? *Arch Med Res*. 2022 Jan;53(1):1-8.
32. Abu-Raya B, Viñeta Paramo M, Reicherz F, Lavoie PM. Why has the epidemiology of RSV changed during the COVID-19 pandemic? *eClinicalMedicine*. 2023 Jul;61:102089.
33. Almeida T, Guimarães JT, Rebelo S. Epidemiological Changes in Respiratory Viral Infections in Children: The Influence of the COVID-19 Pandemic. *Viruses*. 2023 Sep 5;15(9):1880.
34. UNICEF, Sustainable Development Goals. 3 Good Health and well-being - Why it matters [Internet]. 2020. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/2017/03/3_Why-It-Matters-2020.pdf
35. Anser MK, Islam T, Khan MA, Zaman K, Nassani AA, Askar SE, et al. Identifying the Potential Causes, Consequences, and Prevention of Communicable Diseases (Including COVID-19). *Abreu MHNG, editor. BioMed Res Int*. 2020 Nov 2;2020:1-13.
36. The unfinished agenda of communicable diseases among children and adolescents before the COVID-19 pandemic, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2023 Jul;402(10398):313-35.
37. Wood S, Harrison SE, Judd N, Bellis MA, Hughes

- K, Jones A. The impact of behavioural risk factors on communicable diseases: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1):2110.
38. Espinal MA, Alonso M, Sereno L, Escalada R, Saboya M, Ropero AM, et al. Sustaining communicable disease elimination efforts in the Americas in the wake of COVID-19. *Lancet Reg Health - Am*. 2022 Sep;13:100313.
39. Igboke UL, Ogbonna CS, Eseadi C, Nwokenna EN, Nnadi EM, Ude MS, et al. Viewpoint on realigning the Nigerian secondary school curriculum to prevent communicable diseases. *J Int Med Res*. 2020 Jan;48(1):030006051985461.
40. Montiel I, Park J, Husted BW, Velez-Calle A. Tracing the connections between international business and communicable diseases. *J Int Bus Stud*. 2022 Oct;53(8):1785–804.
41. Junusbekova G, Tundubayeva M, Akhtaeva N, Kosherbayeva L. Recent Trends in Cardiovascular Disease Mortality in Kazakhstan. *Vasc Health Risk Manag*. 2023; 19:519–26.
42. Ritchey MD, Wall HK, George MG, Wright JS. US trends in premature heart disease mortality over the past 50 years: Where do we go from here? *Trends Cardiovasc Med*. 2020;30(6):364–74.
43. Sidney S, Quesenberry CP, Jaffe MG, Sorel M, Nguyen-Huynh MN, Kushi LH, et al. Recent Trends in Cardiovascular Mortality in the United States and Public Health Goals. *JAMA Cardiol*. 2016;1(5):594.
44. 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.
45. Asaria P, Fortunato L, Fecht D, Tzoulaki I, Abellan JJ, Hambly P, et al. Trends and inequalities in cardiovascular disease mortality across 7932 English electoral wards, 1982–2006: Bayesian spatial analysis. *Int J Epidemiol*. 2012;41(6):1737–49.
46. European Commission. EU road safety policy framework 2021-2030 – next steps towards “vision zero”. Technical report, European Commission. 2019.
47. Klanjčić M, Gauvin L, Tizzoni M, Szell M. Identifying urban features for vulnerable road user safety in Europe. *EPJ Data Sci*. 2022 Apr 28;11(1):27.
48. Secretaria Distrital de Movilidad de Bogotá. Siniestros viales georreferenciados desde el año 2015 en la ciudad de Bogotá D.C. [Internet]. 2022. Available from: <https://datos.movilidadbogota.gov.co>
49. Jacobsen PL. Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Inj Prev*. 2003 Sep 1;9(3):205–9.
50. Instituto Nacional de Salud. Panorama de Eventos en Salud Pública. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2022 p. 260.
51. Andrés P, Silva M, Isabel M, Arenales D, María A, Camila M, et al. Un modelo explicativo de la conducta suicida de los pueblos indígenas del departamento del. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;49(3):170–7.
52. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas de Nazareth, Amazonas: orientaciones para la prevención y atención. *Amazonas*; 2020 Dec p. 1–63.
53. Elizabeth Moreno Barbosa. En busca del genoma del referencial de la educación superior rural en : El referencial de política pública: cuatro estudios de caso: una aproximación desde Colombia. Primera edición. Patricia Herrera Kit, Jorge Iván Cuervo, editors. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2019. 305 p.
54. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Com Sobre Determinantes Salud*. 2013;1–260.
55. Román Vega Romero, Claudia Rojas Castillo, Isabel Cristina Bedoya Castro. Plan Comunitario de Salud Rural de la Población de los Territorios entre los Municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán, 2019-2030. Bogotá D. C.; 2019.
56. Rodríguez D, Benavides J. Salud y ruralidad en Colombia : análisis desde los determinantes sociales de la salud Health and rurality in Colombia : an analysis from the standpoint of the social determinants of health sociais da saúde. *Rev Fac Salud Publica*. 2016;34(3):359–71.