



de seno
menores de 72 años
s mayores

**Mujer joven
muere por cánc**

**Resumen ejecutivo
Informe 15**

Cuando la muerte es evitable

Instituto Nacional de Salud
Observatorio Nacional de Salud

Cuando la muerte es evitable

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
Ministro de Salud y Protección Social

GIOVANNY RUBIANO GARCÍA
Director General Instituto Nacional de Salud

CRIS ENCARNACION REYES GOMEZ
Secretaria General Instituto Nacional de Salud

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Cotes Cantillo
Diana Díaz Jiménez
Gina Vargas Sandoval
Pablo Chaparro Narváez
Luis Eduardo Olmos Sánchez
Jean Carlo Pineda Lozano
Keyra Liseth Asprilla Córdoba
Lorena Maldonado Maldonado
Rosanna Camerano Ruiz
Esteban Jerez
Luisa Fernanda Moyano Ariza
Daniela Rangel Gil
Valery Jiménez
Andrea García Salazar

Edición

Juan Camilo Acosta Gómez

Diagramación y Diseño
Claudia Clavijo Arboleda

Apoyo

Daniela Daza Vargas
Diana Santana-Rodríguez
Gimena Leiton Arteaga
Paola Beleño Salas
Luz Stella Cantor Poveda
Karen Zabaleta

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Resumen ejecutivo décimo quinto informe técnico especial, Cuando la muerte es evitable, (Pag.). Bogotá, D.C., 2023. Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/ los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente.

El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co

Todos los derechos reservados © Colombia, febrero de 2024 ONS © 2024

Nota: el presente documento es un resumen ejecutivo del Informe Técnico Especial número 15, "Cuando la muerte es evitable". Por tal motivo, los capítulos completos, sus referencias, la totalidad de los gráficos y la descripción de las metodologías implementadas pueden ser consultadas en el documento original publicado en la página WEB www.ins.gov.co

¿Es posible evitar la muerte?



El análisis de la mortalidad evitable es una herramienta útil en salud pública, basada en la valoración de las muertes que, a ciertas edades, no deberían ocurrir ante políticas públicas, estrategias de prevención, y atención médica efectiva y oportuna.

La muerte es evitable por la atención sanitaria cuando el conocimiento médico y la tecnología de las cuales dispone el sistema de salud pueden llegar a tratar o prevenir ciertas enfermedades. Pero no solo se interviene a través del sistema de salud, otras políticas públicas también previenen que ciertas muertes ocurran en adición a la mortalidad evitable por el sistema de salud. Aunque en Colombia disminuyen las tasas de mortalidad general en el tiempo, casi el 50% de las muertes entre 1979 y 2021 eran evitables por políticas públicas y de estas el 39% las pudo evitar el sistema de salud, un 19,7% del total. Se identifican diferencias entre municipios según sus indicadores de acceso a los servicios de salud. Los territorios con un menor acceso real y potencial a los servicios de salud presentaron peores porcentajes de mortalidad evitable por el sistema de salud, respecto al total de las muertes. El sistema de salud es clave en la disminución de las inequidades, pues puede moderar el impacto sobre la calidad de vida de las personas expuestas a determinantes sociales como la pobreza y la falta de acceso a servicios públicos. Esta situación significa importantes desafíos para los actores del sistema de salud y, en general, para todos los sectores del Estado.

¿Cómo una política pública puede evitar la muerte?

Entre 1979 y 2021 Colombia reportó 7'993.591 muertes. De estas, 4'132.013, el 50,7%, correspondió a causas clasificadas como evitables por cualquier política pública. La tasa de mortalidad general tuvo su valor máximo en 1981, luego venía bajando de manera constante hasta 2020, donde volvió a aumentar debido a la pandemia por COVID-19. En 1979, la mortalidad evitable (ME) por políticas públicas llegaba al 64,7%, mientras que en 2019 fue de 40,3%. La mayor proporción de muertes evitables ocurre por enfermedades no transmisibles (38,8%) y lesiones de causa externa (29,8%), con mayor cantidad de muertes debidas al suicidio y violencia interpersonal (el 19,9%, 820.627 muertes),

enfermedades cardiovasculares (18,4%, 760.532 muertes), y neoplasias (8,5%, 349.445 muertes). En 2020 y 2021, la proporción de muertes por COVID-19 desplazó a los eventos no transmisibles y lesiones de causa externa dentro del grupo de muertes evitables. En los periodos 1985-1989, 2015-2019 y 2020-2021, comparados con la tasa ajustada del promedio nacional entre 1985-2021, los valores de ME por cualquier política pública tuvieron las tasas más altas en los municipios de Tarazá, Segovia, Valdivia y el Bagre en Antioquia, municipios con un mayor impacto del conflicto armado.

Entre las diferentes intervenciones implementadas en el marco de las políticas públicas, tanto a nivel nacional como local, y que pudieron tener un impacto en esta reducción, están:

- ▶ Programas de mejora en la seguridad alimentaria
- ▶ Acceso más amplio a agua potable y alcantarillado
- ▶ Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)
- ▶ Servicios de tamizaje y el control a enfermedades transmisibles
- ▶ Intervenciones enfocadas en la modificación de los determinantes sociales de la salud como la reducción de la pobreza o las mejoras en el acceso a la educación.
- ▶ La implementación del actual sistema de salud puede estar asociada a esa reducción, pero es un reto saber en qué proporción.

A pesar de estos esfuerzos, todavía persiste un número importante de muertes que no deberían ocurrir si se contara con las políticas públicas pertinentes. Por esto, se deben seguir buscando mejoras en su diseño, pero también en su implementación efectiva.

Las muertes que pudo evitar el sistema de salud



Del total de 7'993.591 defunciones reportadas en Colombia entre 1979 y 2021, el 19,7% (1'576.800 muertes) pudo ser evitado por el sistema de salud.

En 1979, la tasa de mortalidad evitable por los servicios de salud en Colombia era de 136,9 por 100 mil personas, mientras que en 2021 llegó a 87,9 por 100 mil, una disminución del 35,8%. Respecto a la proporción de muertes evitables por el sistema de salud, del total de los decesos anuales, en 1979 era del 28,4% y en 2019 fue del 16,4%. Entre 1979 y 2021, las mayores proporciones de muertes correspondieron a enfermedad isquémica cardíaca (31,5%), desórdenes neonatales (13,4%), enfermedad cerebrovascular (12,8%), enfermedades diarreicas (4,5%), cáncer de seno (3,9%), cáncer de colon y recto (3,5%), cáncer de cuello uterino (3,2%), enfermedad renal crónica (3,4%), tuberculosis (2,9%, 46.298) y enfermedades digestivas (2,9%).

Por cada muerte evitable atribuible al sistema de salud, hay 1,6 muertes adicionales atribuibles a otras políticas públicas. En ambos casos, hay un descenso desde el 2000, excepto en 2020 y 2021 cuando las tasas de mortalidad derivadas del sistema de salud y de las demás políticas públicas tuvieron un incremento asociado a la pandemia.

¿Esta disminución es gracias a la Ley 100?

Hoy, uno de los mayores logros reconocidos del modelo de salud vigente es la cobertura casi universal en cuanto a aseguramiento de la población, en cualquiera de sus regímenes, contributivo y subsidiado. El 99,6% de la población, a junio de 2022, está afiliado, 24,3 millones de personas en el régimen contributivo y 24,7 millones en el subsidiado, según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Sin embargo, existe evidencia acerca de la divergencia entre cobertura y el acceso efectivo, ya que se identifican barreras de acceso, negación sistemática al derecho a la salud, fragmentación de la prestación y una ausencia de un enfoque de salud pública.

El análisis del Observatorio Nacional de Salud (ONS) evidencia que las tasas ajustadas de mortalidad evitable por el sistema de salud empiezan a disminuir desde 1981, antes de la Ley 100 de 1993, con un

cambio de 2,3 puntos porcentuales anuales. Al observar en detalle, en 1995 y 1996 (dos y tres años después de la promulgación de la Ley), la tasa de mortalidad evitable por el sistema de salud era de 132 y 133 por 100 mil habitantes, cuando en años anteriores fue de 134 en 1991 y 136 en 1989. Ahora bien, estas pequeñas diferencias pueden darse por el cambio de los procedimientos para recolectar información. En 1997, se nota una reducción mayor con una tasa de 109, la cual sigue disminuyendo de manera lenta hasta llegar a 82 por 100 mil en 2011. Después de este año, la tasa se estabiliza alrededor de 80 muertes evitables por el sistema de salud por 100 mil. Si bien hacer una evaluación de desempeño del sistema de salud requiere metodologías comparativas y ajustes por variables adicionales que permitan profundizar en las posibles diferencias entre subgrupos poblacionales o entre los sistemas de salud, algunas investigaciones han reportado que los determinantes socioeconómicos, geográficos y demográficos de los territorios están relacionados con la distribución dispar de la ME.

Es decir, a pesar de la disminución de la tasa hasta 2010, persisten muertes que el Sistema de Salud podría evitar, además este parece no funcionar de la misma manera según donde viven las personas, su situación social e ingresos.

Las revelaciones de la pandemia en la mortalidad evitable

En 2020 y 2021, años de la pandemia por COVID-19, las tasas de mortalidad aumentaron en un 18,5% para las prevenibles por política pública y en 40,0% las evitables por el sistema de salud, con relación al 2019, respectivamente. El exceso de mortalidad durante esta crisis está relacionado con la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante una emergencia: su estructura, las debilidades históricas de las que son objeto, las desigualdades estructurales, así como su capacidad de adaptación. Estos aspectos desafiaron el sistema de salud colombiano con consecuencias mortales que se hubiesen podido evitar. Es necesario reconocer que la pandemia puede estar asociada con el aumento de la mortalidad evitable en Colombia, pero también con los efectos desiguales en contra de poblaciones vulnerables que se han exacerbado.

El COVID-19 ha tenido efectos sociales y económicos, además ha expuesto la fragilidad de los sistemas de salud, por su fragmentación para dar respuesta tanto a las amenazas de la pandemia como a aquellas enfermedades no transmisibles, cuya prevalencia incrementa los riesgos de enfermar gravemente y morir. Asimismo, la pandemia ha evidenciado las debilidades de los sistemas de salud pública, la baja inversión y las desigualdades que enfrentan distintos grupos de población. Si los tomadores de decisiones reconocen este aspecto, podrán formular políticas apropiadas y respuestas de salud pública más eficaces.



El acceso al sistema de salud en cada territorio muestra diferencias en la mortalidad evitable



El índice de acceso a los servicios de salud (IASS) potencial mide las características del municipio que facilitan la utilización de los servicios de salud (recursos y organización del sistema) y las características o factores individuales que predisponen o influyen en la disposición de las personas para acceder a los servicios de salud. Por su parte, el IASS real categoriza los municipios según cuánto son utilizados los servicios de salud y la satisfacción del usuario.

De acuerdo con las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante 2022 en los municipios con IASS potencial y real muy bajos y bajos residen 7.801.355 (12,3%) y 6.357.039 (15,1%) personas, respectivamente. De esta población, casi 900 mil son adultos mayores de 60 años y al menos 500 mil se encuentran en la primera infancia. Es precisamente en estos lugares de menor acceso a los servicios de salud en donde se presenta un mayor porcentaje de muertes evitables por el sistema de salud a pesar de tener, en general, más bajas tasas de mortalidad con excepción de la enfermedad hipertensiva cardiaca, diabetes mellitus, enfermedad diarreica aguda, mortalidad infantil, entre otros.

¿Cuáles son los municipios con mejor y peor acceso a los servicios de salud?

En el centro del país, figuran la mayor parte de los municipios con muy alto y alto acceso a los servicios de salud, mientras que la mayoría de los municipios con acceso potencial y real bajo y muy bajo se ubican en zonas de frontera y en las regiones pacífica y amazónica.

Las diez mejores posiciones, en el IASS potencial, están ocupadas por ciudades capitales (Pasto, Pereira, Manizales, Medellín, Armenia, Bucaramanga, Cali, Bogotá, D.C. y Tunja) con la excepción de Soatá (Boyacá) que se ubica en la octava posición del índice. Los diez municipios con menor acceso potencial están en Guainía (Barrancominas, Mapiripaña, Morichal, Pana Pana y San Felipe), Vaupés (Papunaua, Taraira y Pacoa) y Amazonas (Miriti - Parana y Puerto Alegría).

Por su parte, los diez municipios con mayor acceso real a los servicios de salud fueron Sevilla (Valle del Cauca), Cabrera (Cundinamarca), Pasto (Nariño), Buenavista (Sucre), Puerres y Francisco Pizarro (Nariño), Barrancabermeja (Santander), Colon (Putumayo), Viterbo (Caldas) y El Peñol (Nariño). Mientras que, los diez municipios con menor acceso real se ubican en Chocó (Bojayá, Nuquí, Alto Baudó, Jurado y El Litoral del San Juan), Guainía (Mapiripaña), La Guadalupe y Puerto Colombia) y Vaupés (Pacoa y Taraira).

Todas las ciudades capitales reportan acceso muy alto en el IASS potencial, con excepción de Inírida (Guainía) con acceso potencial alto, y Puerto Carreño (Vichada) y Mitú (Vaupés) con acceso potencial muy bajo. En cuanto al IASS real, la mayoría de las capitales se encontraron en las categorías de acceso muy alto o alto, excepto Montería (Córdoba), San Andrés (San Andrés), Riohacha (La Guajira) y Quibdó (Chocó) que quedaron clasificadas como acceso real medio, en tanto que Leticia (Amazonas), Inírida (Guainía) y Mitú (Vaupés) fueron clasificadas con acceso real bajo o muy bajo.

Amazonas, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada tienen el 50% de sus municipios, en ambos índices, con acceso muy bajo.

Los porcentajes de mortalidad evitable son mayores en municipios con menor acceso a los servicios de salud

Esto es evidente en ambos índices, potencial como real, situación que fue más desigual durante la pandemia que entre 2017 y 2019. En estos años, mientras del total de muertes evitables por el sistema de salud en municipios con IASS potencial muy alto era del 16,2%, en los territorios con indicadores de acceso muy bajos llegaba al 18,7%. De manera similar, en los municipios con IASS real muy bajo el 18,0% del total de muertes eran evitables por el sistema de salud, cuando en territorios con IASS muy alto fue del 16,1%.

La brecha entre municipios extremos de acceso en los servicios de salud durante el periodo pandémico fue aún mayor. En este periodo, el porcentaje llegó al 17% en municipios con IASS potencial muy bajo y fue de 12,8% en lugares con IASS potencial muy alto. Durante la pandemia, el porcentaje de ME alcanzó el 17,0% en municipios con IASS potencial muy bajo, mientras que era de 12,8% en lugares con IASS potencial muy alto. En cuanto al IASS real, el porcentaje de ME tocó el 16,2% en municipios de muy bajo y 13,0% de muy alto acceso.



El inaceptable aumento de las muertes evitables por diarrea en niños y niñas menores de 5 años



En Colombia, la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años aumentó de 3,6 a 6,9 muertes por 100 mil entre 2014 y 2019.

Entre 2005 y 2021 murieron 4.189 niños y niñas menores de cinco años a causa de enfermedad diarreica. La mayoría de las muertes fueron en hombres, habitantes de zonas urbanas y del régimen subsidiado en salud. Según estimaciones del Estudio de Carga Global de Enfermedad en 2019, la EDA fue la quinta causa de muerte, en niños y niñas menores de cinco años, el 2,44% del total de las muertes registradas en esta población. Este aumento es una alerta para la salud pública del país, que debe tomar medidas pertinentes para reducir estas muertes evitables y sus inequidades en salud asociadas.

La situación es particularmente compleja en las zonas rurales, en donde por cada menor de cinco años que muere por diarrea en zona urbana, fallecen al menos dos niños por esta misma causa en territorios rurales. Así mismo, niños y niñas de grupos indígenas, población afrocolombiana (negro, afrodescendiente, raizales y palenqueros) y Rom o gitanos presentan más riesgo de morir, que aquellos menores que no pertenecen a ningún grupo étnico. La muerte por EDA tiene un impacto mayor en comunidades indígenas, rurales, con bajos ingresos económicos, altos niveles de analfabetismo, limitado acceso a servicios de salud de calidad y a servicios públicos esenciales como agua y alcantarillado.

Entre 2005 y 2021, la mayoría de los departamentos tendían a reducir significativamente las tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, excepto Norte de Santander y La Guajira, cuya reducción no es estadísticamente significativa. Los únicos departamentos que mostraron una tendencia a aumentar el indicador, aunque sin significancia estadística, fueron Chocó y Risaralda. Desde 2011, este último departamento tiende a aumentar significativamente en mortalidad por EDA, mientras que en Norte de Santander es desde 2015. Otros departamentos también registran una tendencia al aumento, entre 2015 y 2021, aunque estadísticamente no significativa: Antioquia, Chocó, Valle del Cauca y Amazonas.

El número de municipios con reporte de muertes por EDA en menores de cinco años se ha reducido gradualmente, al pasar de 494, entre 2005 - 2009, a 149, de 2020 a 2021. Sin embargo, el número de municipios que reportan tasas altas (18,7 a 31,7) y muy altas ($\geq 31,8$) del evento por 100 mil, ha aumentado a partir de 2010-2014.

Municipios con tasas altas y muy altas de mortalidad por ED en menores de cinco años que tuvieron nueve o más casos fueron:

- 2010-2014: Pueblo Rico (Risaralda), Páez (Cauca), Mitú (Vaupés) y Bagadó (Chocó)
- 2015-2019: Bagadó, Quibdó, Bajo Baudó y Bojayá (Chocó), Maicao, Riohacha, Uribia y Manaure (La Guajira) y Pueblo Rico (Risaralda).
- 2020-2021: Bagadó (Chocó), Maicao, Uribia (La Guajira) y Pueblo Rico (Risaralda).

Si algo va mal, puede estar peor

A medida que aumenta el índice municipal de acceso real a los servicios de salud (IASS real) se reduce significativamente la probabilidad de presentar casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años. Por el contrario, los municipios con mayor índice de pobreza multidimensional (IPM) tienen más probabilidad de morir por esta causa.

En este sentido, aunque la mayoría de los departamentos del país redujeron significativamente el indicador y cada vez son menos los municipios que reportan casos de muertes, en aquellos lugares donde persiste el problema se ha agudizado.

Risaralda y Norte de Santander tienden a aumentar significativamente el indicador desde el 2011 y 2015, respectivamente. La Guajira presentó una reducción significativa del indicador entre 2019 y 2021, pero si se analiza la situación en un periodo más largo, entre 2005 y 2021, no tiene una disminución importante. Chocó, por su parte, muestra una tendencia a aumentar desde 2005, al igual que el Amazonas, que empezó a incrementar en 2008. Estos territorios se caracterizan por tener una alta concentración de poblaciones étnicas, principalmente indígenas y afrodescendientes, además la mayoría de su población se encuentra en zonas rurales, con bajos ingresos económicos, altos niveles de analfabetismo, limitado acceso a servicios de salud de calidad y a servicios públicos esenciales como agua y alcantarillado.

Esta situación plantea la necesidad de comprender mejor las dinámicas de los determinantes socioterritoriales del proceso salud-enfermedad con el fin de plantear y focalizar más eficientemente intervenciones intersectoriales y con enfoques

diferenciales adecuados que permitan construir sociedades y sistemas de salud más resilientes ante situaciones críticas que impactan la salud de las personas y con una mayor capacidad de reducir la mortalidad evitable.

El aumento registrado en las tasas anuales de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de cinco años representa una alerta en salud pública, ya que son muertes prevenibles y el Estado ha invertido en estrategias de política pública orientadas a evitar estos casos como la vacunación contra rotavirus, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en sus componentes clínico y comunitario, y estrategias derivadas de la política pública de primera infancia “De Cero a Siempre”. Adicionalmente, el porcentaje de población con acceso a métodos adecuados de abastecimiento de agua es del 91,4% en todo el país, clave en la reducción de la morbimortalidad por EDA.

Adicional a estas medidas, los municipios con altas tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años deben identificar los territorios que concentran los casos y analizar las particularidades y los determinantes socio-territoriales en salud de las poblaciones que resultan afectadas. A partir de este análisis, las autoridades deben generar y focalizar planes de acción intersectoriales, incluso intermunicipales, con enfoques diferenciales que respondan a las realidades territoriales identificadas. Es importante realizar seguimiento y evaluación a los planes de acción implementados.

¿Cómo mejorar la salud en La Guajira y disminuir la mortalidad evitable?



Seis años después de la Sentencia T-302 de 2017 de la Corte Constitucional para proteger los derechos de los niños, niñas, madres lactantes y adultos mayores de las comunidades Wayúu de la Media y Alta Guajira, las muertes de niños y niñas asociadas a la desnutrición han venido en aumento.

En 2022, en La Guajira, hubo un aumento en la tasa de mortalidad por desnutrición (DNT) por 100 mil menores de 5 años respecto a 2021, en Uribia (de 39,6 a 169,4), Manaure de (53,9 a 154,8) y Dibulla (de 80,6 a 101,3). La suma de las muertes de niños de hasta cinco años en cuatro municipios de La Guajira (Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia) en 2017, según el censo, fue de 5.314, cifra que difiere significativamente del número de registros de defunciones del DANE que cuenta 1.473 defunciones reconocidas, es decir, 3.841 muertes nunca se reportaron. Lo anterior, atendería a la complejidad del territorio, la vulnerabilidad de la población de la Media y Alta Guajira y la cantidad y alta dispersión de la población indígena. Sin embargo, la prevalencia de cualquier tipo de desnutrición en población general de La Guajira supera la nacional y en población indígena es aún mayor.

Hay varias circunstancias que influyen en las muertes por desnutrición. Estudios presentan que desde el sexto hijo en adelante tienen cuatro veces mayor posibilidad de desnutrición global en comparación con el primer hijo. Por su parte, menores de cinco años que viven en casas con alcantarillado tienen 86% menor posibilidad, en comparación con quienes residen en viviendas sin alcantarillado. Por su parte, los grupos vulnerables reportan un riesgo de muerte por desnutrición significativamente mayor. Esta asociación se mantiene en menores de 1 año y entre 1 a 4 años. En cuanto a los determinantes intermedios, los menores no asegurados o asegurados al régimen subsidiado muestran al menos cuatro veces mayor riesgo de muerte por desnutrición en comparación con afiliados al régimen contributivo. Los menores residentes de centros poblados o áreas rurales dispersas presentan un riesgo de al menos tres veces mayor de muerte por DNT, en comparación con los menores que residen en la cabecera municipal. **En el mismo sentido, comparados con no indígenas, los menores**

indígenas reportan un riesgo de al menos cinco veces mayor. Los indígenas que no accedieron a determinados servicios en salud, como el control prenatal (CPN), cuidado materno infantil posterior al parto, parto atendido por un profesional médico o parto comunitario, presentan mayor prevalencia de desnutrición aguda, global y crónica en comparación con aquellos que sí recibieron dichos servicios de salud.

Ante resultados en salud nutricional como estos, las intervenciones que se realicen deben fundarse en una mirada contextualizada de la infancia indígena, además, es relevante intervenir en la alimentación infantil en los primeros años de vida. Sin embargo, estas acciones no revierten los fenómenos sociales, económicos y políticos que generan la inseguridad alimentaria. Por otro lado, es necesario ejecutar cuanto antes la Encuesta Nacional de Salud Nutricional y desagregar los resultados por agregación geográfica departamental y por grupos étnicos para DNT, así como adelantar estudios de asociación entre determinantes intermedios y estructurales, para DNT y muerte por esta causa.

¿Cuáles han sido y desde dónde se fundamentan algunas respuestas estatales?

Megaproyectos y transición energética que consideren la seguridad alimentaria en La Guajira

Las transformaciones territoriales que comprenden los ámbitos paisajísticos y culturales derivadas por el modelo de desarrollo y producción mineroenergético en La Guajira han impactado directamente la salud de la población Wayúu y, en particular, la gobernanza y soberanía alimentaria. Condiciones que desencadenan desnutrición en niños y niñas. Estos impactos devienen en un debilitamiento de

la estructura organizativa propia, la capacidad de autoabastecimiento alimentario y de cumplir con los horizontes culturales trazados para la garantía de un adecuado crecimiento y desarrollo de la niñez Wayúu.

Las actividades de explotación de hidrocarburos y generadoras de energía consolidan un modelo de desarrollo unidireccional pensado desde el Estado que a nivel territorial ha generado impactos socioambientales. Por otro lado, la falta de acceso a derechos humanos básicos, producto de la pobreza, discriminación estructural y desigualdad, agravada por la corrupción y falta de articulación institucional, impactan directamente los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de la población Wayúu. Los efectos documentados de la actividad minera corresponden a afectaciones a las prácticas tradicionales de agricultura y pastoreo, la ausencia de agua y saneamiento básico en la mayoría de los asentamientos de la ruralidad dispersa de La Guajira, y la dependencia de proyectos asistencialistas y alimentos ultraprocesados por parte de la población Wayúu. Estos factores impactan negativamente en los indicadores de la seguridad alimentaria de la población generando desenlaces fatales por desnutrición aguda en menores de cinco años Wayúu.

A escala ambiental también se registran impactos por la actividad minero-energética, como la propagación de microorganismos no aptos para el consumo humano en las fuentes hídricas y la consecuente contaminación de los suelos, subsuelos y recursos naturales que disminuye los alimentos de aprovechamiento nutricional. Respecto al paisaje, las excavaciones mineras a cielo abierto generan hundimiento de terrenos, cambios en la vegetación y acumulación de residuos y escombros. A esto se han vinculado efectos en los indicadores de desnutrición y mortalidad asociada a desnutrición crónica con las variaciones en los ciclos estacionales, es decir, lo que se ha asociado como evidencia ante los efectos del cambio climático o, en palabras de las personas Wayúu entrevistadas, “el desorden climático”.

En la misma lógica, la inversión en megaproyectos de generación de energía eólica en el departamento no solo impacta la concepción paisajística y cultural del territorio, sino también su dimensión productiva, al limitar y condicionar los cultivos, pastoreo de especies menores como los chivos y la pesca marítima, y fuera de la costa impactan directamente la soberanía alimentaria de la población Wayúu.

Algunos líderes y lideresas Wayúu proponen alternativas que resuelvan, como un informante lo llamó, esta “violencia alimentaria”, atribuida a la baja gobernanza territorial, como los proyectos productivos a partir de capitales semilla para que cada familia en las comunidades, de forma autónoma, pueda autoabastecerse y acercarse a la seguridad alimentaria. La comunidad ha sido muy crítica frente a las ayudas humanitarias y asistencialistas recibidas durante años, ya que, a su juicio, no han mejorado la calidad de vida de la población, pues representan un alto grado de dependencia de factores externos. Distintos actores comunitarios Wayúu exigen mínimos que responden a las necesidades de abastecimiento y seguridad alimentaria acorde a sus prácticas tradicionales para permitir el ingreso de megaproyectos en su territorio. Dentro de estos, están la garantía de agua potable en cada comunidad y ranchería, y la entrega de cabezas de chivos.

Dada la forma cómo se ha materializado el modelo de desarrollo a través de los megaproyectos en La Guajira, sería pertinente el seguimiento a las afectaciones de estos a la seguridad alimentaria del pueblo Wayúu, a través de procesos de investigación en salud pública involucrando a las comunidades y entidades competentes, que puedan tomar acción frente a la protección y garantía de los derechos ambientales y de protección de la salud de las personas.

Se recomienda, por un lado, generar un abordaje intersectorial, liderado por los sectores de salud, inclusión social, minas y energía, y ambiente, frente a las afectaciones en la seguridad y soberanía alimentaria de la población Wayúu mediante propuestas que tengan en consideración las transformaciones socioambientales tanto mitigables (cercamiento del territorio y disponibilidad de alimentos), como irreversibles (contaminación y secamiento de fuentes hídricas). Por otro lado, sería clave retomar los aprendizajes de la “Ruta de transición energética justa”, generada por el Ministerio de Minas y Energía en 2022 y comprendida en el Plan Nacional de Desarrollo ‘Colombia Potencia Mundial de la Vida 2022-2026’, sobre las necesidades comunitarias expresadas por la población Wayúu respecto a la transición energética y las preocupaciones sobre los efectos de los parques eólicos en su soberanía alimentaria y medios de sustento como el turismo y la pesca.

¿Cómo entienden los funcionarios la mortalidad por desnutrición infantil en la población Wayúu?

El Observatorio Nacional de Salud quiso indagar en los discursos que rodean la respuesta institucional al fenómeno de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en la población Wayúu de La Guajira. Para ello exploró si, para los actores institucionales, era clara la relación entre las afectaciones socioambientales producto de la minería a gran escala y la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.

Los discursos de los funcionarios alrededor del medio ambiente y los proyectos mineros-energéticos tienen que ver con la forma cómo estos describen y comprenden las características ambientales de La Guajira y la presencia de la minería en el departamento. Se hacen evidentes perspectivas naturalistas, centradas en los factores ambientales, que tienen en cuenta las características físicas como elementos externos, independientes de la actividad humana, pero que impactan la salud. Esta manera de comprender la problemática aparece en sus discursos y definiciones propias sobre la forma cómo viven los Wayúu y orientan la respuesta de la política pública. En Uribia, por ejemplo, los grupos indígenas tendrían más dificultades para asegurarse una calidad de vida digna porque cultivan en un terreno que, en la lógica de los funcionarios, no es apto para esta actividad. En consecuencia, la respuesta institucional y la toma de decisiones está orientada a mitigar efectos.

Un elemento reiterado en los discursos fue la referencia al cambio climático que, al describirse como un proceso histórico de variación climática global producto de la actividad humana, se explica como un factor que agudiza las dificultades ambientales en el departamento, al que se le atribuyen responsabilidades y sobre el cual hay poco alcance desde la política pública o los actores sociales. Por ejemplo, para los funcionarios públicos, los problemas de acceso al agua en el norte de La Guajira, la reducción en el volumen de precipitación y el cambio de la temporalidad de las lluvias -que eran conocidas por la población indígena- se explican únicamente a partir del cambio climático, como un fenómeno externo global que impacta a un ambiente que es naturalmente difícil, mas no se consideran las consecuencias o agudizaciones que sobre esto pueda tener la transformación del medio ambiente como parte de las actividades productivas a las que ha sido llevado el departamento tras 40 años de explotación minera.

En la forma que los funcionarios piensan tanto la problemática como las respuestas, no incluyen la confluencia de políticas de Estado, ideas de desarrollo e intereses económicos, así no pueden ver que los proyectos minero-energéticos usan los recursos y han generado un efecto en el territorio. La mirada de los actores institucionales se centra más en las acciones cotidianas de las comunidades indígenas, como la tala de árboles con fines domésticos, y algunas actividades económicas, afectan a la agudización de fenómenos ambientales como la erosión del suelo y el deterioro ambiental. Aunque en Uribia se plantean los problemas de polvillo por el carbón generado por el tren que lleva el cargamento de la mina al puerto, la minería a gran escala está fuera del alcance de la respuesta de las entidades territoriales. La constante referencia al cambio climático puede ser una manera que los actores municipales y departamentales han encontrado para hablar de aquello que está fuera de su competencia institucional.

La respuesta en política pública se relaciona con la forma como se piensa la problemática medio ambiental. La perspectiva naturalista lleva a la toma de decisiones que se orientan a mitigar los efectos de este ambiente en la población local. Este tipo de acciones aportan en controlar el problema, aunque no deben ser la única apuesta al respecto. En el mismo sentido, se observa que la idea del cambio climático, fenómeno clave en la comprensión de la situación en La Guajira se convierte casi en la única explicación que cobra sentido frente a la transformación del territorio, quizá es una forma a través de la cual los actores institucionales hablan de la minería y sus efectos en el departamento. También se señalan dificultades en la atención y acceso de la población indígena a los servicios de salud por dos razones: por ser población rural dispersa y por las resistencias de la población a ser atendida. Esto puede llevarlos a prejuicios por parte de la demás población donde juzgan como negligencia el comportamiento de los padres de los niños y niñas Wayúu, sin considerar elementos de la vida material de las comunidades.

Los actores institucionales deberían entender la negativa de las comunidades a ser atendidas por los servicios de salud como un desafío para la propia institucionalidad. Esto implica que se deben desplegar estrategias o acciones relacionadas que no se centren en los señalamientos de culpa hacia la comunidad, los padres de familia o las mujeres indígenas. Estas resistencias pueden

Cuando la *muerte es evitable*

estar relacionadas con dificultades en el diálogo entre la comunidad y los profesionales de salud por temas como la lengua, la desconfianza en la institucionalidad o las condiciones de vida de las familias indígenas. En ocasiones, las instituciones entienden lo étnico desde el folclor, cuando deberían centrarse en comprender las razones históricas que han empobrecido a estas poblaciones y a sus territorios.

Asimismo, la respuesta institucional a la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años Wayúu está concentrada en las acciones adelantadas por el sector salud. Entonces, los planes de desarrollo plantean respuestas como alertas por desnutrición que son responsabilidad de las EPS, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los equipos territoriales con asistencias de alimentos a los hogares reportados. También, se plantean planes de disponibilidad de alimentos y programas de alimentación con participación de las ONG, la cooperación internacional y el sector educación para los menores escolarizados. En ese mismo sentido, todos los planes se apegan a la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que deberían involucrar actores comunitarios con el fin de ampliar la notificación.

Para algunos actores institucionales, organizaciones de base y académicos la problemática debe entenderse en su perspectiva histórica con el propósito de reconocer la transformación medio ambiental del departamento, los impactos de la minería como actividad económica y los daños que ha vivido la comunidad Wayúu, de tal forma que la respuesta no sea solo con el objetivo de mitigar el impacto sobre la salud de las comunidades. Por tanto, las entidades territoriales deben solicitar la presencia de los diferentes sectores de la institucionalidad del orden nacional para plantear una respuesta que incluya la responsabilidad de diseñar y resolver la situación a las autoridades locales, y construir una agenda conjunta que permita fortalecerse técnicamente, comprender la problemática y desarrollar las soluciones articuladas.



El impacto del conflicto armado sobre la desnutrición en el Chocó



Una particularidad del conflicto armado en Chocó radica en la forma como los grupos armados ejercen control alimentario como medio de coerción y el sometimiento como acto de violencia.

Si bien se han implementado estrategias a nivel nacional para reducir la mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años, en Chocó el conflicto armado tiene efectos negativos sobre los resultados y las oportunidades en salud de los infantes. En 2021, la tasa de mortalidad por desnutrición de menores de cinco años en el país fue de 7,8 por 100 mil habitantes, mientras que en Chocó llegó al 89,0, muy por encima del promedio nacional. Dada esta situación, es importante mejorar la evidencia y proporcionar información útil que oriente a los tomadores de decisiones en la formulación e implementación políticas públicas que aborden esta problemática de salud pública. De los 31 municipios del departamento, el 64,5% presentan una razón de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por encima del promedio nacional, la cual ha estado entre 2,22 y 3,59 muertes por 1000 nacidos vivos. Esto evidencia una dinámica contextual compleja, vulnerabilidad económica y social, por ejemplo, Medió Baudó, Bojayá, Alto Baudó y Medio Atrato son los municipios con mayor razón de mortalidad infantil en menores de cinco años que además tienen presencia e impacto negativo del conflicto armado.

En el primer semestre de 2023 aumentaron los enfrentamientos entre grupos armados no estatales por el control territorial y otros actos de violencia en Chocó: ataques armados, puestos de control ilegales, secuestros o distribución de minas terrestres. Como consecuencia de los asedios y confrontaciones entre la guerrilla y el Clan del Golfo, y los paros armados impuestos a las poblaciones del departamento, se ha generado hambruna ya que se restringe a las personas la posibilidad de salir a pescar o ir a su parcela a cosechar los cultivos de pan coger.

El control alimentario

Es una de las estrategias empleadas por los actores armados en el departamento, quienes usan la violencia como forma para apropiarse de los recursos alimenticios y bienes de la población. El fin de este es disminuir la competencia de alimentación para saciar las necesidades de sus integrantes. Es decir, imponen un orden alimenticio con impacto positivo para “sus filas”, pero con repercusiones sobre las necesidades y calidad de vida de las comunidades. Esto implica que los pobladores siembren alimentos y críen animales que los grupos al margen de la ley administran indiscriminadamente. Asimismo, estos actores armados usan la comida y su prohibición como una forma de control y sometimiento, y hallan en el poder local oportunidades para acceder a recursos, obtener reconocimiento y dominio territorial. El tener o no alimentos es un diferenciador social y se constituye un indicativo de clase y rango. Quien tiene acceso a la comida se establece como una fuente clara de poder político.

La financiación del conflicto armado: minería, contaminación y explotación

Los grupos armados dinamizan su economía de guerra mediante la explotación directa e indirecta de recursos altamente rentables en el mercado internacional. La minería ilegal y la siembra de cultivos ilícitos se instauran como la fuente principal de ingresos para los grupos armados. Los beneficios que trae consigo la explotación de oro son una oportunidad para que los actores armados ilegales financien su economía, obtengan ganancias, control de la población y del territorio. El extractivismo minero, con el empleo de sustancias químicas como el cianuro y el mercurio, trae daños ecológicos, afecta los suelos, las fuentes hídricas y las comunidades. Los desenlaces de estas prácticas son negativos, puesto que los pobladores se han visto obligados a limitar el consumo de algunas especies de peces de río por la bioacumulación de metales

pesados, situación que implica fractura en la dieta alimentaria de las comunidades chocoanas, además, afecta la estructura de la producción agropecuaria ancestral y los predios destinados para la siembra y cosecha de alimentos se debilitan. Del mismo modo, por la violencia que ejercen los grupos armados, se afecta el capital físico y humano, pues desplaza las fuentes de empleos e ingresos para someter a las comunidades a “participar” como mano de obra barata en condiciones precarias y deficientes.

Consecuencias del control alimentario y la restricción a la movilidad

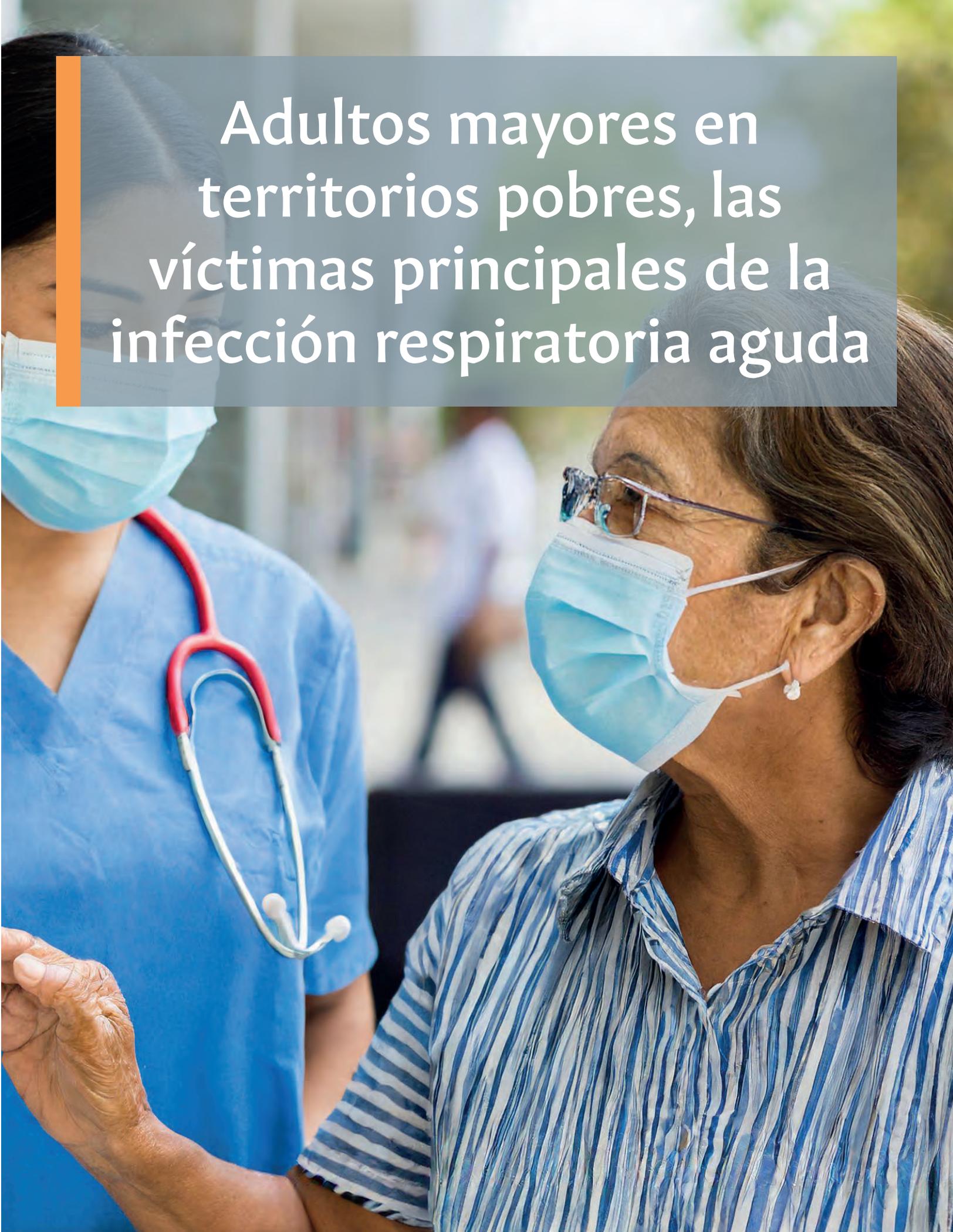
El control alimentario tiene consecuencias no solo a nivel biológico, sino que implica cambios en los aspectos culturales, políticos, económicos, violación del derecho a la alimentación y recrudecimiento de mala calidad de vida en las comunidades. No tener soberanía sobre lo que se come y la no autosuficiencia alimentaria, restringe la capacidad para producir alimentos culturalmente propios. Esto va en contravía de la diversidad cultural y productiva, además de provocar consecuencias humanitarias graves por obstruir la disponibilidad, el acceso y los medios de producción de alimentos. Asimismo, la prohibición de movilizarse en el territorio identificada en el Chocó afecta el acceso a los servicios de salud y aumenta la morbilidad, en cuanto se condiciona a las personas que requieran asistencia o que la institucionalidad pueda ir hasta las comunidades.

La organización humanitaria internacional Médicos Sin Fronteras visitó la comunidad Guadualito Beté en la cual más de 300 personas permanecían con restricciones de movilidad por el conflicto armado. En este territorio, la mayor preocupación de los habitantes era la situación de confinamiento y la escasez de alimentos sobre todo para niños y niñas, pues muchos tenían síntomas de malnutrición, condición que tiene implicaciones sobre el retraso del crecimiento, delgadez excesiva y las carencias de micronutrientes esenciales en infantes.

El gobierno nacional y local, en conjunto con las organizaciones humanitarias, han generado estrategias para apoyar la emergencia en torno al conflicto armado, la inseguridad alimentaria y la mortalidad en menores de cinco años en Chocó. Las respuestas identificadas en el territorio giran alrededor del acompañamiento a los consejos comunitarios sobre inversión pública, incentivos económicos por servicios ambientales y proyectos de

cooperación para recuperar prácticas ancestrales de siembra. Sin embargo, algunas intervenciones están descontextualizadas y no responden a las dinámicas de las comunidades, esto implica que el impacto no sea efectivo ni sostenible.





Adultos mayores en
territorios pobres, las
víctimas principales de la
infección respiratoria aguda

Las enfermedades transmisibles concentran un amplio grupo de eventos como lepra, tuberculosis, rabia, diarrea, gripa, entre otras. Si bien para varias de estas enfermedades se han desarrollado vacunas y tratamientos específicos, siguen afectando a poblaciones de todas las edades, pero no por igual a todos los niveles socioeconómicos.

Las enfermedades transmisibles son eventos potencialmente evitables gracias a las mejoras en las condiciones de vida y la disponibilidad de tecnologías médicas como los antibióticos y la mejora en el cuidado hospitalario. Dentro de estas, se destaca la Infección Respiratoria Aguda (IRA), uno de los principales eventos de interés en salud pública con alta carga de enfermedad en los extremos de la vida: adultos mayores y niños y niñas menores de cinco años. En este último grupo, la IRA sería responsable de casi el 20% de todas las muertes, además la mayor incidencia y mortalidad ocurre en poblaciones con altas vulnerabilidades. Del total de muertes por enfermedades transmisibles ocurridas entre 1979 y 2021 (626.517), el 51,5% corresponden a muertes evitables por políticas públicas y el 14,5% a evitables por el sistema de salud. La IRA representa la mayor proporción de las muertes por enfermedades transmisibles con el 33,9%, seguido de la mortalidad por COVID-19 con 22,7%. De haber tenido políticas públicas óptimas, se pudo haber evitado un poco más de la mitad (53,5%) de muertes por IRA, además, un buen sistema de salud habría impedido el 8,6% de estos decesos y hubiera tenido una incidencia aún mayor al prevenir la muerte por tuberculosis, infecciones intestinales y otras causas prevenibles por vacunas.

A inicios de 1979, la proporción de mortalidad evitable atribuida a cualquier política pública para enfermedades infecciosas correspondía a más del 80%, pero ha disminuido progresivamente. Desde 2005, se redujo al 60% hasta llegar cerca del 50% en los años previos a la pandemia. El descenso de estos indicadores está más relacionado a intervenciones de sectores diferentes al de salud, ya que logran incidir de manera mayoritaria en la disminución de mortalidad. No obstante, en Colombia, aún persisten enfermedades transmisibles tropicales, emergentes,

desatendidas y transmitidas por vectores consideradas de interés en salud pública, que no se incluyen en las listas de mortalidad evitable. Pero, un tema preocupante es la mortalidad evitable por IRA atribuida a las políticas públicas que es mayor en niños menores de cinco años (18,1%) y en adultos mayores de 60 años (64,6%). Si bien desde 1998 ha disminuido en los niños y niñas, a partir de 1994 estas muertes mantienen el incremento en los adultos mayores de 60 años, agudizado durante la pandemia por COVID-19. En cuanto a

la mortalidad evitable por el sistema de salud por IRA, esta solo mostró tendencia a la disminución durante los años ochenta en niños menores de cinco años. Desde los noventa, ha tenido un comportamiento similar, relativamente estable, en todos grupos etarios y de 2017 a 2021 tuvo un incremento del 107,25% de mortalidad en los adultos mayores.

Enfermedades evitables, pero no para todos por igual

Las políticas públicas y en particular las acciones del sistema de salud no tienen el mismo impacto en todos los territorios, ni para todas las personas, aún hay brechas importantes. Entre 2016 y 2019 y de 2020 a 2021 la tasa de mortalidad fue más alta en niños menores de 5 años y adultos mayores en los municipios más pobres, en comparación con aquellos con Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) más bajo. En adultos mayores de 60 años, entre 2020 y 2021,

hubo casi nueve muertes adicionales por 100.000 habitantes en los municipios más pobres, en comparación con los más ricos.

En los niños menores de cinco años de los municipios más pobres, la mortalidad por IRA evitable puede ser 2,35 veces la de los más ricos. Por otro lado, de acuerdo con las estimaciones del índice de concentración, los más pequeños y las personas de 60 años y más, presentan una mayor mortalidad evitable por IRA en los municipios más pobres.

Municipios con las mayores tasas de mortalidad por IRA:

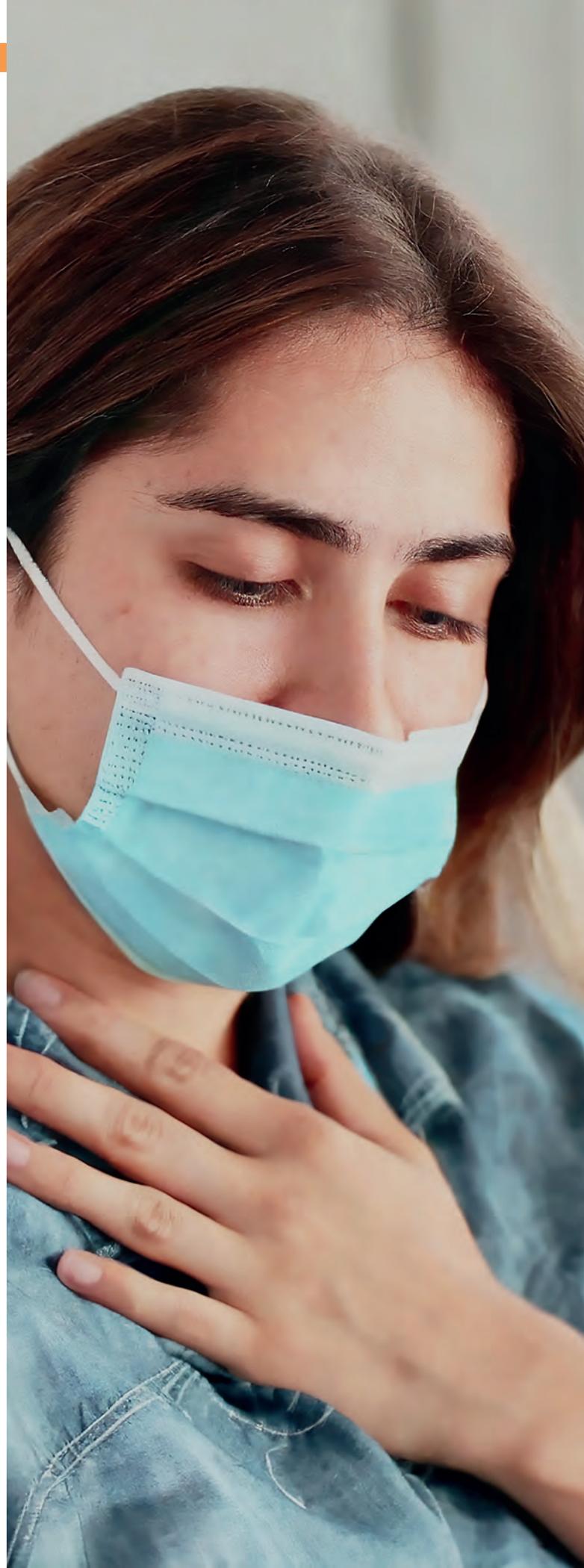
En niños menores de 5 años: Guicán de la Sierra (Boyacá), Quebradanegra (Cundinamarca), Alto Baudó, El Carmen de Atrato y Sipí en Chocó, El Calvario (Meta), Colón (Nariño), Córdoba (Quindío), sumándose para 2020 y 2021 otros municipios de Chocó (Bagadó, Bojayá y Lloró) y Amazonas (La Chorrera y La Pedrera).

Adultos mayores de 60 años: De 2016-2019 a 2020-2021, el país pasó de 10 a 40 municipios con tasas superiores a 100 muertes por 100.000 habitantes. Las más altas se reportaron en Bolívar (Montecristo, Cartagena de Indias, Arenal), Boyacá (Monguí y Pisba), y Santander (Aguada, Cerrito, Jordán y Palmar). En 2020 y 2021, se le sumaron San José del Guaviare y El Retorno en Guaviare, Leticia, Tarapacá y La Chorrera en Amazonas, Valledupar, Bosconia, El Paso y Manaure Balcón en Cesar.

¿Qué falta por hacer para evitar las muertes por IRA?

En Colombia, no se ha logrado implementar estrategias efectivas de información y educación en salud dirigidas a las madres, padres y cuidadores para la prevención de la IRA o estas no han tenido el impacto deseado. Asimismo, hay baja aplicación de pautas de las guías de práctica clínica para la neumonía, se presentan fallas en los procesos de promoción y mantenimiento de la salud que desde el sistema de salud permitan identificación temprana de riesgos. Varios de estos factores se asocian a condiciones sociales como pobreza y limitaciones en acceso a los servicios de salud, evidencia de desigualdades sociosanitarias que desencadenan intervenciones inadecuadas y oportunas en atención de la IRA por barreras de acceso.

En general, es necesario mejorar el acceso a servicios de salud para incidir directamente en la morbilidad grave y mortalidad por eventos transmisibles. En este sentido, es importante evitar explicaciones que responsabilicen a la población, como los discursos de la agencia individual que omiten la labor de cuidado y promoción de los sistemas de salud, por ejemplo, con la implementación de estrategias reales de atención primaria en salud (APS). La manera como se desarrolla la vacunación en los adultos mayores debe modificarse con el fin de ampliar coberturas poblacionales y garantizar acceso a biológicos de eventos de interés en salud pública con énfasis en aquellas que originan enfermedad severa y muerte por IRA.



¿Murieron más o menos
menores de cinco años
durante la pandemia?



En Colombia, entre 2000 y 2018, más del 90% de las muertes en menores de cinco años era potencialmente evitables y, de estas, el 68,2% se pudo prevenir por medio de atención oportuna y de calidad.

Durante 2020, en Colombia, fueron reportadas 7.624 muertes en menores de 5 años (el 84% en menores de un año, 6.368) y 8.147 en el 2021 (el 80% en menores de un año, 6.751). En este último año, hubo una reducción en las tasas de mortalidad en menores de un año con valores similares a las de 2017, cuando se reportaron las tasas de mortalidad más bajas antes de la pandemia. En 2021, las tasas de mortalidad en menores de un año nuevamente se aproximaron a las previas a la pandemia, muy similares o superiores a las de 2015 y 2017.

El exceso de mortalidad es uno de los métodos que estima el impacto de la pandemia en donde se cuantifica el número de muertes que ocurre por encima de lo esperado en un tiempo y espacio determinado en comparación con la tendencia histórica. A nivel nacional, la mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), EDA y desnutrición (DNT), tuvo una reducción del 5% de 2018 a 2019. Asimismo, la notificación de estos eventos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, entre 2019 y 2020, muestra una disminución en el número de casos y de las tasas de mortalidad, aunque esto puede estar explicado por la reducción en la notificación en consecuencia de los efectos de la pandemia. En todo caso, la magnitud y distribución de otras causas de mortalidad también pudo cambiar en respuesta a la crisis sanitaria, que redujo las muertes por enfermedades infecciosas y lesiones externas, o aumentó las causadas por enfermedades crónicas. En el grupo de uno a cuatro años, la tendencia en las tasas de mortalidad tuvo el mismo patrón que el de menores de un año. En los años previos a la pandemia, la tasa más baja se reportó en el 2017 y durante la pandemia en el 2020. En general, las tasas de mortalidad fueron más bajas que las de los menores de un año

En niños de cuatro años, las lesiones externas —sobre todo por ahogamiento y sumersión accidentales— y las anomalías congénitas fueron las causas más frecuentes de mortalidad. Al igual que en los menores de un año, durante la pandemia,

hubo una reducción de las muertes debidas a las IRA y ocupó el quinto lugar dentro de las principales causas. Desde marzo de 2020, cuando se declaró la emergencia sanitaria, hasta diciembre de ese año, la mortalidad en menores de cinco años fue significativamente menor a la esperada, por debajo del límite inferior. En 2021, los meses de febrero, marzo y julio tuvieron un déficit de mortalidad significativo y las muertes observadas se mantuvieron inferiores a las esperadas en abril, mayo y de septiembre a diciembre.

En Colombia, hay una tendencia a la baja de las muertes evitables al pasar de un 93,5% en el 2000 a un 88,5% en 2018. Históricamente, las muertes en menores de un año han representado la mayor proporción en la primera infancia y la caracterización de la mortalidad muestra que el número de defunciones en menores de un año representa más del 80% del total de las muertes en los menores de cinco años. Si bien hubo un déficit de mortalidad en este grupo, las principales causas de muerte están asociadas a afecciones durante el periodo perinatal y malformaciones congénitas.

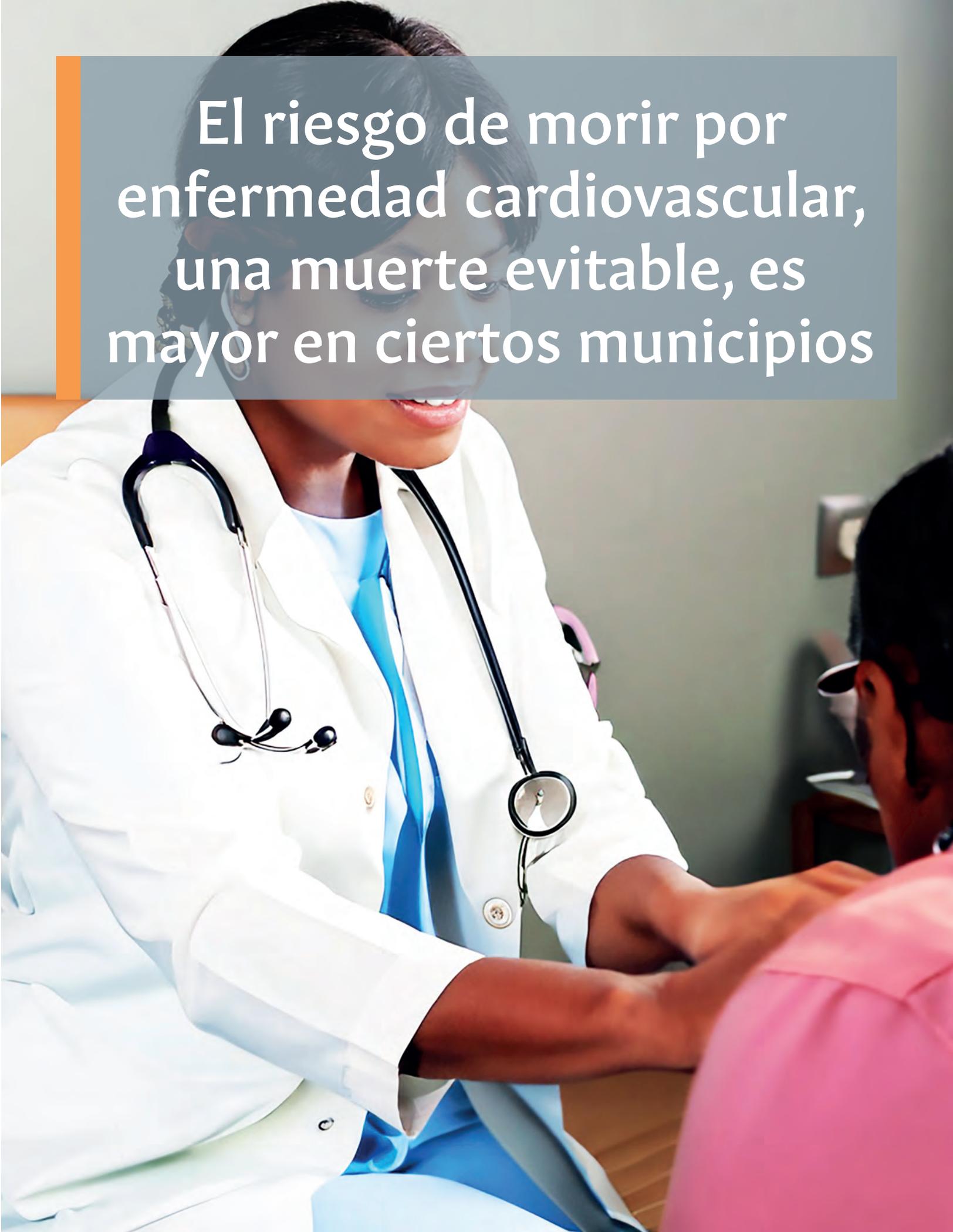
A nivel departamental, la mayoría de los departamentos tuvo un déficit de mortalidad que además fue estadísticamente significativo en Bogotá, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Huila y San Andrés durante los dos años de la pandemia. Tolima fue el único departamento con exceso de mortalidad estadísticamente significativo durante la pandemia.

Ahora bien, después de la pandemia la tendencia en la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de cinco años se encuentra en aumento, pasó de 1,98 por 1.000 habitantes en 2020 a 2,20 en 2022 – de acuerdo al número preliminar de defunciones en ese año—. Además de esto, el impacto negativo en las desigualdades en salud por el nivel educativo de la madre, crisis económica, falta de acceso a agua potable, alimentos y vivienda digna y la reducción en las coberturas de vacunación, los niños y niñas

Cuando la *muerte es evitable*

son más vulnerables a tener desenlaces negativos en salud, que a su vez tendrán efecto en las causas de mortalidad, principalmente evitables, que pueden expresar inequidades en salud.



A female doctor with dark hair, wearing a white lab coat over a light blue top and a blue tie, has a black stethoscope around her neck. She is smiling and looking down at a patient whose back is to the camera. The patient is wearing a pink shirt. The background is a blurred clinical setting. A semi-transparent grey box with a white border on the left side contains the text.

El riesgo de morir por enfermedad cardiovascular, una muerte evitable, es mayor en ciertos municipios

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) ocasiona una alta carga para los sistemas de salud debido a los costos de su atención médica, además de la pérdida de productividad de población económicamente activa.

La ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todos los decesos. Muchas de estos podrían evitarse al mejorar los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y al abordar los determinantes sociales de la salud, y así como mediante el uso amplio de estrategias de intervención comprobadas, incluidos programas, servicios y políticas públicas para planificar una atención basada en evidencia. A pesar de disponer de distintas medidas, ya en 2008 en el país se advertía que las políticas de prevención y promoción de la salud en las instancias gubernamentales y del sector privado eran insuficientes, lo que se confirmó en 2018 cuando la prevención de enfermedades crónicas no mostró mayor progreso en ese decenio.

Entre 1979 y 2021, el DANE reportó 1.713.934 muertes por ECV en Colombia, el 52,6% (901.401) en hombres. Del total, el 46,2% (944.677) correspondió a menores de 75 años, el 47,0% (806.062) era evitable por los servicios de salud y de estas, el 57,6% (464.228) de los fallecidos fueron hombres.

La mortalidad por ECV evitable por el sistema de salud en los municipios a través de los años ha tenido comportamiento diferente. En 2006, 144 municipios registraban tasas de 20 y más muertes, mientras en 2011 descendió a 135 territorios, pero volvió a aumentar en 2011, cuando fueron 160 municipios con más de 20 muertes.

Entre 2005 y 2018, las tasas de mortalidad por ECV evitable por los servicios de salud descendieron para todos los territorios, según las Necesidades Básicas Insatisfechas (NB), excepto en los más pobres que tuvieron un leve aumento.

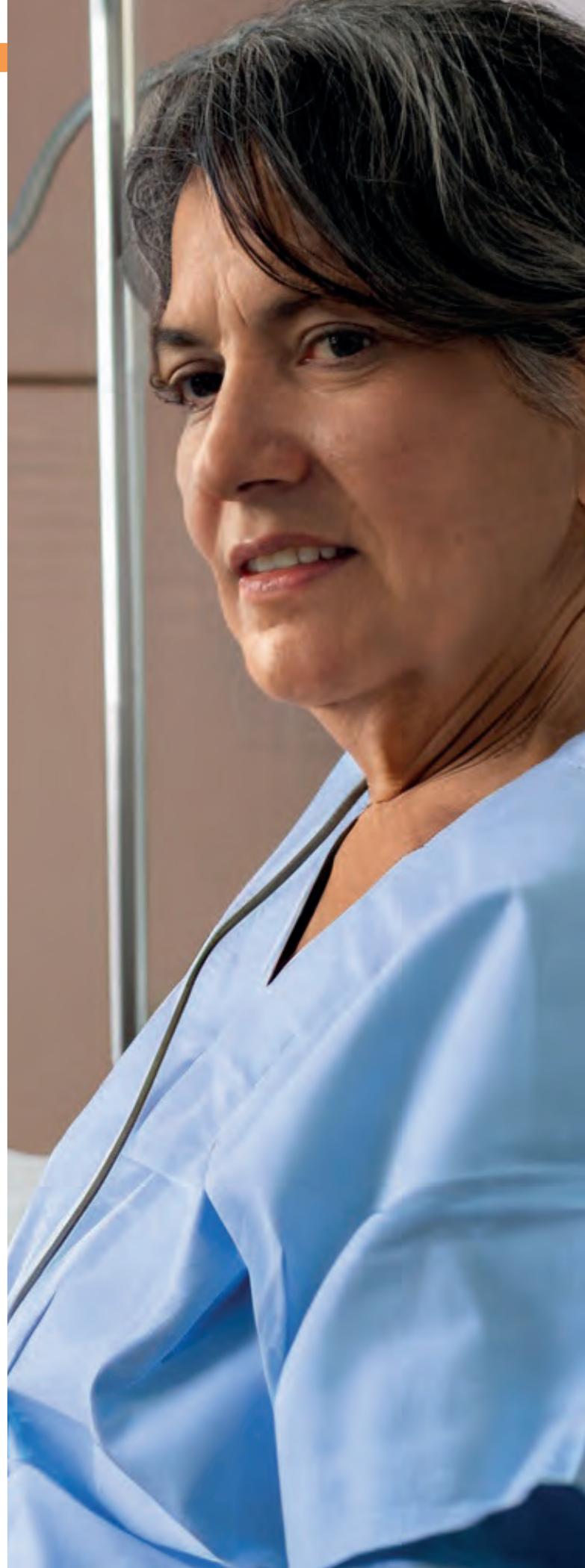
Ahora bien, esta problemática, en 2005, fue peor en los municipios más ricos, pues en los lugares con la peor situación socioeconómica el riesgo de morir es cerca de la mitad (0,56) en comparación con aquellos de mayores ingresos. Es decir, que entre más elevado el nivel socioeconómico del municipio, sus habitantes habrían tenido mayor riesgo de morir por una ECV. Sin embargo, en 2018, en los territorios más pobres, el riesgo de morir por una ECV evitable aumentó un 0,89 más que en el de los municipios más ricos.

Los resultados de las desigualdades en contra de los más ricos son similares a los reportados en distintos estudios, uno en 21 países, otro en Inglaterra. Una de las investigaciones 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. Otra publicación observó 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. 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.

Las normas emitidas en el país, a través de los años, 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. 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

La reducción de la mortalidad por 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 debe estar enfocado en alcanzar un mejor control de los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la obesidad, niveles elevados de colesterol 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.



¿Cómo evitar muertes por siniestros de tránsito en Bogotá?



 **Visión Cero, iniciativa multinacional que trata de evitar las muertes y lesiones graves por siniestros de tráfico, al tiempo que aumenta la movilidad segura, sana y sostenible para todos, 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.** 

Los siniestros viales ocurren de una interacción entre el comportamiento individual del actor vial y su entorno. Características como la extensión de las áreas peatonales, las ciclorrutas o los límites de velocidad, son más fáciles de recopilar que los datos del comportamiento humano, por eso es mejor usar esta información para entender su relación con el riesgo de las personas en la vía. Es decir que la ciudad, su organización y la forma como los actores viales se mueven en esta, pueden explicar por qué hay más siniestros viales en algunas localidades de Bogotá que en otras.

El ONS revela grandes diferencias en la seguridad vial entre las localidades. Por un lado, Los Mártires con más de 520 KSI por 100.000 (por sus siglas en inglés, *Killed or Seriously Injured individuals - muertos o heridos de gravedad*), mientras que Usme es la localidad más segura con menos de 80 KSI por 100.000 en 2018. Las tasas de KSI más altas de peatones también se presentan en Los Mártires (144 KSI por 100.000), Santa Fe (113 KSI) y La Candelaria (110 KS). Para ciclistas, las localidades con más riesgo son La Candelaria (40,9 KSI), Los Mártires (28,9 KSI) y Barrios Unidos (27,7 KSI). El caso de Los Mártires también preocupa con las tasas más altas de KSI para motocicletas (231 KSI), seguida por Antonio Nariño (153 KSI), Barrios Unidos (141 KSI) y Teusaquillo (141 KSI).

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**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también muestra que estos **usuarios viales vulnerables** son afectados desproporcionadamente, y deja claro que la urbanización (crecimiento de

ciudades) es una de las causas principales de esta crisis, por lo tanto, se necesita la implementación de políticas de planificación urbana efectivas a escala de ciudad. 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, ya no son *accidentes* y pasan a ser *siniestros viales* que se pueden evitar, si se adopta un enfoque preventivo que dé prioridad a la seguridad vial como una cuestión de salud pública.

Los automóviles y motocicletas son responsables de la mayoría de las muertes y lesiones de gravedad en las vías, mientras que peatones y ciclistas, 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 esto parece obvio, 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 en 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.

¿Por qué hay localidades con más muertos o lesionados graves que otras?

Todas las localidades con altos KSI coinciden con los centros de empleo de la ciudad y aglomeración de universidades, tienen poca población residencial,

pero reciben una alta población flotante. Las localidades con bajas tasas de KSI son puramente residenciales. También, como es de esperarse, en las avenidas hay una asociación muy significativa al momento de predecir altas tasas de KSI para peatones, motociclistas y ocupantes de carros, aunque no tanto de los ciclistas, es decir que los siniestros entre ciclistas y automóviles ocurren dentro de los barrios, pues a lo largo de las autopistas, se mueven en espacios separados con una buena infraestructura demarcación y señalización.

¿Qué medidas tomar?, ¿Más semáforos y señales de tránsito, menos carros o nuevas paradas del SITP?

La **densidad de semáforos** aparece asociada con altas tasas KSI en todos los modos, excepto en motocicletas. Estos se ubican en puntos de alto flujo de vehicular y de peatones, es decir, en lugares de conflicto entre los distintos actores viales. Si bien su propósito es aumentar la seguridad, parece ser que no disminuyen del todo el riesgo.

Las **señales de tránsito mejoran la seguridad vial para los peatones y ciclistas**. Las localidades con más densidad de señalizaciones mostraron un número de siniestros graves más bajo, en particular en transeúntes y bicicletas.

La **infraestructura de paradas del SITP** han demostrado ser un factor clave en la disminución de siniestros viales graves, al beneficiar a todos los usuarios de la vía con excepción de los peatones. Los análisis sugieren que la mejora en la seguridad se debe a una combinación de señalización efectiva y la reducción de la velocidad vehicular provocada por la congestión cerca de estas paradas. Esto disminuye la posibilidad de incidentes graves. Además, una menor presencia de vehículos en las calles contribuye significativamente a reducir el riesgo para los motociclistas. En todo caso, el uso del transporte público y su infraestructura tiene un efecto positivo en la seguridad vial.

Las **áreas equipadas con una amplia red de ciclorrutas** experimentan una notable disminución en los siniestros viales que involucran vehículos o motocicletas que atropellan a peatones. Sin embargo, aún no es clara la eficacia de estas ciclorrutas al momento de realmente garantizar la seguridad de los propios ciclistas. Por ejemplo,

las ciclorrutas contribuyen significativamente a la seguridad vial cuando se extienden a lo largo de las principales avenidas, pero su efectividad se reduce cuando cruzan zonas residenciales. Esto podría ser por el uso inadecuado de estos carriles exclusivos. Entonces, puede necesitarse una planificación y educación vial más efectivas para que las ciclorrutas beneficien a todos.

Las **condiciones sociodemográficas** también influyen en la distribución de los siniestros. En los sectores más desfavorecidos de la ciudad, caracterizados por una alta densidad poblacional y en donde el uso de motocicletas y bicicletas es elevado, se presentan un gran número de siniestros, involucrando estos medios de transporte. Es más, gran parte de los accidentes que comprometen una moto en Bogotá ocurren en estos lugares, principalmente, en el sur y occidente de la ciudad. Mientras que, los mayores números de accidentes con bicicleta se ubican en Kennedy y Bosa.

Privilegiar la movilidad para ciclistas y peatones es una estrategia eficaz para convertir a Bogotá en una ciudad más sostenible y seguras que evite más muertes y lesiones causan pérdidas en la calidad de vida y salud. Entre las acciones, puede reasignarse el espacio de movilidad centrado en el ser humano, como la peatonalización o la extensión de infraestructura ciclista urbana, por ejemplo, bajo un enfoque de “supermanzana” como el caso de Barcelona. En Bogotá, el proyecto Barrios Vitales funda sus bases en esas ideas, haría falta desarrollarlo.

Esta investigación usó el indicador KSI (por sus siglas en inglés, *Killed or Seriously Injured individuals* – muertos o heridos de gravedad) que es una métrica de seguridad vial para cada pareja de víctima y vehículo agresor en el incidente, esta es una matriz de víctimas por cada 100.000 habitantes. Luego, se implementaron herramientas de aprendizaje automático en estos datos para identificar el riesgo de los actores viales vulnerables por cada localidad y las características urbanas relevantes, extraídas de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos de Colombia, 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 científicos. Entonces, el ONS, para comparar los niveles de seguridad vial de todas las localidades, construyó la tasa KSI (por 100.000 habitantes), que corresponde al número de víctimas por cada tipo de colisión normalizadas por el tamaño de población residente de cada localidad.

A photograph of a woman with long brown hair, wearing a white cardigan with black polka dots over a white t-shirt and dark pants. She is sitting and covering her face with both hands, her head bowed, suggesting she is crying or in deep distress. The background is blurred, showing what appears to be a bookshelf. A semi-transparent grey box with a white border is overlaid on the top left of the image, containing the title text.

La responsabilidad del Estado en la prevención del feminicidio

El feminicidio es un indicador de la violencia sistemática contra las mujeres y permite integrar al género en el análisis de las muertes violentas, por lo tanto, evitables.

El feminicidio es una manifestación extrema de la violencia de género (VBG) 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.

Este 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 multidisciplinares. 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 y los derechos humanos.

Los feminicidios son muertes evitables, 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. 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.

La importancia de atenciones en salud con enfoque de género

La consulta médico-sanitaria es 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 esconde 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. En este contexto, el personal sanitario es clave para detectar signos de violencia, aunque no siempre resulte sencillo, se puede realizar si existe una capacitación efectiva sobre los síntomas o eventos de salud vinculados a las VBG. Entonces, 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.

A la fecha, en el país, se han construido diversos instrumentos de política pública abocados a atender el feminicidio. Por ejemplo, han creado y fortalecido los canales de atención a mujeres víctima de VBG a nivel nacional y territorial, para restituir sus derechos y prevenir violencias. Por otro lado, en 2022, la Fiscalía General de la Nación junto con ONU Mujeres generó el documento de guía práctica

Cuando la *muerte es evitable*

para la investigación del feminicidio como homicidio. 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 reconoce la falta de medidas efectivas de prevención y el escenario de revictimización del que se sometió a la víctima después de 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.



El suicidio en comunidades
indígenas: desigualdad,
aislamiento, conflicto armado
y falta de acceso a servicios
de salud



A nivel mundial, hay altas tasas de suicidio entre los grupos étnicos, 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.

Amazonas, entre la ineficiencia de los actores del sistema y el limitado reconocimiento de la enfermedad mental por parte de la comunidad

La ineficiencia de los actores del sistema de salud y el limitado reconocimiento de la enfermedad mental por parte de las comunidades (que tiene como consecuencia la ausencia de empoderamiento comunitario con relación a sus propias problemáticas y la limitación en el desarrollo de estrategias de afrontamiento) 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 áreas no municipalizadas, frecuentemente, los trastornos de salud mental desencadenan en emergencia, ya que no hay talento humano ni medicamentos de control disponibles. 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.

Por otro lado, 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 áreas más lejanas. 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 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). El departamento no tiene 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.

El personal especializado en salud mental tiene importantes limitaciones en su conocimiento, habilidades y experiencia para manejar casos, además de los pocos profesionales que hay en el departamento, solo tres profesionales para una población de más de 80.000 habitantes. Por ejemplo, los psicólogos, 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. En muchas ocasiones, el diagnóstico de salud se da cuando se ha presentado un intento de suicidio o se entra a una crisis grave que logra ser captada por el sistema. Además, 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. A esto se suma, las condiciones de atención suelen ser incómodas por la infraestructura, la medicina

tradicional no está integrada como debería, hay baja disponibilidad de medicamentos en los territorios más apartados y los planes de promoción y prevención de la salud mental no tiene adecuación sociocultural, buena difusión ni la cobertura esperada, así se obtiene un resultado de pobre alcance y bajo impacto.

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.

Estrategias de afrontamiento

Culturalmente, existen pocos elementos que se han identificado como promotores de la salud mental e incluyen los estilos de vida, el ejercicio o alternativas ocupacionales. Así, solo la espiritualidad y otras prácticas propias a las comunidades indígenas pueden llegar a lograr ese balance en salud mental, temas poco explorados desde los enfoques biomédicos. Incluso, la conducta suicida se ha asociado 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. Por ejemplo, fue un hallazgo común entre las comunidades indígenas de Amazonas y Antioquia, la 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, algunas comunidades dicen que usarlas o ser víctimas de este tipo de prácticas podría afectar directamente la salud mental de las personas y las lleva a cometer acciones que afecten su vida. Mientras que, a nivel 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.

Sin embargo, en el caso de Antioquia, 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. 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, yerberos, parteras y botánicos que permita promover el sistema propio de salud indígena.

Además, hay comunidades que plantean fortalecer la medicina tradicional instaurando consejos de sabios y sabias, donde se sientan acogidos, teniendo 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.

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 los sujetos, es por esto fundamental realizar análisis basados se basa en determinantes sociales, comunitarios y subjetivos, relacionados con los procesos histórico-políticos, socioeconómicos, socioculturales y geográfico territoriales de los pueblos indígenas que afrontan la problemática.



¿Tuvo algún impacto el modelo integral de salud en las mujeres gestantes de Guainía?

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 sociosanitaria son desafíos de enorme complejidad. Los indicadores de salud pública tienen valores muy superiores a la media nacional y las poblaciones utilizan muy poco los servicios de salud por su bajo impacto. Una de las prioridades de los planes territoriales y de las políticas nacionales se enfoca en la salud materno infantil.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizó una serie de estudios para diseñar un modelo piloto de prestación de servicios de salud en Guainía, que luego se convirtió en un modelo de atención para las regiones con alta dispersión geográfica, como parte de la ejecución del denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con una implementación gradual y en concertación con los pueblos indígenas. Esto implicó renunciar al modelo de competencia regulada y adoptar un modelo basado en un único asegurador. El prototipo para Guainía partió de reconocer un déficit de acceso, casi toda la población estaba afiliada al sistema de seguridad social en salud, pero solo el 17% tuvo acceso efectivo a los servicios (medido desde una consulta médica al año).

Esta iniciativa partió de la estrategia de APS y se enmarcó en las directrices del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y el Plan Territorial de Salud. 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, conformó 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, bajo 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 maternoperinatal, de salud mental, de enfermedades crónicas y de enfermedades transmitidas por vectores.

Este modelo de atención para zonas dispersas priorizó la ruta materno-perinatal en la gestión integral del riesgo en salud de acuerdo con la situación epidemiológica y el plan territorial de salud de Guainía, más vulnerable que el resto del país, con indicadores hasta seis veces mayores que el promedio nacional, especialmente altos en los últimos 15 años, que están entre las principales causas de mortalidad (en los niños y niñas menores de un año) y de años de vida potencialmente perdidos.

En Guainía, el 46% de la población se encuentra en situación de pobreza multidimensional, es el tercer departamento más pobre del país (2022). Prevalece el trabajo en condiciones de informalidad (91,2%), hay déficit de acceso a fuentes de agua mejorada (72,1%), bajo logro educativo (67%), inadecuada eliminación de excretas (51,7%) y rezago escolar (38%). En general, indicadores trazadores de salud pública como los de mortalidad en menores de cinco años, mortalidad por IRA, mortalidad por TBC y prevalencia de desnutrición global presentan valores superiores respecto a los promedios nacionales. Entonces, es importante evaluar el impacto del MIAS en este departamento.

¿Cuál fue el efecto del modelo de salud adoptado como política nacional para la atención en salud en zonas dispersas?

¿El MIAS alcanzó cobertura universal? Se presentó un aumento en los niveles de afiliación a la seguridad social, sin embargo, no fue universal si se compara el antes, 2010-2015, y durante el MIAS, 2016-2019. Esto contradice los diagnósticos oficiales y el ASIS departamental. De hecho, y a pesar del aumento sostenido en la afiliación, una proporción de gestantes permaneció sin afiliación a lo largo del tiempo, mayoritariamente población indígena (tres cuartos de las no afiliadas). El aumento en la cobertura del aseguramiento fue más efectivo en la capital del departamento que en el resto de los territorios.

¿Cambiaron los indicadores de morbilidad y atención prenatal? Tener controles prenatales (CPN) es un factor protector ante esta situación. Ahora bien, durante la implementación del MIAS, 2016-2019, análisis multivariados muestran que las gestantes tuvieron **2,38 veces más probabilidad de no tener controles prenatales (CPN), que antes de su implementación**. Entre las mujeres que habitan en zonas rurales y dispersas, la probabilidad fue 2,0 veces mayor. En contraste, gestantes, entre 2020 y 2022, con una afiliación activa al sistema de seguridad social (SGSSS) tuvieron menos probabilidades de no tener CPN. En cuanto al bajo peso al nacer, las mujeres con partos previos, menores de 15 años, solteras y quienes habitaban en las zonas rurales y dispersas tuvieron una mayor probabilidad de presentar parto pretérmino.

¿Se logró el uso universal equitativo de los servicios de salud para las mujeres gestantes del departamento? A pesar del aumento de los recursos girados a la única aseguradora y las directrices para la implementación del modelo, no se logró un avance sustancial. Un tercio de ellas no tuvo contacto con los servicios de salud, aunque más de la mitad tenía afiliación activa y fuese una población priorizada. Resulta paradójico el aumento en el porcentaje de no uso de servicios en 2016-2019, antes del MIAS, así como llamativo y significativo el incremento del uso de servicios durante el periodo de pandemia.

Aun cuando la situación es más crítica en las mujeres indígenas que viven fuera de la capital y en las zonas rurales dispersas (con más altos valores de no afiliación), las cifras de no uso son también muy

altos en la zona urbana, la capital y entre población afiliada. Ahora bien, la implementación del MIAS conllevó a un aumento del parto institucionalizado y atendido por personal médico, sin embargo, ni el incremento de los recursos ni la reducción de los actores que operan bajo un modelo de asegurador único, lograron transformar el patrón histórico de bajo uso de servicios y aumentar la calidad de la atención brindada, pues el porcentaje de mujeres que no registraron control perinatal fue de 73,3% entre 2010 y 2022 y 85,2% durante la implementación del MIAS (2016-2019). Además, que en aquellas que no tuvieron un seguimiento básico adecuado llegó al 87,5%.

El diseño de un nuevo arreglo institucional que garantice 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. Hay que incorporar al menos dos aspectos estratégicos: la definición de un sistema de monitoreo basado en indicadores de acceso y uso de servicios, de calidad de la atención y de impacto sanitario a corto y mediano plazo, y 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.

Las casas de paso como estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud

Datos administrativos muestran que, en 2020, La Guajira tenía las menores tasas de Prestadores (28 por 100 mil habitantes) y Salas de atención (27 por 100 mil habitantes) en servicios de salud. El censo de 2018 señaló 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.

Las casas de paso son residencias que le permiten a afiliados de Anas Wayúu (AW), una Empresa Promotora de la Salud Indígena (EPSI), y sus acompañantes alojarse cuando necesitan abandonar sus comunidades por motivos de uso de servicios de salud. El propósito de estos lugares es facilitar el acceso oportuno a todos los niveles de atención de salud y la continuidad de los tratamientos cuando se requiera, pues brindan alojamiento y comidas, culturalmente apropiados cuando es posible, además de contar con guías bilingües, 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. El porcentaje de inscritos que requirieron la casa de paso es bajo, pero el análisis que el ONS y la Universidad de Antioquia realizan sobre esta iniciativa muestra que se asocia 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.

En búsqueda de mejorar el estado de salud de los pueblos indígenas, las adecuaciones no se reducen a superar barreras económicas o lingüísticas. También, hay que identificar e implementar acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que cada cultura utiliza para proteger su salud, que es una herramienta útil para entender y adoptar 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, esto les permitiría 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.



Avances y desafíos de políticas de salud para las zonas rurales



El borrador del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) muestra propuestas que pueden mejorar las condiciones de vida en los territorios más alejados, pero la lectura de las causas profundas de las brechas es limitada, se soporta en indicadores que muestran desigualdades, elemento necesario, pero insuficiente para la complejidad de la salud rural.

En Colombia, se han documentado desigualdades en diversos desenlaces en salud e indicadores de calidad de vida entre el área rural y urbana, además de las limitaciones en el acceso a servicios de salud para las zonas rurales. El Acuerdo Final de Paz (AFP) con la antigua guerrilla de las FARC-EP trazó como uno de sus objetivos centrales reducir la brecha entre el campo y la ciudad. El punto 1 de la AFP contempla la formulación e implementación de planes nacionales para la Reforma Rural Integral para superar la pobreza rural, alcanzar la integración y cerrar brechas entre el campo y la ciudad.

Aunque en las cifras presentadas por el DANE muestran una disminución en el IPM en los centros poblados y rural disperso, que pasó de 50,8 en 2010 a 27,3% en 2022, los rezagos se mantienen y en lugares alejados de las cabeceras es casi tres veces el IPM. Ahora bien, sí hay un aumento de la cobertura en el área rural y una disminución de las brechas en cuanto afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGGSS) entre el área rural y urbana, que ahora son similares, pero no hay la misma reducción de brechas en indicadores de resultados en desenlaces de salud trazadores como la mortalidad materna, por EDA e IRA en menores de cinco años. Una política de salud rural, que no se restrinja al PNSR, debe abordar la reducción de brechas, entre otros retos, además de discutir una reforma de salud que propone otro modelo distinto de sistema de salud.

El borrador del PNSR y, otros referenciales, como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y los Programas de Desarrollo con enfoque Territorial (PDET), tienen varios puntos sobre los cuales pueden mejorar:

Activar la participación de la comunidad. Esto ayudará a entender las problemáticas desde los territorios en los cuales se viven diversas ruralidades, percepciones y prácticas de salud, condiciones de empleo y trabajo. Es fundamental una mirada con mayor profundidad desde los enfoques diferenciales que permita un diagnóstico más acertado de las necesidades de infraestructura y talento humano en salud. Aunque las directrices de política contemplan la participación comunitaria, esta tiene una visión muy restringida hacia una participación colaborativa, subordinada y centrada en la consulta, pues está enfocada al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria y en el mismo proceso de formulación y adopción del PNSR, pero sin definir espacios y escenarios deliberativos para impactar la toma de decisiones. Esto contrasta con el AFP, que habla de la necesidad de promover y asegurar la participación de las mujeres en la ruralidad donde las labores de cuidado no sean una limitante.

¿La institucionalidad tiene las capacidades suficientes para operar en condiciones geográficas difíciles y con población dispersa? Este reto es el punto de partida del borrador de PNSR al proponer modificaciones o adaptaciones a la operación del Sistema de Salud, pero quizá no reflexiona sobre las consecuencias que puede producir el fragmentar y segmentar los servicios al funcionar en el área rural.

Pros y contras de un solo asegurador. Disminuir el número de aseguradores o tener un solo asegurador, que en efecto es una opción recomendada por organismos como la CEPAL, requiere aspectos regulatorios críticos, por ejemplo, la segmentación institucional de la población afiliada al régimen contributivo en zonas rurales y en pequeñas cabeceras, pero, de todas formas resulta razonable

disminuir el número de aseguradoras, según la magnitud de la población, para reducir costos de transacción innecesarios y tener una mejor distribución de los riesgos entre estas. En contraste, otras posturas y marcos interpretativos previenen que un único asegurador puede privilegiar el cálculo del riesgo financiero de atender población en vez de preocuparse por la protección en salud y, así, a no girar el dinero que requieren los prestadores, lo que puede debilitar la red de prestación, especialmente para los hospitales públicos. Además, la entidad territorial tendría limitaciones al momento de ejercer rectoría y exigir las condiciones del desempeño del asegurador o aseguradores de la APS, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad. También, es posible que las aseguradoras privadas no suministren a las autoridades sanitarias la información oportuna y completa de su población afiliada, pues el sistema de información se centra más en el registro de servicios para la facturación que en la condición de salud del paciente.

Disponer de mecanismos claros de coordinación.

Esto permitiría superar las miradas sectoriales y entender las formas en que las poblaciones habitan el territorio de manera más profunda. El borrador de PNSR asume esta coordinación e intersectorialidad como parte de la implementación de la estrategia de APS, la gestión integral del riesgo en salud (colectivo e individual), así como la participación de escenarios específicos ya en funcionamiento como la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) o los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA). Por otro lado, está la articulación con el Plan Nacional de Rehabilitación, también dispuesto por el AFP, pero sin claridades en su operación y alcance.

Fortalecer el talento humano. Es también un referente importante en el camino de cierre de brechas, dado el déficit identificado en comparación con la zona urbana. Esto requiere el incremento de la disponibilidad de talento humano, la capacitación para hacer parte de equipos con buena resolutivez, las capacidades del talento humano para el ejercicio de la salud pública y de la operación de la APS, así como la búsqueda de su permanencia y retención.

Las víctimas y perduración del conflicto armado.

Es un acierto que el PDSP 2022-2031 plantee capítulos especiales para las víctimas e incluya la categoría “campesino”, que en cambio no está incluido en el PNSR. Este plantea procesos de

concertación con la población víctima y el diseño e implementación de estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y no repetición, pero es necesario armonizar las intervenciones con los otros planes en el marco del AFP para lograr intervenciones integrales. Además, es necesario consultar los procesos comunitarios y sociales de organización de las víctimas que habitan en zonas rurales. De esta forma, se puede avanzar en la reparación y no repetición. Por otra parte, la confrontación armada en varias zonas del país que afecta con mayor intensidad a las zonas rurales debería hacer parte de las directrices de política de salud, dada la gravedad de la situación causada por la interrupción de los servicios de salud por los actores armados, entre otros efectos.

Trabajadores subsalariados sufren más muertes evitables



Las desigualdades en las formas de enfermar y morir entre personas y grupos sociales son una expresión de sus desiguales formas de vivir y trabajar. Por esto, es importante estudiar las desigualdades e inequidad social y sanitaria desde lecturas de clase social, género y etnia con el fin de cambiar los procesos que producen y reproducen la inequidad social y en salud.

Aunque la mortalidad evitable ha disminuido en algunos países del norte global a partir de la segunda mitad del siglo XX, en Colombia, como en otros países de la región, la magnitud de la mortalidad evitable sigue siendo alta. Existe evidencia contundente que señala que las personas con menos recursos de poder viven menos años y tienen una peor salud. Entre 2018 y 2019 en Colombia, fallecieron 4.216 personas que fueron encuestadas por la Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) del 2018. En ese mismo año, se registraron el 30,6% de las muertes mientras que el 69,4% en 2019, con una tasa de mortalidad promedio de 9,6 casos por cada 100.000 habitantes, mayor en hombres que en mujeres. El Observatorio Nacional de Salud y la Universidad de Antioquia analizaron las muertes evitables de las personas encuestadas en 2018 bajo la mirada social y encontraron que las muertes fueron en hombres (51,3%) con un nivel educativo de primaria o sin escolaridad (n=2.810, 67,2%), del régimen subsidiado (52,5%), mayores de 70 años (59,5%), de la Región Andina (52,9%) y de cabeceras municipales (94,9%). **Cinco departamentos concentran una tercera parte de muertes:** Antioquia (7,9%) tuvo mayor frecuencia, seguido por Valle del Cauca (6,4%), Quindío (6,3%), Atlántico (6,2%), Caldas (6,2%) y Bogotá (5,6). Las capitales de estos departamentos sufrieron a su vez más muertes. De otro lado, en el 91,7% no se registró una pertenencia o identidad étnica específica, el 6,4% se reconocían como negros, afrodescendientes, afrocolombianos o mulatos y el 1,9% eran indígenas.

Las muertes evitables correspondieron al 90,1% del total de defunciones en menores de 28 años. Respecto a la clase social, la clase empresarial tuvo una de las menores proporciones de mortalidad evitable, con el 50%. Por su parte, la Amazonía

presentó la mayor mortalidad evitable (80,0%). Además, en la zona urbana fue la más alta (67,9%). El mayor porcentaje de mortalidad evitable se presentó en bachilleres con el 76,1%. Finalmente, en el régimen subsidiado fue ligeramente superior (66,4%).

Causas de muerte predominantes por fracciones de clase social

Productores de subsistencia murieron por enfermedades isquémicas del corazón, evitable en un 72% por políticas públicas, también sufrieron por homicidios (100% evitable) y las enfermedades cardiovasculares (87,5%). **Empleados** reportaron más enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestre y homicidios, en todos los casos evitables. **Profesionales y técnicos superiores** por enfermedades isquémicas del corazón (evitable en el 85,7%), y, accidentes de transporte terrestre y homicidios, en todos los casos evitables. **Obreros** murieron por accidentes de transporte terrestre, enfermedades isquémicas del corazón y homicidios, en todos los casos evitables. Finalmente, **trabajadores subsalariados** murieron principalmente por enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cardiovasculares evitables en el 79% y homicidios, prevenibles en su totalidad. Las enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, accidentes de transporte terrestre y enfermedades cerebrovasculares representan más de la mitad del total de muertes evitables.

Una mayor mortalidad evitable en trabajadores subsalariados que en población general

Las mayores proporciones de mortalidad evitable se presentaron en hombres jóvenes de clases populares. Estas clases se caracterizan, en su gran

mayoría, por tener bajos niveles de cualificación, desempeñar trabajos irregulares e inestables, laborar bajo condiciones precarias e informales y con escasa o ninguna protección social. Esto se encuentra directamente relacionado con procesos que deterioran la salud, generan inseguridad social y se relacionan con bajo acceso a los servicios de salud, que explicaría el aumento de riesgo para presentar muertes evitables.

En la misma tendencia señalada en el informe nacional de mortalidad evitable del ONS de la década anterior, la mayor proporción de muertes evitables fueron causadas por enfermedades no transmisibles y lesiones de causa externa, tales como enfermedad isquémica del corazón, cerebrovasculares, crónicas de las vías respiratorias, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas, hipertensivas, homicidios y accidentes de tránsito. La mitad de las causas de la muerte evitable identificadas pudieron ser evitadas con la garantía de un acceso oportuno a los servicios de salud y una atención de calidad, que se combinan con otras defunciones relacionadas con la implementación de medidas de política.



Recomendaciones en política pública para evitar la muerte en Colombia



Se presentan las recomendaciones derivadas de los análisis de las secciones de este informe, que dialogan con la evidencia científica y sugerencias de otros contextos.

El monitoreo de la mortalidad evitable

- ▶ Ampliar la discusión acerca de la definición del constructo de evitabilidad de la muerte por políticas públicas y servicios de salud para que los tomadores de decisiones de manera intersectorial y en los diferentes niveles administrativos, integren el enfoque de salud en todas las políticas con definición de metas específicas de desenlaces sanitarios en el mediano y largo plazo.
- ▶ La Comisión Intersectorial en Salud Pública, o quien haga sus veces, debe incorporar en su agenda de trabajo el seguimiento de la dimensión de evitabilidad de los desenlaces mortales y sus desigualdades sociales, esto con miras a alcanzar la equidad sanitaria al facilitar la discusión sobre las inequidades sanitarias, dada la injusticia de dichos desenlaces.
- ▶ Incorporar los indicadores de mortalidad evitable en los análisis de situación en salud (ASIS) que las entidades territoriales y a nivel nacional realizan periódicamente, para seguir el impacto de las intervenciones implementadas, incluso la atención médica.

El sistema de salud

- ▶ Incluir el índice de acceso a los servicios de salud (IASS) y su referente teórico, como un trazador de desempeño del sistema de salud a nivel territorial. Esto permitiría su cruce con variables de desenlace en salud que den cuenta del desempeño del actual sistema de salud o de cualquier ajuste en que se incurra.
- ▶ Mejorar el acceso y calidad a los servicios de salud con enfoque preventivo y de promoción de la salud bajo la mirada de la atención primaria en salud (APS), cuyos efectos se verán en el mediano plazo, pero garantizando la atención curativa y paliativa de las patologías en curso de aparición o ya instauradas o diagnosticadas.
- ▶ En conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), implementar medidas individuales para el control de la mortalidad evitable por enfermedad cardiovascular (ECV), encaminadas

a realizar la confirmación diagnóstica, proporcionar tratamiento adecuado y oportuno, además de hacer seguimiento de pacientes en riesgo de desarrollar ECV. Asimismo, fortalecer la detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico y la educación en salud. La aplicación de estas medidas debe considerar el contexto social, económico y cultural de la población a quienes van dirigidas para poder alcanzar las metas establecidas.

- ▶ El Congreso de la República debe revisar la política de medicamentos de control especial a fin de establecer alternativas diferenciadas para las regiones que eliminen las barreras de acceso a estos. Es fundamental garantizar que las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) los entreguen de manera oportuna.
- ▶ Fortalecer los equipos extramurales de los prestadores con personal del territorio 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, en el caso de poblaciones indígenas, con los comuneros o gobernadores indígenas para poder ser recibidos en las comunidades.

Los sistemas de información

- ▶ Establecer las directrices teóricas y metodológicas desde el MSPS y el Instituto Nacional de Salud (INS) para la gestión de los datos necesarios para el seguimiento de la mortalidad evitable que desemboquen en el desarrollo de estos análisis en el marco de los ASIS.
- ▶ Robustecer los sistemas de información local con estrategias de monitoreo participativo y uso de nuevas tecnologías para generar análisis comprensivos. Esto implica la recolección sistemática de información sociodemográfica de pacientes y cuidadores, así como datos que permitan dar cuenta de sus determinantes sociales y territoriales, que incluyan variables para la construcción de la categoría de clase social.
- ▶ Mejorar en los sistemas de información pública la estandarización en la recolección y actualización de datos para que reflejen con mayor precisión

la realidad. Esto permite la construcción de modelos predictivos y descriptivos más confiables, cruciales para entender la relación entre la tasa de siniestralidad y la infraestructura urbana.

- ▶ Incluir dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila) la desnutrición crónica y global, en adición a la vigilancia actual de la desnutrición aguda. Logrando disponer de la información desagregada de manera pública, con garantía del anonimato, para su análisis por parte de la ciudadanía y que incluya variables como la pertenencia étnica.
- ▶ Crear un sistema de información interoperable que ayude a captar de manera ágil y sencilla niños y niñas en riesgo de desnutrición de tal forma que sea posible su identificación y así iniciar las acciones de garantía de Derechos.

La intervención de los determinantes de las desigualdades en salud

- ▶ Identificar los territorios que concentran los casos y analizar las particularidades y los determinantes sociales y territoriales en salud de las poblaciones que resultan afectadas. A partir de este análisis, se deben generar y focalizar planes de acción intersectoriales, incluso intermunicipales, con enfoques diferenciales que respondan a las realidades sociales, territoriales y sanitarias identificadas. Es importante realizar seguimiento y evaluación a los planes de acción implementados.
- ▶ La institucionalidad nacional, departamental y municipal debe incluir, en su lectura, los problemas en salud, la relación de estas con la transformación del territorio tras la implementación del modelo de desarrollo económico extractivista que empobreció a las comunidades indígenas, campesinas y afro. El reconocimiento de esta relación ampliará las posibilidades de articular respuestas en política pública y su alcance ante un problema estructural consolidado históricamente.
- ▶ El sector salud debe fortalecer las articulaciones intersectoriales con miras a posicionar las problemáticas y desenlaces en salud en las agendas de resultados en política pública de los demás sectores institucionales y actores multilaterales o privados en todos los niveles administrativos.
- ▶ 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 importante identificar e implementar acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que cada cultura utilice en la protección de su salud. Esto se constituye en una

herramienta útil para la comprensión y adopción de medidas individuales y colectivas de autocuidado.

- ▶ Abordar desde la intersectorialidad la muerte por hambre en menores de cinco años y su asociación con el conflicto armado.
- ▶ Avanzar en la construcción de paz con los actores armados que consolide el respeto por los procesos organizativos, las comunidades, el territorio, los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.
- ▶ Generar lineamientos que fortalezcan la cooperación técnica y abordar el componente étnico para lograr la equidad en salud en contextos de conflicto armado.
- ▶ Promover el respeto de la misión médica por parte de los grupos armados que permita la atención oportuna y garantizar el derecho a la salud especialmente a los menores de cinco años.
- ▶ Construir, en conjunto con las estructuras organizativas indígenas Wayúu de las tres subregiones de La Guajira, estrategias, programas y proyectos de largo aliento que aporten a las soluciones en necesidades de salud, ambiente e infraestructura del departamento, operadas por ellas mismas de tal forma que se conviertan en una fuente de ingresos y disminuya la dependencia asistencialista.
- ▶ Fortalecer las organizaciones defensoras de Derechos Humanos en Chocó para la identificación temprana de riesgos de mortalidad por desnutrición asociada al conflicto armado.
- ▶ Implementar medidas humanitarias en Chocó con el fin de prevenir y proteger a las comunidades afectadas por la inseguridad alimentaria y el conflicto armado.

La prevención del suicidio

- ▶ Las secretarías territoriales de salud deben 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.
- ▶ Los territorios, junto con el MSPS, deben crear la ruta de atención en salud mental y difundirla masivamente entre ciudadanos y prestadores.
- ▶ Divulgar la oferta de servicios de salud mental en medios adaptados a las lenguas, contextos y culturas presentes en cada territorio, por medio de estrategias que trasciendan a los afiches y charlas de funcionarios y, especialmente, que perduren en el tiempo.

- ▶ Las secretarías de salud, en conjunto con los prestadores públicos y privados, deben reevaluar las estrategias y actividades contratadas por el plan de intervenciones colectivas (PIC) para que: su construcción sea participativa y territorial, estos estén articulados y acordes a las necesidades locales, así como ejecutados por personas del territorio con mayor conocimiento de las realidades que abordan.
- ▶ Incluir dentro de los servicios de salud mental con cargo a la unidad de pago por capitación (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.
- ▶ Administradores y prestadores deben articularse para lograr aumentar el tiempo y volumen de consulta de psicología y la cantidad de terapeutas con el fin de ejecutar las intervenciones de forma digna que conlleven a los resultados esperados.

La siniestralidad vial

- ▶ Adoptar una estrategia diversa en las políticas públicas para mejorar la seguridad en las calles y desarrollar ciudades más sostenibles. Un paso importante es definir objetivos claros con el fin de aumentar el número de personas que caminan y usan bicicletas en las áreas urbanas. Estas medidas no solo crean un ambiente más seguro y saludable en la ciudad, sino que también se pueden implementar con acciones concretas, como convertir ciertas áreas en zonas peatonales y ampliar las rutas para bicicletas. Un buen ejemplo de esto es el modelo de “supermanzana” en Barcelona, que puede inspirar estrategias similares en otras ciudades.

Los vacíos de conocimiento y el trabajo colaborativo

- ▶ Impulsar proyectos de investigación y análisis de la dimensión de mortalidad evitable subnacional, para desenlaces específicos y diferentes estrategias de intervención para aumentar el cuerpo de evidencia, que permita ampliar la información disponible al tomar decisiones.
- ▶ Comparar algunos indicadores de desempeño del sistema de salud con el IASS para verificar la validez del índice.
- ▶ Promover la realización de análisis de las desigualdades e inequidad social y sanitaria que involucren lecturas desde la matriz de poder (clase social, género y la etnia) con el fin de avanzar en análisis de mayor poder explicativo sobre aquellos procesos implicados en la producción y reproducción de la inequidad social y en salud.

- ▶ Definir una agenda de investigación sobre conflicto armado y salud que permita responder desde políticas públicas a los retos del sistema de salud de Colombia.
- ▶ Continuar con investigaciones a nivel detallado sobre la siniestralidad vial, enfocados en entender mejor cómo se utiliza la infraestructura urbana y el comportamiento de los actores viales. Es especialmente importante analizar el impacto de las bicirutas en la seguridad de los ciclistas y recopilar datos detallados para identificar puntos de riesgo y patrones de comportamiento.
- ▶ Extender el análisis de siniestralidad vial a otras ciudades para realizar estudios comparativos. Esto enriquecerá la comprensión de las dinámicas urbanas en diferentes contextos y orientará a los formuladores de políticas en el diseño e implementación de programas a nivel nacional enfocados en la prevención de accidentes de tránsito. Estos esfuerzos combinados podrían significar un gran avance hacia ciudades más seguras y sostenibles.
- ▶ A nivel nacional, se requieren mayores esfuerzos de capacitación permanentemente al talento humano y a las comunidades en los municipios alrededor de metodologías de investigación mixta que les permitan comprender mejor las dinámicas socio territoriales de la enfermedad e identificar los territorios críticos que requieren intervenciones diferenciales. Asimismo, facilitar y fomentar el intercambio de experiencias exitosas entre los municipios.

Discusiones alrededor de la muerte evitable en Colombia



El informe 15 del ONS “Cuando la muerte es evitable” 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 plantean análisis para diferentes desenlaces en salud relevantes desde este enfoque de la mortalidad evitable para aproximarse a un análisis sistemático del impacto del actual modelo de atención en salud y otras políticas públicas mediante el 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, se deben considerar las condiciones biológicas, de vida de las personas, el contexto social y económico, el estudio de estos desenlaces y su evitabilidad son útiles para identificar mejoras en la atención, planificación y evaluación de los sistemas de salud, y en la generación de políticas públicas dirigidas a reducir la ME.

Medir este indicador es un insumo para que los gobiernos se esfuercen en disminuir la ME, ya que al ser muertes prematuras e innecesarias podrían evitarse mediante 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. Resulta importante conocer las características de este fenómeno en la

población para identificar su magnitud, tendencias y distribución, que oriente las políticas públicas y la atención en salud, para que los gobiernos avancen en la reducción de la ME. 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.

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 si se instauran recientes intervenciones efectivas para manejar un problema en salud, con suficiente evidencia sobre su impacto real 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.

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. 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 o solo consideran municipios rurales. Por su parte, los actuales hallazgos coinciden con el Índice Departamental de Salud (InDes) 2021 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), 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 cinco años en La Guajira indica que 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, la crónica de 27,9% en 2010 y la global de 11,2% en 2010, mientras que la mortalidad se estimó en 81,8 muertes por 100.000 en 2022. Para Colombia, la prevalencia de la desnutrición fue de 0,7% en 2010, 10,8% crónica en 2015 y 3,1% global en 2015. 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.

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. El mayor riesgo de desnutrición

en indígenas también ha sido reportado en el nivel nacional, 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.

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. 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, 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 a través de distintos mecanismos asociados a la dinámica de la confrontación armada y condiciones particulares del contexto. El control sobre los alimentos es uno de los métodos de subyugación empleado por los grupos armados, que, mediante estrategias bélicas, obtienen poder local, acceden a recursos y ejercen dominio territorial. 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. 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. Además de las medidas de confinamiento, lavado de manos y uso de tapabocas, afectaron indirectamente a la reducción de la transmisión de otros virus respiratorios y enfermedades infecciosas asociadas a la morbimortalidad en niños y niñas.

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 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 cambio de indicadores de pobreza que incluyan la consideración de los procesos migratorios, son medidas que impactan en la ME por enfermedades transmisibles. 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.

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, 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 superar las barreras tecnológicas y de pobreza para evitar inequidades en el acceso y trascender la mirada centrada en el factor de riesgo, además de enfocarse en estrategias de promoción y prevención a nivel poblacional y en la mejora de acceso y calidad de la atención en los servicios sanitarios.

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. Estados Unidos mostró una reducción a partir de 2000, aunque desde 2011 ha evidenciado cierto estancamiento. 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 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 presupuestos más para la salud. 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. 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. 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, ya que las privaciones, el estrés y los entornos laborales y de vida deficientes pueden constituirse en causas de conductas peligrosas para la salud o de una atención sanitaria menor.

En el caso de las muertes evitables por lesiones de tránsito, la infraestructura urbana desempeña un papel crucial en la seguridad vial, 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 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. 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. 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.

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. 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) y el enfoque diferencial y la estrategia de APS. Así que este no parece el camino adecuado para el cierre de brechas, pues deben considerar las condiciones de empleo y trabajo en estas zonas, determinando el 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 una gran diversidad étnica y la presencia de 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.

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 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. En primer lugar, las fuentes de información pueden tener problemas de cobertura y calidad, aunque la mayoría han mejorado mucho en el país en los últimos años y, por ejemplo, las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) cumplen los estándares internacionales y se considera información de alta calidad. Segunda, la mayoría de los 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 comprehensivos como la clase social. Tercera, los diseños metodológicos cualitativos, aunque pueden exponerse a cierta subjetividad de investigadores e informantes, implementan metodologías robustas con planes de análisis explícitos, soporte informático para la sistematización y triangulación con información

Cuando la *muerte es evitable*

cuantitativa para brindar mayor solidez a los hallazgos y aportar en la construcción de 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.



Fotografías

La mayoría de las imágenes del presente informe son creación de Claudia Clavijo Arboleda por medio de la aplicación de inteligencia artificial Firefly Adobe.

Un agradecimiento a Esteban Lopera y John Carmona por las fotografías aportadas en el marco de la alianza del Instituto Nacional de Salud con la Universidad de Antioquia.

Un reconocimiento muy especial a las comunidades Wayúu de La Paz, Maicao, y Jepirol II, Uribía, La Guajira, por el aporte de las fotografías para el presente informe, creadas durante los talleres de Foto Voz que hicieron parte de la estrategia de apropiación social del conocimiento del Observatorio Nacional de Salud.

Observatorio Nacional de Salud Instituto Nacional de Salud

Dirección: Avenida calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.

Código Postal: 111321

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

NIT: 899999403-4