

Salud Pública

INFORMES DE BOLSILLO DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

Juan Carlos González Quiñones^{†††}



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2E2xDwg>

A riesgo de no poder mejorar lo existente, pero con el fin de contribuir a su visibilidad, presentamos un resumen del muy buen informe elaborado por el Observatorio Nacional de Salud que se encuentra disponible en <https://bit.ly/2E2xDwg>.

1. Morbilidad, mortalidad y discapacidad

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

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

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



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



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



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

^{†††} MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Para estudiar

Al respecto, sin duda debemos aprender a identificar la enfermedad oral, la hipertensión y dominar el enfoque para el manejo de la diarrea. Hemos de volvernos unos expertos en estilos de vida saludable si queremos impactar la primera causa de muerte de Colombia que ahora es la enfermedad cardiovascular. Asimismo, hemos de aprender a implementar programas de prevención contra las lesiones externas, definidas como el daño o lesión en una persona en forma

intencional o de manera no intencional, originada por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal). Debemos entender que la desigualdad social es el principal factor determinante y que, cada vez que atendamos a una persona de escasos recursos o población vulnerable, con nuestro actuar podemos disminuir esa brecha.

2. Mortalidad y Salud en fronteras



La tasa de mortalidad general disminuye en el país.



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

10

Se mantienen las 10 causas de más muertes.



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



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



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



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



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

Colombia viene mejorando en torno a sus indicadores (y bastante).

Dejamos de matarnos entre nosotros y empezamos a morir más por infartos cardíacos luego de los 75 años.

El VIH y el cáncer de colon están incrementándose. Aun así, lamentablemente los indicadores de violencia siguen altos y los accidentes en motocicleta están causando muchos estragos.

Nuestras abuelas van a ser diabéticas de no hacer algo pronto.

Seguimos por encima de la meta (45 por 100 000) en el número de muertes de nacidos vivos; más evidente (un criterio de inequidad) en las zonas municipales (periferia) que en las grandes ciudades (centro). Se debe trabajar de forma intersectorial si pretendemos corregir este objetivo del milenio.

3. Mortalidad evitable



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

270



184

x 100.000 hab.

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



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



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



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



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

75% AVPP
↓
PIB 1,6-3,0%

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



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



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

Increíblemente podríamos haber evitado poco más de la mitad de las muertes ocurridas entre 1998 y 2012 y esos años de vida perdidos representan casi un 3 % del PIB. Son

las edades extremas donde más ocurre esta mortalidad evitable y, como siempre, son los pobres los que más víctimas ponen.



4. Violencia homicida



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

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

>80

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



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

1.878 AVPP



US\$ 936.253

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

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



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

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



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

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



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



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



150 min

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

Si bien Colombia ha mejorado en torno al homicidio, aún tenemos las tasas más altas de Latinoamérica. Los hombres entre los 15 y los 39 años son la población diana. La economía

ilegal (coca y minería ilegal) relacionada con la guerra son los principales factores del mayor número de muertes.

5. Carga de enfermedad



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



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



El accidente cerebro vascular más frecuente fue el isquémico.



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



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



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

Los profesionales de la salud debemos prepararnos más en la prevención primaria, en particular en torno a los estilos de vida, para contrarrestar la inmensa carga que trae la enfermedad cardiocerebrovascular. Un reflejo de que, hoy

por hoy, no estamos trabajando en ello, es el aumento en los casos de hipertensión arterial. El hecho de que no aumentara la incidencia de diabetes, hace vislumbrar algunos resultados de los planes contra la diabetes.



6. Desigualdades sociales



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

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

La evidencia de las peores condiciones de salud y de vida en general, de la población más pobre es muy clara. Los servicios de salud debemos tomar conciencia de que, con nuestro actuar en la atención a los más pobres, podemos hacer enormes diferencias. ¿Cómo? Ofreciendo una atención más integral,

procurando ir más allá de la atención de la enfermedad del momento e indagando, por ejemplo, sobre estilo de vida. Si a esto pudiésemos agregar la continuidad de un equipo de salud, es probable que los servicios se conviertan en una forma de compensar esas desigualdades.

7. ASIS



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



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



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



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

Existen brechas entre la información del ASIS y la toma de decisiones en salud.



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



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



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



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

El modelo ASIS (Análisis de la Situación de Salud) es la metodología propuesta para hacer el diagnóstico en salud de la población y, con base en esta, tomar las decisiones. Tiene

la ventaja de que, si se hace de forma similar, la información obtenida (los indicadores) cobran mayor relevancia.



8. Clase social y salud



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



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



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



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



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

¡Qué interesante la visión social y cómo influye en la salud! A la larga y de una u otra forma, influye de seguro como reflejo de lo que agrupamos como determinantes sociales.

9. Conflicto armado y salud



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

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



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

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

Fiebre amarilla: 54 muertes.

Entre 1998 y 2015:

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

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



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



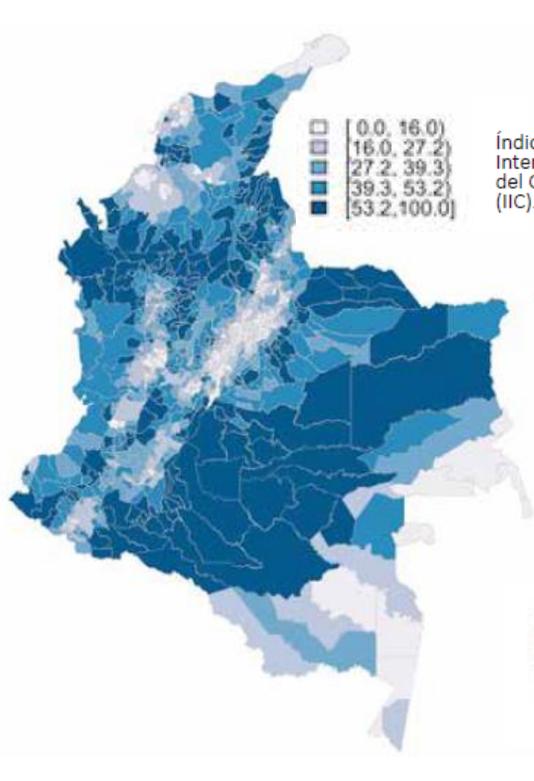
195.908
muertes de menores de un año

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



Tuberculosis: 17.873 casos.

Es enorme la influencia del conflicto armado en torno a la salud. De hecho, tal vez sea en principal determinante social, pues en los sitios donde existe y persiste se dan casi todas las condiciones sociales y económicas que reflejan pobreza y atraso.



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



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



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



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

Como se observa en este mapa, es de esperar que con la firma de los acuerdos de paz exista un cambio muy importante en este panorama.

Creemos que este documento, realmente ilustra de forma muy sencilla el panorama de Salud Pública de nuestro país.

Índice de los artículos sobre Salud Pública publicados de 2015 a 2019

Título	Autor	Número	Enlace
Salud Pública mundial	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/B2UXsU
"Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983-2011"	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/Qk8NpP
Comer bien	Víctor Hugo Forero S.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/GgBdrB
"¡Basta ya!"	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/cq5dMu
Comentario sobre el artículo: La higiene de las manos, clave para una atención segura y para prevenir la resistencia a los antibióticos	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/JoShPF
Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia	Guillermo Restrepo Ch., Martha Isabel Sarmiento, Alonso Belalcázar U.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/Zd2FkG
Resumen: "Mujeres en movimiento"	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/m8SbYK
Cómo debe ser un hospital universitario para preparar médicos	Guillermo Restrepo Ch., Martha Isabel Sarmiento, Alonso Belalcázar U.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/53bo4w
El salubrista en Colombia: Un recorrido a la memoria.	Guillermo Restrepo Ch.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	https://bit.ly/2I90fn
"Informe de bolsillo de la Salud Pública en Colombia"	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.

