



INEQUIDADES EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA

Convenio 451 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ramirez Campos Subdirector de Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social
Gustavo Bergonzoli, Investigador CEDETES
Andrea Rodríguez, Profesional Especializado Ministerio de Salud y Protección
Social
Máncel Martínez R., corrector de estilo, Ministerio de Salud y Protección Social
Marzo de 2013

Línea de acción 3. Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo como marco los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

INEQUIDADES EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA

Tabla de contenido

| 1. | Introducción | 3 |
|----|---|------|
| 2. | Determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud | 5 |
| 3. | Factores asociados a las Enfermedades No Transmisibles | . 18 |
| 4. | Morbilidad | . 28 |
| 5. | Mortalidad | . 31 |
| 6. | Discapacidad | . 43 |
| 7. | Respuesta Social Organizada | . 46 |
| 8. | Políticas, sistemas de salud y protección social. Desempeño de los sistem | |
| | de salud | . 48 |
| | Servicios de salud | |
| 10 | .Anexos | . 60 |
| An | exo1. Composición de los territorios sociales | . 60 |
| | exo2. Territorios sociales, distribución de las Enfermedades Cerebro sculares (ECV) según el índice de GINI | . 61 |



1. Introducción

Colombia tiene una superficie de 1.141.748 km² de territorio continental y 998.000 km² de extensión marítima y se encuentra en el extremo noroccidental de América del Sur. Tiene dos vertientes hidrográficas, la del océano Pacífico, con cuencas pequeñas de ríos cortos pero caudalosos, y la del océano Atlántico, con las cuencas de los ríos Amazonas y Orinoco, y del mar Caribe. Según la Constitución Nacional de 1991, el país está organizado en forma de República Unitaria de Derecho Social, y la administración del Estado está en gran parte descentralizada entre los 32 departamentos, un Distrito Capital, 1121 municipios y los territorios indígenas¹.

En 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes (49,4 % hombres y 50,6 % mujeres); la razón de dependencia fue de 54,6 %. Bogotá es la ciudad más poblada del país, con 7.363.782 habitantes, y junto con las ciudades de Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena concentran el 40,6 % de la población nacional. La densidad de población es de 40 habitantes por km², la población es predominantemente urbana (75 %) y los 10 departamentos de las tierras bajas de la Orinoquía y de la Amazonía tienen menos del 3 % de la población y una densidad inferior a un habitante por km², según reporte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane)².

Colombia ha experimentado una transición demográfica importante desde mediados del siglo XX. Para el periodo 2010–2015 se estimó una esperanza de vida al nacer de 75,2 años (78,5 para las mujeres y 72,1 para los hombres), una tasa bruta de mortalidad de 5,8 por 1000 habitantes, una tasa bruta de natalidad de 18,9 por 1000 habitantes y una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer, lo que resulta en una tasa media anual de crecimiento de 1,15 %³.

Desde los años cincuenta la esperanza de vida aumentó más de 20 años en Colombia, aunque persisten notables diferencias internas, por ejemplo, la esperanza de vida en Bogotá alcanza los 74,6 años y la de Chocó solo los 63,5 años, esta diferencia señala una inequidad importante en el acceso a los determinantes sociales de la salud. La esperanza de vida en las mujeres creció a un ritmo de aproximadamente tres años por década desde los años ochenta. La esperanza de vida de los hombres, avanzó más lentamente, a un ritmo inferior a los dos años por década, a causa de la violencia. En 1950 la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre Colombia y los Estados Unidos era de 22 años, en el 2005 fue inferior a siete años.

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Edición de 2012, Volumen de países. 2012.

² Ibid

³ Ibid



La diferencia entre Colombia y los países más ricos también disminuyó en otros indicadores sociales, entre ellos mortalidad infantil, alfabetización y coberturas de servicio públicos. La tasa de alfabetización, por ejemplo, pasó de 63% en 1950 a 93% en el 2000. Esta progresión fue similar a la observada en otros países latinoamericanos como Brasil, México y Perú. Durante el periodo de análisis las tasas de alfabetización convergieron en América Latina (Astorga et al, 2005). En 1950, la diferencia entre Colombia y Argentina ascendía a 27 puntos porcentuales. En 2000 se había reducido cinco puntos. En el mismo periodo las tasas promedio de alfabetización en América Latina se acercaron a las de Estados Unidos.

La medición de las pérdidas en salud como consecuencia de las desigualdades sociales es particularmente reveladora en los países con grandes inequidades en la distribución de los ingresos. Uno de estos países es Colombia, que en el informe "Panorama Social de América Latina, 2008", de la CEPAL (2009), aparece como el país con la peor distribución de ingreso en la región, según el indicador de reciente utilización: la diferencia entre el 10 % más rico de la población y el 40 % más pobre, y uno de los primeros lugares si se toma en cuenta la relación clásica entre los quintiles 1 y 5 de ingreso. Cabe señalar que si bien Latinoamérica ha sido reconocida como la región más desigual del mundo, en algunos países de la región esta situación ha mejorado, mas no en Colombia donde, en el periodo 2002-2007 empeoró (CEPAL, 2009).

En las últimas décadas Colombia ha vivido un conflicto armado interno caracterizado por homicidios, accidentes por explosión de minas antipersonales, desaparición forzada, confinamiento y desplazamiento forzado, que ha tenido grandes consecuencias para la salud pública. Los grupos más afectados por el desplazamiento forzado son las mujeres, los niños y los adolescentes menores de 14 años, y los grupos étnicos. A pesar de que la cobertura de aseguramiento de la población desplazada oscila entre 80 % y 90 %, el acceso efectivo a los servicios de salud es inferior a 40 %. La dispersión geográfica, la presencia de grupos armados ilegales y la debilidad institucional en salud, entre otros factores, impiden la prestación oportuna de los servicios. El desplazamiento forzado por la violencia constituye el factor más importante en la migración interna, con una cifra acumulada de 4.667.942 de personas desplazadas. 4,5

⁴Internal Displacement Monitoring Centre. Colombia. [en línea], disponible en: http://internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpCountries)/CB6FF99A94F70AED802570A7004CEC41?OpenDocument, recuperado 28 de febrero de 2013

Organización Internacional para las Migraciones. Perfil migratorio de Colombia, 2010. OIM Misión Colombia. Bogotá, 2010



2. Determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud

Entre 2000 y 2010 la economía mostró un crecimiento sostenido. Las principales ramas de actividad fueron la minería, el comercio y la construcción. El crecimiento anual promedio del producto interno bruto (PIB) fue de 3,3 % en el periodo 2006-2010, y el PIB per cápita en 2009 llegó a US\$ 4990 (dólares corrientes) o US\$ 8600 per cápita ajustados según la paridad del poder adquisitivo. Este crecimiento enmascara corrupción, precariedad del empleo y una desigualdad expresada por un Coeficiente de Gini de 0,578 en 2009; en 2006 el 20 % de la población más rica detentaba 24,8 más riqueza que el 20 % de la población más pobre. Entre enero de 2006 y enero de 2010, el desempleo fluctuó entre 11,3 % y 11,8 %, pero el subempleo subjetivo se mantuvo entre 30,5 % y 30,9 %; el 75 % de los que trabajaban lo hacían por cuenta propia. Entre 2005 y 2009, el porcentaje de población en condiciones de pobreza disminuyó de 50,3 % a 45,5 %, y el de población en pobreza extrema aumentó de 15,7 % a 16,4 %, lo que significa un avance leve hacia las metas fijadas de 28,5 % y 8,5 % para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.⁶

El índice de Gini –que alcanza el 0,59 en Colombia-, recientemente confirmado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), coincide con la apreciación de la CEPAL (DANE, 2010). Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano (IDH), del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Suramérica, con un índice de Gini de 0,585 para el 2009 y superó a Brasil y a Bolivia en los últimos tres años.^{7,8}

El desempleo nacional alcanzó la cifra de 9,3 %, siendo 12,4 % en la zona urbana y 7 % en la zona rural. La brecha de desempleo, según sexo, es de 7 % para hombres y 12,5 % para mujeres. Existen marcadas diferencias regionales: Bolívar tiene 8,1 % y Nariño 22,2 % (DANE, 2005).

El crecimiento económico y la consecuente distribución de la rigueza nacional, ha sido insuficiente como para disminuir las inequidades sociales internas. La evolución del ingreso por habitante en Colombia, desde comienzos de los años ochenta, ha sido similar a la de Perú y a la del promedio de los países emergentes. En Chile, Brasil y México, el ingreso por habitante creció a tasas más altas durante

⁶ Banco Mundial. Datos, 2010. [en línea], Disponible en: http://datos.bancomundial.org/ , recuperado 28 de febrero de 2013

PNUD. (1991), sobre Desarrollo 1991", "Informe Humano línea], disponible en: http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1991/capitulos/espanol/, recuperado: 28 de febrero de 2013

Ministerio de Salud de Colombia, 2010. Análisis de Desigualdades e Inequidades en Salud, en Colombia



el mismo periodo. En términos generales el ingreso por habitante en esos países es al menos, 50 % superior al de Colombia. Un análisis comparativo de la evolución del ingreso per cápita de Colombia arroja varios hechos destacables: primero, la brecha económica entre Colombia y los países desarrollados se ha mantenido, más o menos, inalterada durante los últimos cincuenta años; y segundo, la brecha con respecto a los países de América Latina se cerró durante los años ochenta. Como consecuencia del mejor desempeño relativo de la economía colombiana durante la llamada crisis de la deuda.⁹

Desde 1995, la informalidad laboral para los trabajadores sin educación superior ha crecido sustancialmente. La crisis de finales de los años noventa puso en evidencia que uno de los principales problemas de la economía colombiana era el desempleo y sobre todo la informalidad laboral. En tres años, entre 1996 y 1999, la tasa de desempleo en Colombia aumentó de 9 % a casi el 20 %. La tasa del año 2000 fue mayor en la segunda mitad del siglo XX. El desempleo disminuyó posteriormente como consecuencia de la recuperación económica pero sigue siendo muy alto en comparación con otros países de la región.

Actualmente más del 50% de los trabajadores colombianos no contribuyen a la seguridad social. Con la recuperación económica, la informalidad apenas disminuyó levemente en promedio e, incluso, aumentó para los trabajadores sin educación superior (Gaviria y Palao, 2006). En términos porcentuales el número de cotizantes a la seguridad social ha permanecido estancado desde 1996; el crecimiento sistemático de la informalidad laboral, especialmente entre los trabajadores sin educación superior, es uno de los problemas más serios de la economía colombiana, lo cual genera grandes inequidades sociales y en salud.

La pobreza estructural ha disminuido de manera continua desde los años setenta y el número y la cantidad de bienes y servicios de consumo aumentó sustancialmente. La tasa de pobreza, medida como el porcentaje de hogares con una necesidad básica insatisfecha, pasó entre 1973 y 2005 del 70 % al 20 %, y la de miseria, como el porcentaje de dos o más necesidades sin satisfacer, del 45 % al 6 %. El avance fue continuo a pesar de los vaivenes de la economía y en particular de la crisis de fin de siglo.

El descenso ininterrumpido de la pobreza estructural refuerza la conclusión de que, en Colombia, el desarrollo social fue mucho más equitativo que el crecimiento económico y distribución de la riqueza nacional. Como consecuencia, la

_

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Principales indicadores del mercado laboral, enero de 2011. Boletín de prensa. [en línea], disponible: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_ech_dic10.pdf , recuperado 28 de febrero de 2013.



desigualdad en el ingreso ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas y los niveles actuales son de los más altos de la historia contemporánea.¹⁰

Entre 1980 y 2010 el progreso social ha contribuido a disminuir la diferencia con el mundo desarrollado. El progreso en materia de educación ha sido notable. El país alcanzó la meta de 100 % de cobertura para la educación básica preescolar, primaria y secundaria, pero los logros no han sido similares en cuanto a analfabetismo (2,1 %) y años de educación en la población de 15 a 24 años (9,2 años). El grado de educación de las mujeres está relacionado con marcadas desigualdades en los indicadores demográficos y de salud.¹¹

El analfabetismo nacional alcanzó la cifra de 8,4 %, 5,5 % en la zona urbana y 18,5 % en la zona rural. La brecha según sexo es 8,7 % en hombres y 8,2 % en mujeres, existen marcadas diferencias regionales, Bogotá tiene 2,3 % y la Guájira 31,5 % (DANE, 2005). Sin embargo, el avance educativo ha sido notable, muchas regiones del país han alcanzado tasas de cobertura plena en educación básica pero las comparaciones internacionales revelan grandes falencias en calidad.

Más allá del crecimiento en las tasas de escolaridad, la calidad de la educación ha sido una preocupación permanente desde los años sesenta. Las primeras misiones educativas que visitaron el país, en los años sesenta, señalaron con preocupación la baja calidad de la educación pública y la pobre capacitación de los docentes (Ramírez y Teles, 2007). Desde los años setenta los planes de desarrollo, casi sin excepción, llamaron la atención sobre el mismo problema. Más recientemente, las pruebas estandarizadas internacionales han confirmado los diagnósticos pesimistas: los resultados de los estudiantes colombianos están entre las peores del mundo en desarrollo. En matemáticas, por ejemplo, más de la mitad de los estudiantes colombianos están en los niveles inferiores de calidad, esto es, son incapaces de realizar una operación aritmética simple como calcular un porcentaje. La mala calidad de la educación tiene causas diversas, y la discusión internacional se divide en dos grandes grupos: el primero centrado en los recursos y el segundo, que argumenta la mala educación como consecuencia de los incentivos a los docentes y los sistemas de rendición de cuentas.

En Colombia ambas dimensiones parecen ser importantes: los recursos invertidos en la dotación física de escuelas y colegios son en algunos casos insuficientes y, en otros, inexistentes; y los incentivos a los docentes no premian el buen desempeño en el aula de clase o el aprendizaje de los alumnos. La posición en el escalafón o

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados de cifras de pobreza, indigencia y desigualdad, 2009. Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad [en línea:], disponible: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=430&Itemid=66, recuperado 28 de febrero de 2013.

DANE, (2010), "Encuesta de calidad de vida 2010"



los años de educación de los maestros, por ejemplo, no guardan mayor relación con el desempeño de los estudiantes en pruebas estandarizadas, es decir, la remuneración y el ascenso en el escalafón nada tienen que ver con la calidad de la enseñanza impartida (Gaviria, 2002).

Las mujeres colombianas aumentaron sustancialmente su escolaridad e ingresaron masivamente en el mercado laboral. En cuanto a su participación política, para el periodo parlamentario 2010–2014, el 11,4 % y el 16,7 % de los escaños en la Cámara y en el Senado del Congreso Nacional, respectivamente, fueron ocupados por mujeres. En materia salarial, en 2009 la diferencia de la tasa de participación femenina disminuyó a 23,5 % (meta de 20 % para 2015 en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio) y la diferencia de ingreso mensual promedio bajó a 20 %. Sin embargo, en 2009, aun persistía una diferencia en la tasa de desempleo de 26,4 % (meta de 23 % para 2015). 12

La urbanización desordenada ha aumentado la vulnerabilidad y ha alterado el paisaje, la biodiversidad, el espacio público, la calidad del aire, la oferta y calidad de los recursos hídricos, la generación de residuos y la disponibilidad del suelo.

La superficie total de bosques asciende a 69,6 millones de hectáreas y a fines de 2010 se había reforestado el 88 % de las 30.000 hectáreas propuestas a reforestar para 2015 en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El 85 % de los sistemas productivos del país están en áreas vulnerables a la desertificación y 48 % del país es susceptible a la erosión. Esto resulta en la degradación anual de 2000 hectáreas en la región andina y afecta la competitividad del sector agrícola, la disponibilidad de alimentos y la calidad y cantidad de agua. Asimismo, la degradación ambiental representa pérdidas equivalentes a 3,7 % del PIB.

La ola invernal que tuvo lugar en 2010 afectó a 2,27 millones de personas, 341.000 viviendas, 751 carreteras, 807.609 hectáreas, 813 centros educativos y 15 centros de salud.

Desde su adhesión al Protocolo de Montreal en 1994, Colombia ha reducido el consumo de las sustancias que afectan la capa de ozono. La importación de clorofluorocarbonos (CFC) está prohibida desde el 1 de enero de 2010; el consumo de CFC se redujo de 2179 a cero toneladas anuales entre 1995 y 2010.

Durante 2010 y el primer trimestre de 2011, en Colombia se registraron 400 defunciones y cerca de 3,2 millones de personas afectadas por las inundaciones,

Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y Salud, 2010. Bogotá, 2011.



especialmente en los departamentos de la costa norte. Miles de viviendas y hectáreas de cultivos quedaron destruidas. Colombia es el tercer país en el mundo en cuanto a vulnerabilidad ante desastres naturales debido a que gran parte de su población se asienta en zonas de alto riesgo de movimientos sísmicos, deslizamientos, tsunamis y erupciones volcánicas.

La proporción de la población con acceso a servicios de recolección de residuos aumentó de 92,2 % a 95,9 %, mientras que para el barrido y la limpieza pública el aumento fue de 83,8 % a 89,5 % entre 2005 y 2008. En 45 municipios, 65,5 % de la disposición final de residuos se realiza en rellenos sanitarios, 6,6 % en vertederos controlados y 27,8 % se dispone en botaderos, se quema a cielo abierto, se entierra o se desecha en masas de agua. En 2008, 15,2 % (1,4 millones) de los hogares se encontraban en asentamientos precarios, un avance de 47,5 % en el cumplimiento de la meta fijada para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹³

La violencia homicida creció en Colombia rápidamente desde mediados de los años setenta hasta comienzos de los años noventa. Solo durante los últimos años ha descendido de manera significativa pero sigue siendo alta en el contexto regional.

La violencia fue uno de los fenómenos sociales más sobre salientes de la segunda mitad del siglo XX. En los años cincuenta la violencia de origen político, concentrada mayormente en zonas rurales, produjo casi 200 mil muertos (Deas & Gaitán, 1995). Con la llegada de la democracia, la violencia disminuyó y permaneció controlada por casi dos décadas, pero a finales de los setenta la violencia volvió a aumentar. En pocos años Colombia se convirtió en uno de los países más violentos del mundo. En los noventa algunas ciudades colombianas presentaron índices de muertes violentas de una magnitud casi catastrófica (Gaviria, 2000). En los últimos 50 años, los cambios en la tasa de homicidios pueden dividirse en tres periodos claramente demarcados: uno de estabilidad, con una tasa relativamente baja que va desde 1960 hasta 1975; otro de acelerado crecimiento, desde 1976 hasta 1995, y un tercero, de descenso gradual, desde 1996 hasta 2010. En su momento más alto, la tasa de homicidios llegó a 80 muertes por 100 mil habitantes, actualmente está cercana a 35 por 100 mil.

Sin desconocer la presencia de múltiples factores asociados con la violencia, es indudable que la presencia del tráfico de drogas fue el factor desencadenante de la epidemia homicida en el país, y no es una coincidencia que el incremento de los

Organización Panamericana de la Salud; Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental. Evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe, 2010. Informe analítico por país. Colombia, 2010. [en línea], disponible: http://www.iadb.org/document.cfm, recuperado 28 de febrero de 2013.

homicidios ocurriera en forma simultánea con la consolidación de Colombia como primer exportador mundial de cocaína. El narcotráfico incrementó la violencia por varias vías: congestionó el sistema de justicia y aumentó la impunidad, lo que redundó, en una mayor rentabilidad económica de muchas actividades criminales conexas. Aumentó la oferta de armas y facilitó el intercambio de conocimientos entre las redes criminales, y promovió una cultura favorable al crimen y al enriquecimiento ilícito (Gaviria, 2000). En palabras de la historiadora Mary Roldán, el narcotráfico "rompió la tradición, transformó las costumbres sociales, reestructuró la moral, el pensamiento y las expectativas" (Roldán, 2002).

En el 2005, el porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas (acceso a vivienda, a servicios sanitarios, a educación y capacidad económica) en Colombia, fue del 27,78%. El 64% de los departamentos tienen un porcentaje de población viviendo con necesidades básicas insatisfechas por encima de la media nacional (19,7% - Ver tabla 1), y el 36% de personas en menor proporción de necesidades básicas insatisfechas están en los departamentos donde se expresa la mayor carga de mortalidad por ENT, en los últimos 10 años.

Este contexto demográfico, económico y social del país, ha modificado en buena medida, el patrón de consumo regional relacionado con los cuatro factores de riego asociados con la génesis de las ENT: alimentación no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, relacionados principalmente a los cuatro grandes grupos de enfermedades no transmisibles: Neoplasias, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes y Enfermedades de las Vías Respiratorias Inferiores, principalmente, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC.

Tabla 1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por entidad territorial

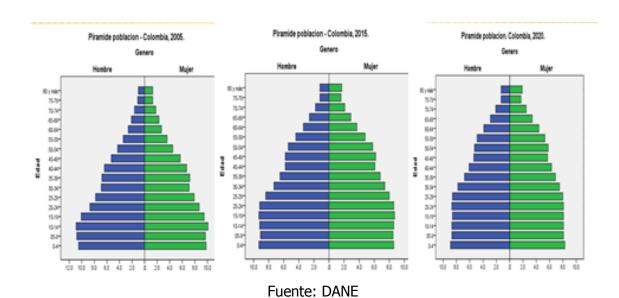
| Donoutomonto | Personas en NBI | | | |
|-----------------|-----------------|-------|-------|--|
| Departamento | Cabecera | Resto | Total | |
| BOGOTÁ, D.C. | 9,16 | 27,84 | 9,2 | |
| VALLE DEL CAUCA | 14,06 | 26,22 | 15,68 | |
| QUINDÍO | 15,28 | 22,23 | 16,2 | |
| RISARALDA | 13,06 | 32,06 | 17,47 | |
| CALDAS | 13,29 | 29,18 | 17,76 | |
| CUNDINAMARCA | 15,42 | 32,22 | 21,3 | |
| SANTANDER | 13,64 | 45,37 | 21,93 | |

| ANTIOQUIA | 15,9 | 47,48 | 22,96 |
|--------------------|-------|-------|-------|
| ATLÁNTICO | 23,82 | 42,57 | 24,74 |
| META | 20,41 | 44,46 | 25,03 |
| NACIONAL | 19,66 | 53,51 | 27,78 |
| TOLIMA | 19,68 | 50,92 | 29,85 |
| NORTE DE SANTANDER | 22,49 | 58,91 | 30,43 |
| BOYACÁ | 14,1 | 49 | 30,77 |
| HUILA | 21,8 | 48,83 | 32,62 |
| CASANARE | 26,16 | 57,34 | 35,55 |
| ARAUCA | 32,01 | 64,26 | 35,91 |
| PUTUMAYO | 26,54 | 46,22 | 36,01 |
| GUAVIARE | 34,02 | 61,86 | 39,89 |
| SAN ANDRÉS | 50,83 | 15,34 | 40,84 |
| CAQUETÁ | 33,48 | 59,2 | 41,72 |
| NARIÑO | 26,09 | 59,32 | 43,79 |
| AMAZONAS | 30,83 | 59,38 | 44,41 |
| CESAR | 35,8 | 66,92 | 44,73 |
| BOLIVAR | 40,26 | 67,37 | 46,6 |
| CAUCA | 24,27 | 61,97 | 46,62 |
| MAGDALENA | 40,08 | 64,68 | 47,68 |
| VAUPES | 40,26 | 88,18 | 54,77 |
| SUCRE | 46,6 | 69,48 | 54,86 |
| CÓRDOBA | 42,68 | 76,6 | 59,09 |
| GUAINÍA | 45,66 | 81,17 | 60,62 |
| LA GUAJIRA | 40,47 | 91,92 | 65,23 |
| VICHADA | 41,94 | 84,4 | 66,95 |
| CHOCÓ | 81,94 | 76,11 | 79,19 |

Fuente: cálculos propios a partir del Censo 2005

La gráfica 1, enseña los cambios en la estructura y composición que experimentará el país en los próximos años, hasta el 2020: es claro que la base de la pirámide irá disminuyendo, representando un descenso en la contribución de los menores de 15 años.

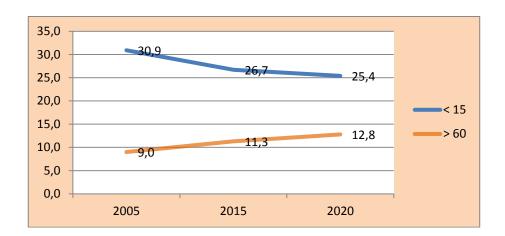
Gráfica 1. Transición demográfica en Colombia. 2005-2020



La contribución del grupo de menores de 15 años pasará de 30,9 % a 25,4 %, lo que representa una disminución del 17,8 %; el grupo de mayores de 60, pasará de 9,0 % a 12,8 %, representado un incremento del 42,2 %.

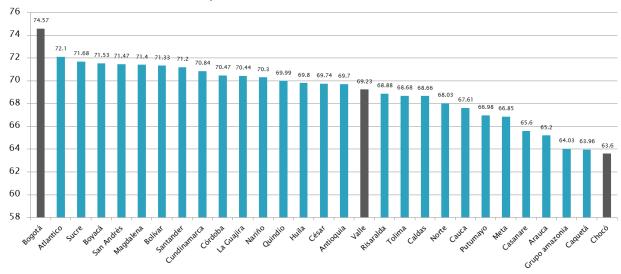
Grafica 2. Tendencia de la contribución de los grupos menores de 15 y mayores de 60 años. Colombia, 2005-2020





El gradiente social que existe en la esperanza de vida al nacer, según departamentos del país, es sugestivo, indica problemas en cuanto al acceso diferenciado a los componentes del bienestar y la consecuencia inmediata relacionada con la carga de enfermedad y muerte por ENT, ya que estos eventos contribuyen con 3 de cada 4 muertes, en el país. Obsérvese que la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre Bogotá y Chocó es de 11 años, lo cual representa una gran inequidad territorial debido a un desigual desarrollo social.

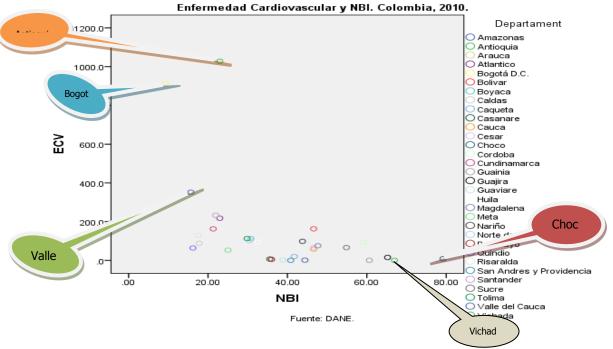
Gráfica 3. Gradiente territorial de las Enfermedades Cardiovasculares, según departamentos. Colombia, 2010



Fuente: Indicadores básicos de salud. Ministerio de Salud, 2010

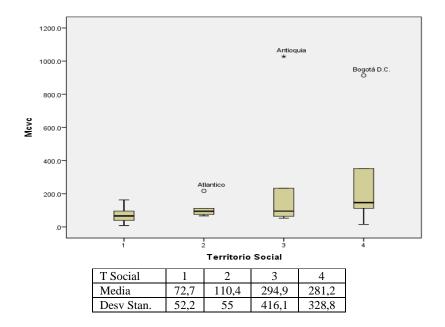
De acuerdo con los datos registrados en los Indicadores Básicos de Salud de Colombia (OPS, 2012), la correlación entre la mortalidad por Enfermedad Cardiovascular y el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas, según departamentos del país, fue igual a igual a -0,6. p = 0,0000 –Coeficiente de Correlación de Pearson-. Este resultado señala que en la medida en que disminuyen las necesidades básicas insatisfechas, es decir, mejoran las condiciones de vida, aumenta la tasa de mortalidad por ECV; lo que sugiere una asociación entre patrones de consumo poco saludables y la mortalidad, y aunque es una correlación significativa, aún no es muy fuerte (Gráfica 4).

Gráfica 4. Relación entre la Enfermedad cardiovascular (ECV) y las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Colombia, 2010



Al aumentar la prevalencia de NBI, es decir, empeorar las condiones de vida, disminuye la prevalencia de ECV. Es una corelación negativa con un indice de Correlación de Pearson igual a /0,49 y con una probabilidad (p) igual a 0,005.

Gráfica 5. Enfermedad Cardiovascular, según Territorio Social. Colombia, 2010



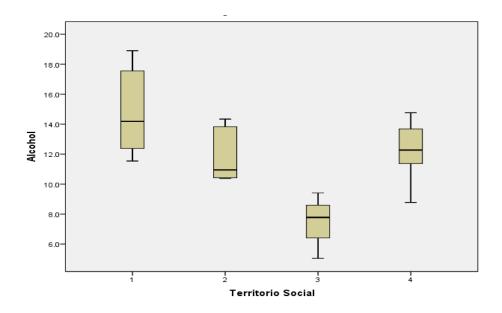
Para evaluar las ECV entre los territorios sociales (TS), se utilizó el procedimiento Análisis de Varianza (ANOVA), se encontró una F de Snedecor igual a 1,3 con 3, 23 grados de libertad (gl) y una p=0,32, lo cual indica que no hay una diferencia real en el nivel de mortalidad por ECV entre los territorios sociales. Sin embargo, se encontró una tendencia lineal, lo cual señala que en la medida en que se mueve la prevalencia hacia los territorios sociales mas desarrollados, los # 3 y 4, existe una tendecia a aumentar.

Los departamentos de Atlántico, Antioquia y el Distrito Capital de Bogotá tienen un prevalencia muy superior a la mediana de sus respectivos territorios sociales, lo que lo convierte en entes territoriales prioritarios para las intervenciones. (Anexo 1).

Gráfica 6. Prevalencia de alcohol, según Territorio Social. Colombia, 2010





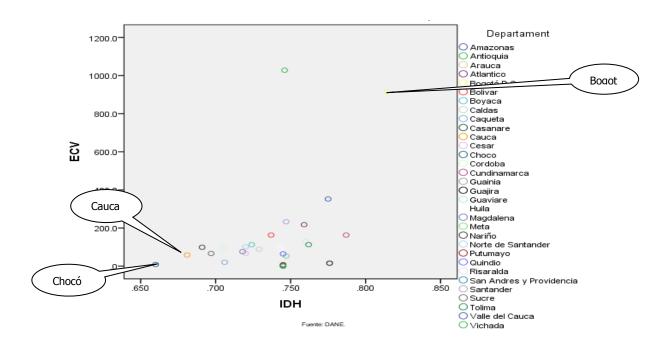


Para evaluar la prevalencia de alcohol, como factor de riesgo, entre los territorios sociales (TS), se utilizó el procedimiento Análisis de Varianza (ANOVA), se encontró una F de Snedecor igual a 6,8 con 3, 20 grados de libertad (gl) y una p=0,003, lo cual indica que hay al menos una diferencia real en el nivel de ingesta de alcohol entre, al menos, dos de los territorios sociales. Para identificar dicha diferencia, se utilizó la prueba de Bonferroni, para corregir el error por múltiples comparaciones, dado que la prueba de Levine demostró que las varianzas eran iguales (Levine = 0,71 gl 3, 179 p=0,56). La diferencia fue entre el TS # 3 y los demás territorios sociales.

Igual se evaluó si existía o no alguna tendencia entre los TS, encontrándose una tendencia cuadrática estadisticamente significativa (F de Snedecor = 56,7 gl 1, 17 p = 0,005), siendo el TS # 3, el de menor prevalencia de ingesta de alcohol. Llama la atención, con base en la tendencia cuadrática, que los territorios sociales # 1, el menos desarrollado y el territorio social # 4, el más desarrollado, tienen las prevaencia de consumo de alcohol mas elevadas. Los territorios sociales fueron creados utilizando como criterio de estratificación a la paridad de poder adquisitivo (PPA) \$ (Anexo 1).

Gráfica 7. Enfermedad Cardiovascular e Índice de Desarrollo Humano. Colombia, 2010





La relación entre las ECV y el IDH es positiva (Coeficiente de correlación de Pearson = 0,41 p = 0,023), lo cual señala que en la medida en que aumenta el desarrollo territorial, medido a través del Índice de Desarrollo Humano, aumenta la mortalidad por ECV, lo que puede estar significando la contribución de los cambios de patrones de consumo en la media en que mejoran las condiciones de vida.

3. Factores asociados a las Enfermedades No Transmisibles

La alimentación no saludable, como factor estructural en las últimas décadas ha presentado modificaciones en los patrones alimentarios asociados a las transformaciones económicas, sociales y demográficas, substituyéndose la alimentación tradicional por alimentos de alto contenido de grasa y alimentos elaborados. En las poblaciones urbanas, se ha modificado el régimen alimenticio a expensas del consumo de grasas y azúcares y la disminución del consumo de frutas y vegetales.

En Colombia, el 96 % de las mujeres amamantó a sus niños al nacer: un 57 % de ellas informó haber puesto al niño al seno en la primera hora de nacido; del 49 % de lo reportado en la encuesta del 2005, el 20 % inició durante el primer día y el 23 % durante los primeros tres días de nacido. Persisten notables brechas en la iniciación de la lactancia materna en la primera hora de vida, según los entes territoriales y nivel educativo de la madre, siendo la lactancia más frecuente entre las mujeres más educadas, que recibieron cuidados en salud durante la gestación.



El porcentaje de niños con lactancia exclusiva desciende del 63 % en los dos primeros meses de vida al 24 % a los cuatro meses de vida. La duración de la lactancia materna exclusiva fue muy corta, con una mediana de 1,8 meses, y la lactancia materna predominante, entendida como lactancia materna exclusiva complementada con líquidos no lácteos fue en promedio de 2,7 meses; cifras que distan de las recomendaciones internacionales.

Entre los niños y niñas amamantados se observa que antes de los seis meses ya se ha iniciado la introducción de otros líquidos y alimentos, tales como el uso de leche de fórmula infantil en un 33,2 %. Esta práctica, junto al uso de biberón, va en aumento, pues pasó del 40 % en el 2005, al 45 % en el 2010, lo que suele desestimular la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. La alimentación complementaria se realiza precozmente y la calidad de la dieta es desbalanceada, especialmente en el grupo de edad entre los 6 y 8 meses.

Existe un cuerpo de evidencias que destacan la relación entre la mala nutrición, la génesis de la aterosclerosis y la enfermedad coronaria. Una alta y frecuente ingesta de grasas saturadas, grasas trans y sal, junto con un bajo consumo de frutas, verduras y pescado, han sido asociados con un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.¹⁴

Con relación a los patrones de consumo predominantes en nuestro país, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2010)¹⁵, uno de cada tres colombianos, entre los 5 y 64 años no consume frutas diariamente; el 71,9 % de los colombianos no consume verduras ni hortalizas diariamente; aproximadamente uno de cada cuatro consume comidas rápidas semanalmente, y lo hace el 34,2 % de los jóvenes entre 14 y 18 años; además, uno de cada cinco consume bebidas gaseosas azucaradas diariamente. Uno de cada siete consume alimentos de paquete diariamente, siendo los niños y adolescentes quienes presentan una mayor frecuencia de consumo de estos alimentos; uno de cada tres consume golosinas y dulces diariamente. El 32 % de la población consume alimentos fritos diariamente, y el 39,5 % consume alimentos manipulados en la calle.

En la zona urbana el 60 % de la población consume comidas rápidas en el mes. En la zona rural este porcentaje es de 19,8 % y el 16,7 % de los colombianos adiciona más sal a los alimentos después de servidos en la mesa.

World Health Organization et al (2011), "Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control" disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373 eng.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al (2010), "Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2010" [en línea:] disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.



La obesidad es un problema creciente de salud pública en países desarrollados y en desarrollo, y un factor de riesgo cardiovascular relacionado con la dieta e inactividad física. La obesidad aparece como consecuencia de un desequilibrio entre el consumo de energía y el gasto de la misma. El consumo frecuente de alimentos de alta energía, tales como los alimentos procesados con alto contenido de grasas y azucares, promueve la obesidad en comparación con el consumo de alimentos bajos en energía. La dieta saludable suele contribuir a un peso saludable, un perfil lipídico deseable y una presión arterial estable. 16

A nivel mundial, al menos 2,8 millones de personas mueren cada año como resultado de tener sobre peso u obesidad y se estima que un 35,8 millones de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) mundiales (2,3 %), son causados por el sobrepeso o la obesidad. En el 2008, el 34 % de los adultos mayores de 20 años tenían sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² (33,6 % de los hombres y 35 % de las mujeres). En ese mismo año, 9,8 % de los hombres y 13,8 % de las mujeres eran obesas (IMC mayor o igual a 30 kg/m²), frente al 4,8 % de hombres y 7,9 % de mujeres en 1980, lo cual señala un franco aumento en la obesidad.

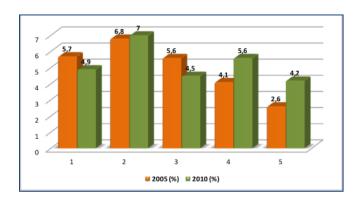
El riesgo de sobrepeso, entre unas y dos desviaciones estándar para Colombia en el 2010 fue de 20,2 % en niños de 0 a 4 años; 18,9 % en niños de 5 a 9 años; de 16,7 % en niños de 10 a 17 años. Comparando las dos últimas encuestas (2005 y 2010) en niños de 0 a 4 años, el riesgo de sobrepeso pasó de 4,9 % a 5,2 %; en el grupo de menores de un año pasó de 5,7 % a 4,9 % y en el grupo de dos años pasó de 5,6 % a 4,5 %. Se observa una tendencia a la disminución. Para el grupo de niños y niñas de 5 a 9 años en el 2010 la prevalencia fue de 5,2 % y en el grupo de 10 a 17 años la prevalencia fue de 3,4 %.

Gráfica 8. Índice de Masa Corporal mayor a dos desviaciones estándar en niños y niñas menores de cinco años. Comparación ENSIN 2005 y 2010

Línea 3 – Convenio 451/2012: Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo en como marco los determinantes sociales de la salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

¹⁶ World Health Organization et al (2011), "Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control" [en línea:] disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373 enq.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.





Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005 - 2010

Se observa una tendencia a la disminución. Para el grupo de niños y niñas de 5 a 9 años en el 2010 la prevalencia fue de 5,2 % y en el grupo de 10 a 17 años la prevalencia fue de 3,4 %.

Gráfica 9. Índice de Masa Corporal mayor a dos desviaciones estándar en hombres y mujeres por grupo de edad. ENSIN 2010



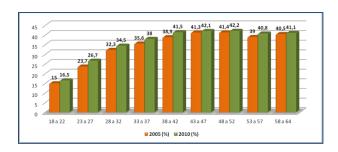
Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005 - 2010

De acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010 con respecto a 2005, el sobrepeso (IMC, mayor o igual a 25 y menor o igual a 30) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2 puntos porcentuales; la obesidad (IMC> A 30 años) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2,5 puntos porcentuales en el 2010 con respecto al 2005. El riesgo de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de 14 a 64 años muestra una tendencia al aumento, lo que sugiere cambios negativos en los patrones de consumo; la relación sobrepeso- obesidad aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre (9,4% en madres sin educación frente a 26,8 % en madres con educación



superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2 % que en el 13,4 % rural.

Gráfica 10. Sobrepeso (IMC≥ 25 y ≤ 30) hombres y mujeres según grupo de edad. Comparativo ENSIN 2005 y 2010



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005 - 2010

Está demostrado que tanto el retraso del crecimiento como un aumento excesivo del peso en la infancia, contribuyen a la incidencia posterior de enfermedades crónicas. El retraso de crecimiento en talla en la niñez también se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y, hasta cierto punto, diabetes. El riesgo de sufrir varias enfermedades crónicas de la niñez y la adolescencia, también se ha asociado a la alimentación del lactante con sucedáneos de la leche materna y con una lactancia materna breve.

Por otro lado la actividad física regular promueve el bienestar, salud física y mental, previene enfermedades, mejora la cohesión social y la calidad de vida, proporciona beneficios económicos y contribuye a la sostenibilidad del medio ambiente. Las comunidades que promueven la actividad física en formas diversas y asequibles, en diferentes contextos y durante toda la vida, pueden lograr muchos de estos beneficios.

La insuficente actividad física es el cuarto factor de riesgo que conduce a elevada mortalidad por ECV. Aproximadamente 3,2 millones de muertes y 32,1 millones de AVAD, que representan el 2,1 % de los AVAD globales, son atribuíbles, cada año, a la insuficiente actividad física. La insuficiencia en la actividad física es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Entre el 15 % y el 20 % de los casos de diabetes son ocasionados por el sedentarismo y se estima que el 60 % de la población adulta en el mundo no realiza suficiente actividad física para que su salud pueda beneficiarse.



Según los resultados de la ENSIN-2010, solamente el 26 % de la población cumple con el mínimo de actividad física recomendada en el grupo de edad de 13 a 17 años; este porcentaje aumenta a 42,6 % entre los 18 y 64 años; sin embargo, llama la atención que la actividad física en el tiempo libre solamente fue practicada por el 8,6 % de la población entre 13 y 17 años y, en un 5,9 % entre 18 y 64 años. Sumado a este panorama el 56,3 % de los niños entre 5 y 12 años dedican dos o más horas diarias a ver televisión y el promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 16,9 años. Estos valores son significativamente menores en la Región Caribe que en el resto del país.

A pesar que se conoce desde el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas ENFREC II (1999)¹⁷ que la prevalencia del sedentarismo en el país es de proporciones alarmantes, tan solo el 35,1 % reporta actividad física de un día a la semana y el 52,7 % restante reconoció que nunca realizan este tipo de ejercicios físicos, es decir, 78,8 % de los individuos no realiza regularmente la cantidad necesaria de ejercicio para su protección en salud cardiovascular.

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2007), se pudo establecer que solo el 14,1 % de los colombianos mayores de 18 años realizan actividad física vigorosa a los niveles que estimulan y protegen la función cardiovascular con una frecuencia mayor a 2 ó 3 veces por semana; un 7,2 % realiza actividades en niveles subóptimos de intensidad y duración, y el restante 72,3 % no realizan ningún tipo de actividad física vigorosa para cuidar su salud. En total el 85,9 % de la población no realiza la dosis de actividad física necesaria para su salud. ¹⁸

En los adolescentes esta falta de actividad física es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de hábitos saludables se logra en esta etapa y éstos generalmente se mantienen durante toda la vida. A medida que las ocupaciones han pasado de la agricultura u otras que entrañan trabajo manual, a las del sector de los servicios, se ha reducido el nivel de actividad física.

Esto ha sido impulsado por la creciente urbanización y el aumento del transporte automotor, las políticas de zonificación urbanas que promueven la creación de suburbios en los que se hace imprescindible el uso del automóvil, la falta de atención a las necesidades de los peatones, los ciclistas en la planificación urbana,

_

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (1999), "II Estudio Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas ENFREC II", [en línea:] disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.

¹⁶ Ministerio de la Protección Social, Colombia. Encuesta Nacional de Salud, 2007. Resultados nacionales. Bogotá, 2009.



la profusión de dispositivos que ahorran trabajo en el ámbito doméstico y el uso creciente de computadoras en el trabajo y con fines de entretenimiento.

Se estima que el fumar causa cerca del 10 % de las ECV. Existen evidencias basadas en estudios prospectivos que dan cuenta del gran beneficio de dejar de fumar con relación a la mortalidad por enfermedad coronaria. Un estudio de 50 años de seguimiento a médicos británicos demostró que, entre los ex fumadores la edad al dejar de fumar tiene un gran impacto en la sobrevivencia, los que dejaron de fumar entre los 25 y 35 años tuvieron la misma sobrevivencia que aquellos que nunca habían fumado.

Según la ENSA (2007-2010), la tendencia en el número de personas que fuman diariamente, disminuyó en 2,1 puntos porcentuales; Nariño (22,92 %) y Caldas (22,9 %) son los departamentos que reportan la mayor prevalencia de fumadores en el país. En términos generales el tabaquismo en Colombia continúa siendo una situación de alta prevalencia que implica grandes costos humanos, sociales, económicos y ambientales.

El consumo nocivo de alcohol es un factor de riesgo para numerosos resultados sanitarios y sociales diversos, incluyendo la hipertensión, infarto del miocardio, cardiomiopatía, arritmia, cirrosis hepática, pancreatitis, neuropatía, encefalopatía, psicosis alcohólica, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, trastorno fetal alcohólico, bajo peso al nacer, síndrome de muerte fetal súbita, violencia, suicidio y lesiones no intencionales.¹⁹

En el 2004, el consumo nocivo de alcohol fue responsable de 2,5 millones de muertes (3,8 %) del total de defunciones en el mundo, más del 50 % de ellas se debieron a ECV, cirrosis hepática y cáncer. Se estima que un 4,5 % de la carga mundial de enfermedad ajustada por discapacidad (AVAD), es consecuencia del uso nocivo de alcohol.

La prevalencia del consumo abusivo de alcohol entre adultos (cuatro o más bebidas para las mujeres y cinco o más bebidas por ocasión en Hombres) es de 12,15 % (ENSIN, 2010); mostrando la mayor prevalencia San Andrés 20,7%, Chocó 18,9 % y Medellín 18,7 % (Gráfica 7).

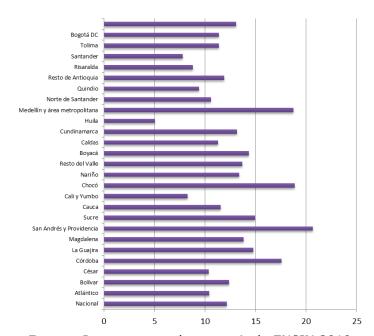
El 7,6 % de la población entre 18 y 69 años se considera en riesgo de dependencia del alcohol, con valores más altos en Cauca (39,8 %), Chocó (11,1 %), Putumayo (11 %) y Meta (10,8 %).

-

¹⁹ World Health Organization et al (2011), "Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control" [en línea:] disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373 enq.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.



Gráfica 11. Prevalencia, en porcentaje, de consumo abusivo de alcohol entre adultos (cuatro o más bebidas por ocasión para mujeres, cinco o más para hombres



<u>Fuente:</u> Datos procesados a partir de ENSIN 2010.

En 2007, la prevalencia de fumadores fue de 2,5 % para los adolescentes de ambos sexos (4% para los hombres y 1% para las mujeres); el consumo era menor a medida que aumentaba el nivel educativo. En los adultos de 18 a 69 años la prevalencia fue de 12,8 % para ambos sexos (19,5 % para los hombres y 7,4 % para las mujeres). En 2007, en las personas de 18 a 69 años de edad, la prevalencia de consumo de marihuana en el último mes fue 1,2 %, y la de consumo de cocaína, de 0,2 %.

La tensión arterial elevada es un factor de riesgo importante para la enfermedad coronaria y cerebrovascular. Los niveles de la presión arterial han demostrado estar positiva y progresivamente asociados con el riesgo creciente de accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria. A nivel mundial, las presión arterial elevada se estima que causa 7,5 millones de muertes, aproximadamente un 12,8 % del total anual de todas las muertes, adicionalmente, contribuye con 57 millones de AVAD, que representa el 3,7 % del total de los AVAD²⁰.

_

World Health Organization, (2010) "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación" [en línea:] disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html recuperado: 28 de febrero de 2013.



En Colombia la hipertensión arterial está asociada con el aumento del riesgo para cardiopatía isquémica y para eventos cerebrovasculares. Se estima que un 49 % de los ataques cardíacos y un 62 % de los trastornos cerebrovasculares son causados por la hipertensión.

La causa más frecuente de consulta externa en la población general es la hipertensión arterial. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial, es el motivo de consulta más frecuente tanto para los hombres como para las mujeres. De las primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar aportando un 3,5 % del total, la insuficiencia cardíaca el 2 % y la diabetes mellitus el 1,6 %. En el análisis detallado por edad se aprecia que la enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios en el grupo de personas mayores de 50 años de edad. Además de manera consistente otras enfermedades asociadas a la disfunción cardiovascular como son: la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y otras enfermedades de origen arterial, también hacen parte de las 10 primeras causas de egreso hospitalario en mayores de 45 años.

Las enfermedades cardiovasculares toman lugares predominantes en el grupo de adultos mayores (65 y más años) como motivo de emergencias médicas: la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón se encuentran entre las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias. Cuando se analizan los primeros motivos de consulta en el servicio de urgencias según el sexo, se aprecia que los hombres mayores de 45 años consultan principalmente por hipertensión arterial. En los mayores de 60 años además de la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares se encuentran entre las 10 primeras causas de consulta. Las mujeres muestran un comportamiento similar con relación a la consulta por hipertensión arterial.

Con relación a la prevalencia de hipertensión arterial y el nivel educativo se encuentran diferencias significativas. La prevalencia de hipertensión arterial muestra una relación inversa con los niveles de educación. Las personas con menor nivel educativo tienen mayor prevalencia de hipertensión y viceversa, es decir el nivel educativo aparece como un factor importante para este tipo de disfunción cardiovascular.²¹

La Encuesta Nacional de Salud de 2007, mostró que en el servicio de consulta externa la enfermedad hipertensiva lidera las causas de consulta en la población mayor de 45 años, con un 17,6 % del total de las consultas médicas.

²¹ Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y Salud, 2010. Bogotá, 2011.



La diabetes es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de ECV y la intolerancia a la glucosa y la glicemia alterada en ayunas, son las dos categorías más importantes para el desarrollo futuro de Diabetes y ECV. En el 2008, la diabetes fue responsable de 1,3 millones de muertes, a nivel mundial.

El primer estudio sobre la prevalencia de diabetes en Colombia que dio cuenta de la estimación de la magnitud de la enfermedad fue el Estudio Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas llevado a cabo en 1999. Los resultados de este estudio indicaron que la prevalencia de la enfermedad era del 2 % en la población adulta, es decir para dicho año aproximadamente 441.000 personas padecían de diabetes en Colombia.²²

Por otro lado la Encuesta Nacional de Salud de 2007, estimó la prevalencia de diabetes en Colombia en un 5,7 % en personas adultas; reportó igualmente que la prevalencia de diabetes en la población de 18 a 69 años era de 3,5 %, lo que indica que aproximadamente 1.574.222 de colombianos eran diabéticos en el 2009.

La diabetes también aparece entre las primeras causas de ingreso hospitalario especialmente en los mayores de 45 años al lado de las complicaciones cardiovasculares, muchas de las cuales podrían ser también eventos clínicos asociados con trastornos metabólicos precedentes. En este servicio se puede establecer las implicaciones y seguimientos efectivos de los programas y servicios ambulatorios, pues en la mayoría de casos su utilización se produce por descompensación o complicación originada por la implementación de programas y servicios poco efectivos, continuos e integrales, lo cual le representa al sistema un aumento en los costos económicos y sociales.

Existe un quinto grupo importante como condicionantes de las ENT que son las enfermedades bucales, visuales y auditivas, constituyéndose como una pesada carga social y económica para las personas, las familias, las comunidades y los países, sobre todo cuando retrasan el desarrollo del lenguaje y de las capacidades cognitivas, y por tanto limitan y retrasan el desarrollo escolar, laboral y social.

De acuerdo a los datos de morbilidad de este último grupo muestra que la historia de caries en dentición permanente es de 19,9 % a los siete años (cuando tan solo se tienen entre cuatro y ocho dientes permanentes en la boca), 71,9 % a los 12 años, 89,5 % en adolescentes (15 a 19 años) y 97,5 % desde los 30 años. (ENSAB

Instituto de salud y trabajo. Diagnostico situacional de seguridad y la salud del trabajo. Colombia, 2011. [en línea], disponible: http://intranet.oit.org.pe/WDMS/bib/virtual/coleccion_tem/seg_trab/2011/diagnostico_sst_colombia%5B1%5D.pdf , recuperado 28 de febrero de 2013.



II). Así mismo la prevalencia en dentición permanente es de 18 % a los siete años, 57 % a los 12, 70,7 % en adolescentes, y 76 % en adultos de 30 a 34 años. La prevalencia de caries se reduce por efecto de la pérdida dental en las edades más adultas.

Se observó la presencia de al menos un marcador periodontal en el 92,4 % de las personas: 8,8 % presentó sangrado al sondaje, 53,3 % presentó sangrado y cálculos simultáneamente, llamando la atención que 60,9 % de los niños de 12 años ya presenta este marcador; las bolsas pandas (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26,5 % de las personas y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8 %.

De igual manera el COP promedio nacional (dientes cariados- obturados y perdidos en mayores de 18 años) resultado de los datos de la línea de base recolectada durante el 2010 y 2011, fue a los 12 años de 2,7, a los 25 años de 7,9, a los 35 años de 12, a los 45 años de 14,6, a los 55 años de 16,8 y a los 65 años de 18,3 mostrando mejoras especialmente en los mayores de 12 años frente a los resultados del ENSAB III que presentaban un COP de 10 para el grupo de 25 a 29 años, de 14,1 para el grupo de 35 a 39 años, de 18,4 para el grupo de 55 a 59 y de 20,4 para los de 65 y más años. No se incluyó en el ENSAB el grupo de 45 a 54 años.

El Censo de Población del 2005 reporta 4,9 veces más de personas con limitación visual que lo reportado por el Censo de 1993 y 455.718 personas con limitación para oír. ²³

Los Sistemas Integrados de Transporte Masivo diseñados para ciudades con más de 600.000 habitantes que operan en Bogotá (2000), Pereira (2006), Cali (2008), Bucaramanga (2010) y Barranquilla (2010), han mejorado la eficiencia en el transporte y disminuido la contaminación ambiental (34). Se cuenta con vías exclusivas para bicicletas en Bogotá (300 km), Cúcuta, Popayán, Cali y Medellín. Además, se han construido ciclo vías recreativas que brindan beneficios relacionados con la actividad física en Bogotá (121 km), Medellín (40 km), Pereira, Soacha, Armenia, Cali, Pasto, Cúcuta y Popayán.

4. Morbilidad

Las enfermedades crónicas constituyen una importante causa de morbilidad y ocasionan gran demanda de servicios de salud. El 4,3 % de la población de 6 a 19

DANE. Censo Básico. Colombia, 2005



años manifestó haber padecido alguna vez asma bronquial y 0,8 %, enfisema. El 8,8 % de la población de 18 a 69 años había recibido un diagnóstico de hipertensión, sin embargo, pocos dijeron tomar medicamentos antihipertensivos y menos de 5% recibió asesoría nutricional o recomendaciones sobre la práctica de ejercicio. La prevalencia de diabetes, referida por entrevista en la misma población, fue de 3,5 %, pero menos de 2 % refirió tomar medicamentos, recibió asesoría nutricional o sobre el ejercicio. La prevalencia de hipertensión y diabetes en los grupos étnicos fue similar a la de la población general.²⁴

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia, 2010, estimó que 13,2 % de los menores de cinco años tenían retraso de crecimiento (déficit de peso para la talla), en comparación con el 16 % en 2005. El mayor retraso se presentó en los más pobres, en hijos de madres con menor educación, en residentes en áreas rurales, en las regiones Atlántica, Orinoquía, Amazonía y Pacífica, y en la población indígena menor de cinco años. El 18,9 % del grupo de cinco a nueve años de edad tenía exceso de peso, en comparación con 14,3 % en 2005, y era mayor en los menos pobres, en hijos de madres con mejor nivel educativo y en las áreas urbanas. En el grupo de 10 a 17 años de edad, el exceso de peso afectaba a 16,7 %, en comparación con 13,7 % en 2005. El 51,2 % del grupo de 18 a 64 años presentó exceso de peso, en comparación con 45,9 % en 2005. En todos los grupos de edad el sobrepeso fue mayor a menor pobreza, mejor nivel educativo de la madre y en las áreas urbanas. La misma encuesta encontró anemia en 47,4 % de los niños prescolares, 40,9 % de las mujeres en edad fértil y 44,7 % de las embarazadas; retinol sérico inferior a 20 ug/dl en 5,9 % de los menores de cinco años, y deficiencia de zinc en 26,9 % de los niños de uno a cuatro años. No se han evaluado los trastornos por deficiencia de vodo desde 2002.

Accidentes y Violencia

Además de estar entre las primeras 10 causas de muerte en los periodos 1997—1999 y 2007—2009, los accidentes de transporte terrestre son una importante causa de lesiones y discapacidad. En la población general de 6 a 69 años, el 3,5 % refirió haber sufrido lesiones por accidentes de transporte terrestre en los últimos tres años, cifra que aumentó a 6,2 % en los hombres de 18 a 29 años, lo que concuerda con que esta es la segunda causa de muerte en este grupo de edad.

Trastornos mentales

SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2012 N VOLUMEN DE PAÍSES. Disponible http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=197&Itemid

en:

Por lo menos 40,1 % de la población de Colombia ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental, y la prevalencia anual es de 16 %. Los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo son los más frecuentes en las mujeres, y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en los hombres.

Salud oral

Una de cada siete personas de 6 a 69 años refirió haber tenido problemas en los dientes, en la boca o en las encías, 30 días antes de la entrevista. Usaba cepillo de dientes 99,1 % de la población y 42 %, hilo dental. De los que usaban cepillo, 43 % manifestó hacerlo tres veces al día. En la población de 6 a 19 años, 41 % manifestó haber recibido aplicaciones o enjuagues con flúor y 34 %, tratamiento para sellar fosetas y fisuras.

Salud ocular.

Del total de personas registradas con discapacidad, 44 % tenía problemas visuales (32). En 2007, una encuesta sobre ceguera evitable realizada en el departamento de Santander reveló una prevalencia de ceguera de 1,8 % en las personas mayores de 50 años, y que los afectados pertenecían mayormente a grupos de población pobre y rural. Las principales causas de ceguera fueron cataratas (67,6 %), alteraciones del segmento posterior (14,1 %), opacidad corneal (8,5 %), glaucoma (2,8 %) y errores de refracción, retinopatía diabética y complicaciones quirúrgicas (4,2 %). El 82,5 % de las personas no se había sometido a cirugía por desconocimiento del tratamiento de la enfermedad o dificultades económicas.

Discapacidad

La prevalencia de discapacidad fue de 8,3 % y aumentó con la edad (de 6,6 % para la población de 18 a 29 años a 13,2 % para la de 60 a 69 años), y mayor en las regiones Pacífica, Orinoquía y Amazonía. Del total de discapacitados, 44 % tenía discapacidad visual y 29 %, motora.

Enfermedades ocupacionales

En los lugares de trabajo predominan los factores de riesgo disergonómicos, el ruido, temperaturas no confortables, polvo y humo. El diagnóstico de enfermedades profesionales ha aumentado desde 2001, siendo las ramas de actividad más afectadas la pesca, administración pública y defensa, agricultura, ganadería caza y silvicultura, servicios sociales y salud, industria manufacturera y suministro de electricidad, gas y agua. Las enfermedades prevalentes son las



osteomusculares. El país no cuenta con un inventario actualizado de recurso humano para salud ocupacional a pesar de que se ha venido formando desde 1983.²⁵ (Guía # 2, Morbilidad).

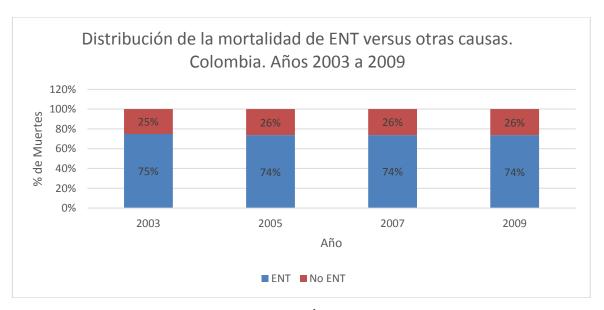
²⁵ Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de Salud en Colombia. Salud Publica de México 2011;53(supl 2):S144-S155

5. Mortalidad

En el periodo 2007 2009, el riesgo de muerte más alto en ambos sexos lo ocasionaron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por las neoplasias, las causas externas, las enfermedades transmisibles y las afecciones originadas en el periodo perinatal. En el grupo de enfermedades del sistema circulatorio se destacaron la enfermedad isquémica del corazón (83,7 por 100.000 habitantes) y las enfermedades cerebrovasculares (42,6 por 100.00); entre las neoplasias, el tumor maligno de estómago (13,5 por 100.000) y de tráquea, bronquios y pulmón (11,3 por 100.000); entre las causas externas, los homicidios en los hombres (75,1 por 100.000) y los accidentes de transporte terrestre (14,8 por 100.000); entre las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas (21,2 por 100.000), y entre las afecciones perinatales, los trastornos respiratorios (13,6 por 100.000 habitantes).

La contribución porcentual, peso específico, de las muertes por ENT en Colombia, representa un 75 % de la muertes total, es decir, tres de cada muertes en el país se deben a causas relacionadas con las ENT.

Gráfica 12. Contribución proporcional de las muertes por enfermedades no transmisibles, respecto al total de las defunciones. Colombia, 2003 a 2009



Fuente: DANE. Cálculos propios.

El comportamiento de la mortalidad por ENT en Colombia entre 1998 y 2009, (cálculo de las tasas globales por grupo de enfermedad durante este periodo) muestra que las tasas de mortalidad más altas se ubican en el grupo de las

enfermedades cardiovasculares que incluye las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardiaca, seguidas por las tasas de mortalidad del grupo de las neoplasias, el grupo de las enfermedades respiratorias y por último las tasas de mortalidad para el grupo de la diabetes. (Gráfico 8).

Tabla 2. Estructura de la mortalidad general. Colombia, 2005

| PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD. COLOMBIA 2005 | | | | | | | |
|---|---|---|------------|------|------|--|--|
| No | | | FRECUENCIA | % | TASA | | |
| 1 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN | I20 - I25 | 26,322 | 14 % | 633 | | |
| 2 | AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS | X85 - Y09, Y87.1 | 18,875 | 10 % | 454 | | |
| 3 | ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES | I60 - I69 | 13,833 | 7 % | 332 | | |
| 4 | ENFERMEDADES CRÓNICAS VÍAS REPIRATORIAS INFERIORES | J40 - J47 | 9,964 | 5 % | 239 | | |
| 5 | DIABETES MELLITUS | E10 - E14 | 7,267 | 4 % | 175 | | |
| 6 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | J00-J22 | 6,633 | 4 % | 159 | | |
| 7 | ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS | V01 - V89, Y85.0 | 6,063 | 3 % | 146 | | |
| 8 | OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DISGESTIVO | RESTO DE (K00 - K93) : K00 - K31, K50 - K55, K57 - K66, K71, K72, K75, K80 - K92 | 5,646 | 3 % | 136 | | |
| 9 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | I10 - I15 | 5,166 | 3 % | 124 | | |
| 10 | RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS | RESTO DE (C00-C97): C00 - C14, C40 - C47, C49, C58, C69 - C80, C97 | 4,792 | 3 % | 115 | | |
| 11 | TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO | C16 | 4,540 | 2 % | 109 | | |
| 12 | ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACIÓN, PULMONARES Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | I26 - I45, I47 - I49, I51 | 4,368 | 2 % | 105 | | |
| 13 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | N00 - N39 | 4,115 | 2 % | 99 | | |
| 14 | RESIDUO | RESTO DE (A00 - Q99) : D55 - D89, E00 - E07, E15 - E34, E65 - E89, H00 - H95, L00 - L98, M00 - M99, N41 - N99 | 3,730 | 2 % | 90 | | |
| 15 | RESTO | 67,708 | 36 % | | | | |
| TOTAL | 189,022 | | | | | | |

Fuente: DANE - Estadísticas Vitales. 2005

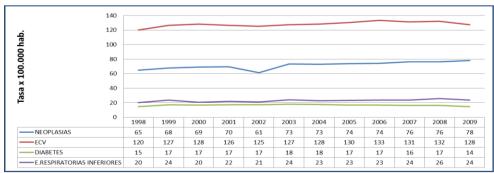
Tabla 3. Estructura de la mortalidad general. Colombia, 2009

| | PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD. COLOMBIA 2009 | | | | | | |
|-------|---|---|------------|-----|------|--|--|
| No | CAUSA | CIE-10 | FRECUENCIA | % | TASA | | |
| 1 | Enfermedades isquémicas del corazón | I20 - I25 | 27,618 | 14% | 637 | | |
| 2 | Agresiones (homicidios) y sus secuelas | X85 - Y09, Y87.1 | 19,707 | 10% | 454 | | |
| 3 | Enfermedades cerebrovasculares | I60 - I69 | 13,884 | 7% | 320 | | |
| 4 | Enfermedades crónicas de las vias respiratorias inferiores | J40 - J47 | 10,597 | | 244 | | |
| 5 | Diabetes mellitus | E10 - E14 | 6,475 | 3% | 149 | | |
| 6 | Accidentes de transporte de motor y sus secuelas V01 - V89, Y85.0 6,420 | | 3% | 148 | | | |
| 7 | Neumonia | J09 - J19 | 6,058 | 3% | 140 | | |
| 8 | Enfermedades hipertensivas | I10 - I15 | 5,665 | 3% | 131 | | |
| 9 | Tumor maligno del estómago | C16 | 4,453 | | 103 | | |
| 10 | Signos, síntomas y afecciones mal definidas | ntomas y afecciones mal definidas (R00 - R99) 4,294 | | 2% | 99 | | |
| 11 | Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón | C33 - C34 | 3,899 | 2% | 90 | | |
| 12 | Todas las demás formas de enfermedad del corazón | I26 - I45, I47 - I49, I51 | 3,373 | 2% | 78 | | |
| 13 | Insuficiencia cardiac | I50 | 3,233 | 2% | 75 | | |
| 14 | Insuficiencia renal | | 2,842 | 1% | 66 | | |
| 15 | RESTO | 78,415 | 40% | | | | |
| TOTAL | 196,933 | | | | | | |

Fuente: DANE - Estadisticas Vitales. 2009

Entre los años 2005 y 2009, 12 de las primeras 14 causas de mortalidad en Colombia, se deben a causas relacionadas con las enfermedades no transmisibles.

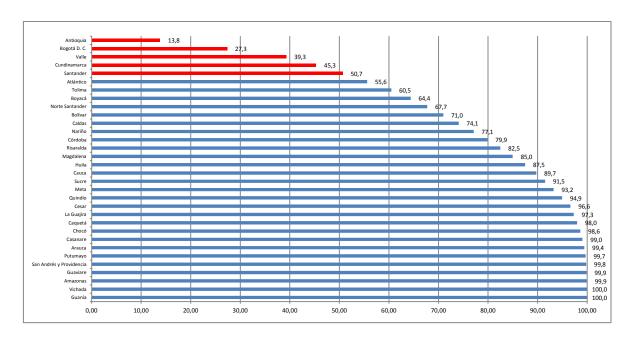
Gráfica 13. *Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Colombia, 1998 a 2009*



Fuente: Estadísticas Vitales. DANE

Gráfica 14. Distribución proporcional de la enfermedad cerebro vascular, según departamentos. Colombia, 2010

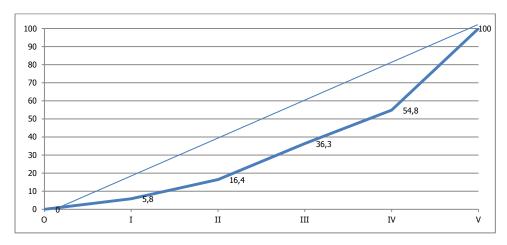




Fuente: DANE, cálculos propios.

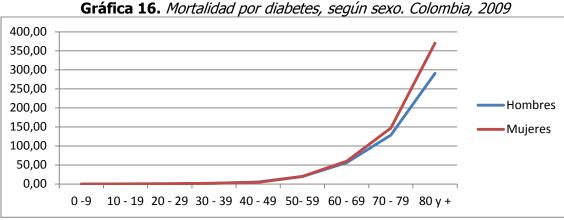
El 50 % de las defunciones por ECV, es aportado por solo cinco departamentos: Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca y Santander.

Gráfica 15. Distribución de las defunciones por enfermedad cerebro vascular, según PPA\$. (Índice de GINI). Colombia, 2010



Fuente: DANE, cálculos propios.

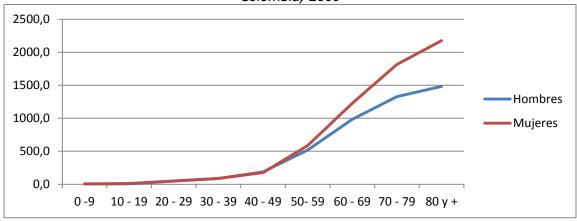
El territorio social V, que tienen mayor PPA \$ per cápita, es el de mayor contribución de defunciones por ECV, este territorio aporta el 45,2 %. La composición y contribución de los territorios sociales está en el anexo # 2.



Fuente: DANE. Cálculos propios. Tasas por 100.000 habitantes

La mortalidad es similar en ambos sexos hasta los 69 años, de allí en adelante existe una sobre mortalidad entre las mujeres. La mortalidad, por ENT según sexo, suele ser mayor en hombres, excepto para el caso de la diabetes.

Gráfica 17. Años de vida prematuramente perdidos (AVPP), por Diabetes, según sexo. Colombia, 2009



Fuente: DANE. Cálculos propios. Tasas por 100.000 habitantes

Si bien la pérdida prematura de años de vida es mayor entre las mujeres, la brecha se inicia a edad más temprana, alrededor de los 50 años. Utilizando la regresión de Poisson, se estimó la brecha entre los sexos, a lo largo del curso de vida, tiene un OR = 1,16 con un intervalo del confianza al 90 % igual a (1,14 – 1,18). Esto significa que hay un 16 % de exceso de años de vida prematuramente perdidos en las mujeres comparado con los hombres, a lo largo del curso de vida, y este valor varía entre un 14 % y 18 %.²⁶

Línea 3 – Convenio 451/2012: Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo en como marco los determinantes sociales de la salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

²⁶ Bergonzoli, G. Sala Situacional: instrumento para la Vigilancia de Salud. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP). Maracay, Venezuela, 2000.

Gráfica 18. Pirámide de defunciones por diabetes. Colombia, 2005 y 2009 80 y + 32,980 y + 29,121,9 25,9 2005 2009 70 - 79 31,4 70 - 79 29,6 30 28.9 60 - 69 22,4 60 - 69 20,1 25.3 23,0 50-59 11,2 50-59 11,1 13,8 13,5 Mujeres Mujeres 40 - 49 40 - 49 4,8 3.6 5,2 30 - 39 1,0 2,1 30 - 39 1,6 2,0 Hombres Hombres 20 - 29 20 - 29 0.8 1,2 10 - 19 10 - 19 0,3 0,4 0,2 0,2 0 - 9 0 - 90,1 0,1 0.1 0,1 50,0 0,0 50,0 50,0 0,0 50,0

Fuente: DANE. Cálculos propios. Tasas por 100.000 habitantes

Se aprecia que la contribución proporcional de la mortalidad por diabetes es mayor en las mujeres y ha tendido a disminuir en ambos sexos y grupos etarios, durante el periodo estudiado, excepto entre los mayores de 80 años.

Tabla 4. Defunciones atribuibles a Diabetes, según sexo y edad. Colombia, 2009

| | Hombres Mu | | | ıjeres | | |
|------------|------------------------|------|------|------------------------|------|------|
| Edad | Muertes atribuibles | ICI | ICS | Muertes atribuibles | ICI | ICS |
| 0-4 años | - | - | - | - | - | - |
| 5-14 años | - | - | - | - | - | - |
| 15-29 años | - | - | - | - | - | - |
| 30-44 años | 77 | 77 | 77 | 9 | 9 | 9 |
| 45-59 años | 374 | 374 | 374 | 368 | 368 | 368 |
| 60-69 año | 536 | 536 | 536 | 320 | 320 | 320 |
| 70-79 años | 624 | 624 | 624 | 920 | 920 | 920 |
| 80 + años | 559 | 559 | 559 | 1023 | 1023 | 1023 |
| Total | 2170 | 2170 | 2170 | 2940 | 2940 | 5880 |

Fuente: DANE. Cálculos propios.

Con respecto a la edad para el grupo de las neoplasias y enfermedad cardiovascular, en el grupo 45 a 64 años se observa una disminución de la tasa de mortalidad y un aumento proporcional de la tasa en el grupo de 65 años y más, excepto para el grupo de diabetes donde en el grupo de mayores de 65 años se observa un disminución en las tasas de mortalidad.

El grupo de 45 a 64 años señala la carga de mortalidad prematura que se genera en el país por factores sociales, familiares, individuales y de atención, situación que apunta hacia la disminución en la capacidad de producción social y económica y en el grupo de mayor de 65 años es donde se expresa la mayor mortalidad



posiblemente mostrando un diagnóstico tardío de la enfermedad y sugiriendo el fortalecimiento en la gestión de riesgo y atención integral en éste grupo.

De acuerdo al estado civil las proporciones con respecto al total de registros de mortalidad por grupo de ENT, se observa una mayor proporción de casos entre los casados seguido de los solteros y una mayor proporción de casos entre personas con primaria completa seguida de secundaria completa.

La proporción de los casos por tipo de vinculación al sistema general de seguridad social muestra que para las neoplasias y el grupo de diabetes se registró un mayor porcentaje de casos en el contributivo, diferente situación para las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias donde el mayor porcentaje se registra en el subsidiado.

En el 2009 la mortalidad por ENT representó el 74 % del total de defunciones registradas, siendo el 29 % por enfermedades del sistema circulatorio, 18 % por neoplasias, 19 % por violencias, 5 % por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y 3 % por diabetes mellitus.

El cáncer como segundo grupo de mayor mortalidad, representa desde diversas perspectivas, un problema creciente de salud pública. Según estimaciones del Instituto Nacional de Cancerología para el período 2001 a 2005, en Colombia se presentaron alrededor de 70.856 casos nuevos de cáncer por año sin contar los cánceres de piel (diferentes del melanoma). Se considera que el 30 % de los cánceres son prevenibles.

El control del riesgo o prevención del cáncer, implica eliminar o disminuir al mínimo la exposición a las causas del cáncer e incluye reducir la sensibilidad individual al efecto de esas causas, a lo largo del curso de vida. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y es el método de control del cáncer más económico a largo plazo.

La proporción de muertes por cáncer que puede atribuirse a factores de riesgo conocidos, muestra un mayor peso para el tabaco y la dieta, donde se estima que cada uno de ellos aporta un 30 % respectivamente²⁷

Como es conocido, el cáncer presenta importantes variaciones en términos geográficos; si se compara con otros países, Colombia tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estómago y del cuello uterino en adultos, y de leucemias en niños.

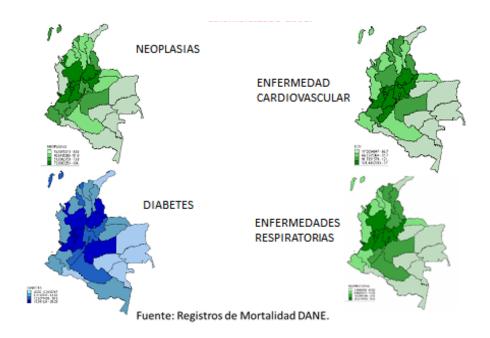
_

En adultos, las principales localizaciones de cáncer en hombres son el cáncer de estómago, pulmón, próstata, y colon y recto mientras que en mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón. Como se mencionó, no se cuenta con cifras sobre cáncer de piel que es el cáncer más frecuente, ya que los sistemas de información existentes no contemplan su recolección en razón a su alta frecuencia y baja mortalidad.

Se observan patrones definidos, en el caso de la mortalidad por cáncer de estómago se registra un mayor riesgo en la zona Andina y las cordilleras; para el cáncer de mama el mayor riesgo coincide con los grandes centros urbanos y en el cáncer de cuello uterino, las mujeres con mayor riesgo son las residentes en departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos.

Tomando las tasas de mortalidad ajustadas por edad y los percentiles entre el año 1998 y el 2008, los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca registran tasas de mortalidad por encima del percentil 75 en el grupo de ENT mencionadas; el departamento de Antioquia muestra tasas por encima del percentil 75 para las neoplasias, las diabetes y las enfermedades respiratorias; el departamento de Santander registras tasas por encima del percentil 75 para neoplasias, enfermedades cardiovasculares y diabetes; el departamento de Cundinamarca registra tasas por encima del percentil 75 en neoplasias, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias; el departamento de Boyacá registra tasas por encima del percentil 75 en enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias; Bogotá registra tasas por encima del percentil 75 en neoplasias y enfermedades respiratorias; el departamento de Norte de Santander registra tasas por encima del percentil 75 en el grupo de diabetes y Atlántico, Huila y Meta registran tasas por encima del percentil 75 en las las enfermedades cardiovasculares y el grupo de diabetes neoplasias, respectivamente.

Gráfico 19. Distribución geográfica de la mortalidad por enfermedades crónicas. Colombia, 1998 a 2008. Tasas ajustadas por edad



El Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia de 2008, muestra que las ECNT ocasionan el 76 % de la carga de enfermedad del país. En el país el componente de discapacidad de los AVISAS por ENT es responsable de la mayor carga de enfermedad, con una pérdida de años saludables del 84,2 %, lo que constituyen un grave problema de salud pública. La distribución por edades muestra que de 389 AVISAS totales perdidos por cada mil personas, el grupo de 0 a 4 años aporta la segunda magnitud en carga de enfermedad (63 % por AVPD y 37 % por AVPP). Asfixia y trauma al nacer y el bajo peso al nacer son responsables del 68 % del total de años saludables perdidos entre los recién nacidos.

En el grupo de 5 a 14 años, el de menor riesgo de pérdida de años saludables, se pierden 89 AVISAS por cada mil personas de esta edad; siendo las principales causas la depresión mayor unipolar con 32 AVISAS por mil personas, la caries dental con 14 AVISAS por mil personas y el asma con 12 AVISAS por mil personas (del 65 % de la carga total que aporta este grupo).

El grupo de mayor riesgo de pérdida de años de vida saludables, es el comprendido entre 15 y 29 años de edad: en total se pierden 390 AVISAS por cada mil personas, 83 % de los cuales se pierden por discapacidad total o parcial. La depresión mayor unipolar ocupa el primer lugar con 148 AVISAS por cada mil personas, le sigue la cardiopatía hipertensiva con 105 AVISAS por mil personas (entre ambos más del 50 % del total de AVISAS perdidos en el grupo a expensas de la discapacidad). La caries dental como cuarta causa, aporta un total de 29 AVISAS en este grupo etario.

En el grupo de 30 a 44 años se pierden 227 AVISAS por cada mil personas (73 % por AVPD). La cardiopatía hipertensiva, junto con la caries dental y las agresiones aportan más de la mitad de la carga de enfermedad medida en este grupo (52 %).

La cardiopatía hipertensiva, como en el grupo anterior, ocupa el primer lugar en el grupo comprendido entre 45 y 59 años como causa de años de vida saludables perdidos con 78 AVISAS por cada mil personas. En total en este grupo se pierden 327 AVISAS por cada mil personas, 75 % atribuibles a AVPD. Los problemas odontológicos como la caries dental (segundo lugar) y el edentulismo (cuarto lugar) aportan 64 AVISAS por cada mil personas.

Entre las personas de 60 a 69 años se pierden 367 AVISAS por cada mil personas, ocupando el tercer lugar en magnitud entre todos los grupos de edades. Esta carga es atribuible en un 62 % a AVPD. La cardiopatía hipertensiva encabeza la relación de causas de años de vida saludables perdidos con 76 AVISAS por mil personas. Le sigue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 50 AVISAS por mil personas. Al sumar a lo anterior, la carga de años de vida saludables perdidos por cardiopatía isquémica que ocupa el tercer lugar (con 32 AVISAS perdidos por cada mil personas), se tendrían unos 158 AVISAS que hacen el 43 % del total de la carga por años de vida saludables perdidos en el grupo.

En las personas entre 70 y 79 años se pierden 311 AVISAS por cada mil personas (34 % perdidos por discapacidad). La cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar con 48 AVISAS por cada mil personas.

En el grupo de 80 y más años se pierden 211 AVISAS por cada mil personas (21 % perdidos por AVPD), la enfermedad isquémica aporta 43 AVISAS por mil personas.

El limitado acceso a servicios de salud de calidad, incluidos la prevención y los servicios de diagnóstico clínico, junto con las dificultades para obtener los medicamentos esenciales, constituyen barreras importantes que contribuyen a la carga por enfermedades crónicas.

El costo promedio en servicios médicos ocasionado por un evento cardiovascular representa cerca de 12,8 millones de pesos (a precios del año 2003) y excede en cerca de 50 % a los costos generados por un paciente con enfermedad neoplásica. La letalidad general, entre quienes se vieron afectados por enfermedades de alta complejidad técnica, fue del 22 %. La tasa de letalidad específica fue de 47 % en la Insuficiencia Renal Crónica, 34 % en los pacientes con neoplasias y 11 % en las enfermedades cardiovasculares.

Las condiciones crónicas diagnosticadas por médico, según el grupo étnico, conservan posiciones similares a la distribución por edad, destacándose a los palenqueros como el grupo étnico con las mayores prevalencias, entre quienes se reportó las prevalencias más altas para alergias, epilepsia, diabetes, asma, úlcera en estómago o intestino e hipertensión. Este análisis en la población indígena conserva similar estructura, pero la úlcera ocupa el segundo lugar (6,7 %) desplazando a la hipertensión que fue la primera causa de condiciones crónicas para los gitanos (12,5 %) y los raizales (10,5 %) al igual que las alergias.

Las tres enfermedades que más costos generan en el sistema son las cardiovasculares, las neoplasias y la insuficiencia renal, las cuales representan el 65 % de los costos generados por las enfermedades llamadas catastróficas. El 30 % de los dineros destinados al tratamiento de enfermedades crónicas de alto costo se invirtieron en personas que fallecieron durante el tratamiento.

Ante este panorama el Gobierno Nacional a través del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 estableció como meta nacional, la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, como una gran oportunidad para lograr desde los sectores públicos y privados, implementar una política pública responsable que contribuya al bienestar físico, mental y social de la población, mediante la promoción del deporte, la recreación, la actividad física y la educación por ser considerados bienes públicos preferentes, socialmente necesarios, de manera especial para el desarrollo humano, el liderazgo, la convivencia y a la paz ciudadana.

Para alcanzar el desarrollo con equidad, en el sentido más amplio posible del bienestar, que incluya la felicidad, la salud y la nutrición, la sociedad requiere avanzar en la creación de oportunidades y el mejoramiento de las condiciones de vida para el desarrollo de la autonomía de las personas, familias y comunidades, junto con el ejercicio pleno del respeto por los derechos humanos y el cumplimiento de obligaciones del Estado, la Sociedad Civil y las organizaciones comunitarias.

Los estilos de vida saludables, como imagen objetivo para el desarrollo, son alcanzables a partir de habilidades, competencias y recursos, los cuales se traducen de manera concreta en bienes y servicios saludables, e infraestructuras y entornos saludables, y adicionalmente, se expresan en conocimientos, actitudes y prácticas proclives hacia la salud y la vida, en los entes territoriales.

Por ello, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad requieren de estrategias que garanticen el acceso de la población colombiana a bienes y servicios para la promoción, práctica y disfrute de la actividad física como una herramienta que contribuya al mejoramiento continuo de la calidad de vida, la

generación de espacios de inclusión, en donde se promueva el uso adecuado del tiempo libre y la cultura deportiva basados en el sentido de pertenencia, respeto por la diferencia y la tolerancia, requisitos necesarios para la consolidación de una cultura de paz sostenible, contribuyendo así al cumplimiento de las metas establecidas por el Gobierno nacional.

La primera causa de muerte, tanto en 2007 a 2009 como en 1997 a 1999, fue la enfermedad isquémica del corazón. Cuatro afecciones crónicas (enfermedad cerebrovascular, enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, diabetes e hipertensión) estuvieron entre las primeras 10 causas de muerte, seguidas por los homicidios, los accidentes de transporte terrestre, las afecciones originadas en el periodo perinatal y las enfermedades del sistema urinario. Los homicidios pasaron del segundo al tercer lugar (10,1 % de las defunciones en 1997 a 1999 y 7,1 % en 2007 a 2009). Las enfermedades infecciosas intestinales, que ocupaban el decimosegundo lugar en 1997 a 1999, dejaron de figurar entre las primeras 20 causas de muerte. (Guía # 3, Mortalidad).

180,0 160,0 140,0 120,0 100,0 80,0 60,0 40,0 20,0 0,0 0 - 5 - 10 - 15 - 20 - 25 - 30 - 35 - 40 - 45 - 50 - 55 - 60 - 65 - 70 - 75 - 80 y 4 9 14 19 24 29 34 39 44 49 54 59 64 69 74 79 mas

Gráfica 20. Mortalidad por homicidios, según sexo. Colombia, 2010

Fuente: Informe Forenses, 2011. Tasa por 100.000 Habitantes

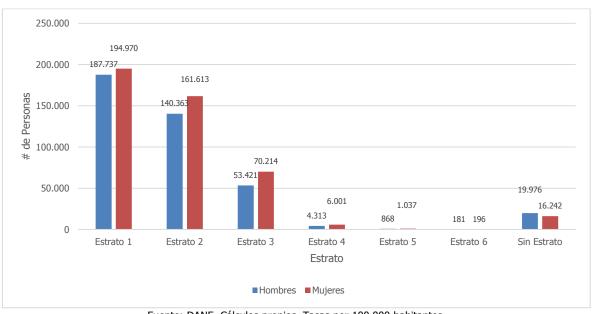
Se aprecia una sobre mortalidad en los hombres, en todas las edades, mucho más marcada en los grupos entre 15 y 40 años.



6. Discapacidad

Las estadísticas relacionadas con la discapacidad han adquirido notable importancia, no solo para la construcción de indicadores relacionados con la función, tal como ocurre con los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), sino también para la planificación urbana, ya que la integración social de las personas con ciertas limitaciones, es un derecho fundamental de las mismas, que les permita el completo disfrute del entorno tanto para el desarrollo personal como profesional. El concepto de funcionamiento, incluido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, mejor conocida como CIF²⁸, hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; igual el término discapacidad incluye las deficiencias, limitaciones en la actividad cotidiana, o restricciones en la participación social. Por lo tanto, la CIF permite al sector salud, en particular, y al ente territorial, en general, contar con datos e información sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo, en varios dominios, información útil para la planificación de los servicios y el entorno. Sin embargo, el desarrollo de las estadísticas en este dominio aún está en proceso de construcción y uso.

Gráfica 21. Discapacidad, todas sus formas, según estrato social y género. Colombia, 2010



Fuente: DANE. Cálculos propios. Tasas por 100.000 habitantes

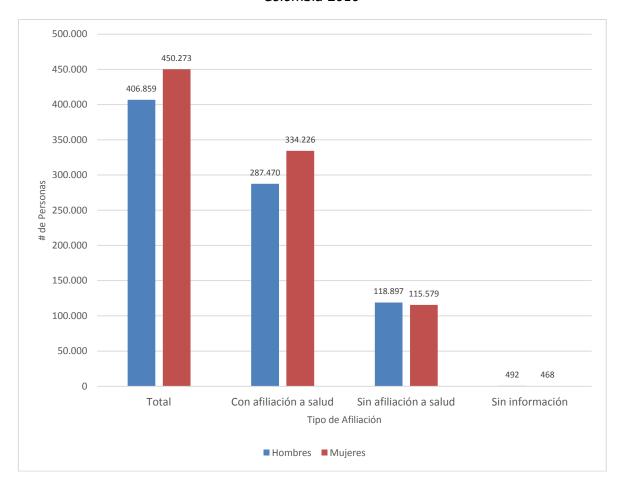
Línea 3 – Convenio 451/2012: Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo en como marco los determinantes sociales de la salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

²⁸ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIFOPS/OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.



Se observa que la frecuencia registrada es mayor en los estratos más pobres y entre las mujeres.

Gráfica 22. Población con discapacidad según tipo de afiliación y género. Colombia 2010



Fuente: DANE. Cálculos propios. Tasas por 100.000 habitantes



7. Respuesta social organizada

Se entiende por Respuesta Social Organizada a las acciones que desarrolla la sociedad civil para enfrentar los problemas de salud. La respuesta social está conformada por aquellas instituciones públicas o privadas que tienen relación con acciones esenciales de salud y empieza desde el momento en que las necesidades de salud de los diferentes grupos humanos son definidas. Son principios orientadores para la organización de la respuesta, la equidad, la calidad, la universalidad, el acceso, la tecnología y la productividad que permiten estimar los servicios requeridos para satisfacer tales necesidades. Estos componentes dan contenido a los sistemas de salud y permiten a las personas resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de autonomía y control sobre las circunstancia de su vida y ayudar a proporcionar apoyo básico y atención cuando están enfermos. La sensación que transmite en la población, la certidumbre de contar con una red de servicios eficaz y equitativa, y la sensación de satisfacción y bienestar suele incrementar la cohesión social.

Un análisis de los principales componentes, las relaciones y los efectos de los sistemas de salud es indispensable para mejorar su eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en la respuesta. Un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

Ante la complejidad del cuidado de la salud, todas las sociedades humanas han desarrollado diversas formas de respuesta. Gran parte de esta respuesta ha estado confinada al hogar y a la responsabilidad del núcleo familiar, como primer escenario. Aun hoy, la producción doméstica de servicios de salud sigue representando la fuente principal de cuidados, la cual absorbe una cantidad muy considerable de recursos económicos, gasto de bolsillo en salud, y tiempo sobre todo de las mujeres. El valor económico de este tiempo no suele incluirse en los cálculos sobre los costos de la atención a la salud, pero sin duda representa una aportación de primer orden al bienestar individual y colectivo.

Al lado de la persistente producción doméstica de servicios, se ha desarrollado un conjunto diferenciado de instituciones cuya función especializada es cuidar de la salud. El curso de la modernización ha incluido una transferencia gradual de responsabilidades de la familia a las instituciones hospitalarias convertidas en el vértice de una creciente pirámide de organizaciones y especialistas que aplican conocimientos y prácticas complejas sobre algún aspecto de la salud.

Por otro lado, este conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad *sui generis,* son una fuente importante de empleo y de ingresos para

un conjunto de profesionales, administradores, técnicos y auxiliares, quienes funcionan dentro de una complicada división social y técnica del trabajo. También son un canal para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de recursos económicos de la sociedad, tanto en el sector público como en el privado. Estas organizaciones son un escenario natural para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el ciudadano común entra en contacto con la ciencia; un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos sobre variables macroeconómicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; un ámbito por excelencia para la competencia política, grupos de presión y movimientos sociales. También aportan una serie de significados culturales para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia humana, tales como el nacimiento y la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación; un espacio donde se formulan muchas y se responden algunas de las preguntas éticas clave de nuestros tiempos.



8. Políticas, sistema de salud y protección social desempeño de los sistemas de salud

La responsabilidad social del ente rector en salud consiste en promover un modelo de atención que satisfaga las necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos poblacionales, teniendo en cuenta el contexto y la cultura local, esto exige un marco de referencia intercultural. La prestación de servicios de salud, social y culturalmente aceptables, es un tema central del quehacer del ente rector en salud, ya que los sistemas y servicios de salud representan la salidas –resultadosde todos los insumos sociales que entran al sistema y que se ponen en contacto directo con la población.

Uno de los principales obstáculos para que los servicios de salud alcancen sus resultados esperados lo representa la descoordinación y fragmentación de los servicios; por lo tanto, aquellos sistemas de salud que promueven la coordinación e integración de los mismos tiene mayor posibilidad de alcanzar los objetivos trazados. Se entiende por "integración" el grado en el cual las actividades se ejecutan dentro de un modelo organizado de tal forma que permita la sinergia de las acciones de los diferentes actores, para agregar valor a la intervención, más que la ejecución independiente de dichas actividades.

La organización y gestión de los servicios determinan, en gran medida, si los insumos conducen al logro de los resultados esperados medidos en término de mejoramiento continuo de la salud de la población servida. Durante la prestación de los servicios de salud se produce un fenómeno muy interesante, poco comprendido, que consiste en la interface con la población, que no puede ser reducido a una interacción entre un prestador y un paciente, y que al contrario, representa una compleja interacción que compromete a toda una red de servicios en un espacio-población, mediada por la cultura específica de dicho contexto. Por lo tanto, el término "Servicios de salud" comprende no solo la forma como se organiza y gestionan los recursos ofertados, sino también la forma como son utilizados por los diferentes grupos poblacionales y los cambios producidos en la salud de los beneficiarios, reconociendo que en esta compleja interacción la relación entre proveedores y usuarios está demarcada por una línea sutil, ya que los usuarios también son productores de su propia salud, a través de estrategias como la promoción de salud que promueve la adopción de conductas y estilos de vida saludables que preserven y mejoren la propia salud.

Los servicios de salud pueden ser clasificados de acuerdo con múltiples características y variables, una de ellas se refiere al grado de medicalización del mismo. Este tipo de servicio está caracterizado por el predominio de la atención

individualizada, por fuera de todo contexto, es la transacción clínica intensiva, modelo en el cual se da una gran asimetría en la relación entre el prestador y el usuario. Otra tipología de los servicios de salud es aquella en la que los servicios son orientados a la atención de la población como un colectivo, tales como los servicios basados en los principios de la atención primaria en salud (APS); muchos de estos servicios tienen a la familia, en su propio contexto, como centro de atención, esta última modalidad ha sido reconocida como adecuada para enfrentar la epidemia de ENT.

Es vital optimizar la articulación de los diferentes abordajes (integración) entre los diferentes proveedores, de manera que la duplicación de esfuerzos, la distorsión y desbalance entre las intervenciones ocurra lo menos posible. La diferencia en el tipo de abordaje, *per se*, no representa una barrera para el logro de los objetivos, es más, un servicio bien integrado y coordinado se caracteriza por una compleja combinación, en equilibrio, de los diversos abordajes, pero para que esto sea posible se precisa de un ente rector lo suficientemente fuerte como para que logre crear el ambiente y los mecanismos de coordinación necesarios para que los diferentes abordajes se realicen dentro del marco de un resultado esperado común, en el cual todos los actores sociales se apuntan.

Los tres principales problemas señalados, en este tema, son: 1. Ausencia de un modelo de atención descentralizado, claramente definido, que oriente las acciones, que trae como consecuencia fragmentación y segmentación de servicios con déficit en el acceso de la población y poca capacidad resolutiva debido a la insuficiencia en la capacidad instalada; estas características contribuyen a la pobre credibilidad y confianza de la población. 2. Déficit en el financiamiento institucional, que no permite la contratación de recurso humano competente y estable, que garantice la prestación de servicios de salud pertinentes y sostenibles, orientados a superar la pobre coordinación entre los diferentes prestadores, públicos y privados, actuales. 3. Ausencia de carrera sanitaria que haga atractiva la vinculación al Ministerio de Salud y mantenerse dentro del mismo, con estímulos suficientes para lograr una distribución equitativa en las regiones sanitarias; además, déficit de procesos de educación permanente que promuevan el fortalecimiento de las competencias del talento humano.

Es común que el sistema de salud se defina como la articulación de diversas organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, sin que se requiera que tales componentes se encuentren coordinados o integrados. Sin embargo, en el sentido más estricto, la definición de sistema incluye no sólo sus componentes principales, sino también las interrelaciones entre ellas.

Por lo tanto, un sistema no es cualquier conjunto de elementos sino un conjunto cuya esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes. En las



palabras de Rapoport, un sistema puede verse como "un haz de relaciones íntimamente interconectadas".

En el caso del sistema y servicios de salud, la tendencia hacia la complejidad creciente se ha acelerado durante las últimas cuatro décadas. En este periodo relativamente corto, los dispositivos sociales para el manejo de la salud han sufrido una transformación radical. Hoy en día, la mayoría de la gente entra en contacto —ya sea regular o esporádico— con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros, vacunas, medicamentos, equipos... —todo el vasto, complejo y diferenciado conjunto que se especializan en el cuidado de la salud.

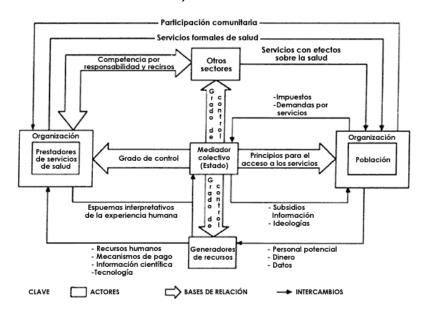
Respecto a las funciones, el sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como *el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud* de una población. Así, comprende al conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que se encargan, de movilizar *recursos* para transformarlos en *servicios* de salud, guiados por *políticas* e *información* acerca de las *necesidades* de salud y sobre el desempeño del propio sistema.

Esta serie de funciones de los sistemas de salud pueden entenderse mejor dentro de un marco relacional que especifique los principales actores involucrados, sus intercambios y las bases de su interrelación. Tal marco se presenta en la gráfica 23. En esencia, todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población.

La gráfica 23 permite comprender mejor la distinción sutil pero útil entre el sistema de *salud* y el sistema de *atención a la salud*. Tal como se usa comúnmente, este último es un concepto más estrecho que se restringe a los prestadores de servicios, a algunos generadores de recursos y al mediador colectivo. La categoría de sistema de salud abarca a todos los actores descritos, incluyendo la población y los otros sectores. Esta definición más amplia de los sistemas de salud otorga un mayor peso a la acción multisectorial y a la participación de la población.



Gráfica 23. Actores y mecanismos de funcionamiento de los sistemas y servicios de salud



Fuente:Frenk (1993)

En virtud de esta distinción, se ha dado una búsqueda casi universal de mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. La búsqueda es igualmente intensa tanto en los países ricos como en las naciones en vía de desarrollo. Junto con los motivos económicos y políticos, este proceso ha sido alimentado por la necesidad de encontrar respuestas a los complejos retos del mosaico epidemiológico actual y su tremendo impacto económico.

En sus aspectos medulares, el debate sobre el valor de los servicios de salud ha girado en torno al supuesto de que el principal producto de la atención es la reducción de la mortalidad prematura. De hecho, la mortalidad prematura se ha usado como el principal indicador de las condiciones de salud y, por lo tanto, como el criterio para comparar los efectos de la atención a la salud *versus* los otros determinantes. Sin embargo, por más sorprendentes que sean las intervenciones para salvar vidas, lo cierto es que forman parte mínima de lo que los sistemas de salud hacen y producen. Son otras variables, de mucho más difícil cuantificación que la mortalidad, las que reflejan el impacto del grueso de la atención a la salud. Algunos de los productos de la atención tienen que ver más con la calidad que con la cantidad de vida. Es el caso, por ejemplo, del alivio del dolor y el sufrimiento, así como de la corrección de la invalidez y deformidades anatómicas. Los servicios personales también generan algo que no suele reflejarse en las estadísticas de



salud, pero que puede tener importancia vital, como es el caso de la información que permite al paciente organizar la experiencia de su propio estado de salud, a fin de aliviar preocupaciones o de inducirlo a tomar más control sobre su salud.

Si la calidad de los servicios tiene un efecto propio sobre los niveles de salud. Es necesario, por lo tanto, adoptar una visión integral que guíe las políticas de salud para que éstas se orienten, simultáneamente, hacia el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida y la extensión de servicios, el control de los riesgos ambientales y la atención de los individuos, la promoción del bienestar social y la reparación oportuna de los daños a la salud. Esta visión integral justifica la necesidad de estudiar en detalle los sistemas de salud y de diseñar con cuidado las modalidades de la respuesta social organizada. Un sistema de salud equitativo y de alta calidad puede, a su vez, ayudar a dirigir el curso de la transición epidemiológica.

La Constitución Política de 1991²⁹ define a Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que implica garantizar los derechos sociales, tanto de índole individual como de orden colectivo, mediante su reconocimiento en la legislación y políticas activas de protección social (Pardo, et al., 2008). En concordancia, la Constitución establece en el Título II, de los Derechos Garantías y Deberes, en su Capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículos 48 y 49, los derechos a la seguridad social y a la atención en salud, como servicios públicos.

El artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. También señala la participación de los particulares para la ampliación progresiva de la seguridad social y la exclusividad y sostenibilidad de los recursos destinados a su financiamiento. Por su parte, el artículo 49 establece, entre otras, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, destacando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Asimismo, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalando que éstas tienen el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es un derecho que tiene el carácter de fundamental, de manera autónoma y por la conexidad con otros derechos que tienen dicho rango fundamental, como la vida, la dignidad humana y

_

²⁹ Colombia (xxx), Constitución Política [en línea:], disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.



la integridad, entre otros. Estas definiciones, tienen gran relevancia respecto a la aplicación de instrumentos de garantía de estos derechos y su impacto financiero en el sistema.

El centro del sistema de salud es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El régimen contributivo afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El régimen subsidiado afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010, la cobertura fue de 39,7 % y 51,4 % de la población total, respectivamente. Los regímenes especiales afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las Universidades públicas. En 2010, solo 4,3 % de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El régimen contributivo opera con base en una cotización de sus afiliados que corresponde a 12,5 % del ingreso, y es pagado en su totalidad directamente por el trabajador independiente o pensionado y, en el caso de un trabajador asalariado, por el empleado (4 %) y su empleador (8,5 %). El régimen subsidiado opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales.

La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las 72 entidades promotoras de salud (EPS), 71 públicas y 1 privada, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el plan obligatorio de salud contributivo o bien el plan obligatorio de salud para los afiliados al régimen subsidiado. En 2008, la Corte Constitucional ordeno la unificación de los planes de los dos regímenes.

Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago por capitación en el régimen subsidiado es 57 % inferior a la UPC. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios, públicas o privadas, que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que son contratadas por estas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aunque cotice en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, un segmento de la población de ingresos medios se ve obligado a acudir a la consulta privada y a hacer pagos de bolsillo.³⁰

Línea 3 – Convenio 451/2012: Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo en como marco los determinantes sociales de la salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

³⁰ Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud, 2009. Índice de satisfacción de los usuarios de salud. Bogotá, Defensoría del Pueblo, 2009.

El gasto total en salud en relación con el PIB se estabilizó variando de 6,2 % a 6,4 % entre 2006 y 2009, sin alcanzar los valores cercanos a 9 %, como entre 1996 y 1999, cuando el gasto público representó alrededor de 84 %. En el periodo 2006 a 2009, el gasto de bolsillo como proporción del gasto privado en salud se ha mantenido en 50 %.

Las premisas iniciales del aseguramiento contributivo (Ley 100 de 1993) fueron la existencia de un porcentaje bajo de desempleo y alto de trabajo formal, las cuales no se cumplieron; más de 50 % de la población está subsidiada por el Estado y la base contributiva se sustenta por el aporte de menos de 10 millones de personas. En marzo de 2010, el SGSSS contaba con 41.991.483 afiliados (92 % de la población), de los cuales 18.062.855 lo eran al régimen contributivo y 23.928.628 al subsidiado.

En el régimen subsidiado se ha puesto el énfasis en el aseguramiento de la población más vulnerable: 90,1 % de los niveles I y II del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales o SISBEN. Si bien el nivel de aseguramiento es alto, el acceso real a los servicios es muy limitado en algunos departamentos, particularmente en el litoral Pacífico. Un porcentaje de la población no conoce su situación de aseguramiento, no se le entrega la credencial correspondiente y, por lo tanto, no recibe atención cuando la requiere.

Las 72 EPS manejan 90 % de los recursos para la salud. Cada una diseña su red de prestadores de acuerdo con las condiciones del mercado, lo que puede significar que el usuario deba desplazarse largas distancias para obtener atención, o realizarse exámenes diagnósticos en sitios muy alejados entre sí. La ley 100 permite que las EPS se integren verticalmente con prestadores propios, lo que contribuye a la fragmentación del sistema.



9. Servicios de salud

Luego de la promulgación del documento 3204 del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2002), que definió la política de prestación de servicios para el SGSSS³¹, se ha fortalecido la inversión para refuerzos estructurales y en caso de sismos, con lo que se logró el mejoramiento de los hospitales ubicados en zonas de riesgo alto e intermedio, y se han transferido recursos para proyectos arquitectónicos y estudios de dotación, vulnerabilidad e inversión.

Se reestructuró un importante número de hospitales públicos y se cerraron otros por insostenibles frente a la competencia del mercado. Esto llevó a la conversión de ciertas instituciones prestadoras de servicios en empresas sociales del Estado, condición especial que les permite un régimen de administración privada para poder competir en la venta de servicios a las EPS. El financiamiento de las empresas sociales del Estado proviene mayormente de la venta de servicios a las EPS mediante pago por prestación. Entre 2002 y 2010 se modernizaron 243 hospitales públicos y se perfeccionó su capacidad de gestión, lo cual se tradujo en mayor satisfacción por parte de los usuarios de estos hospitales.

El Ministerio de Salud y Protección Social está elaborando un inventario sobre la capacidad instalada para responder a la demanda creciente de atención en salud representada por la epidemia de las ENT en el país.

Entre 2004 y 2009, el número total de instituciones prestadoras de servicios aumentó de 13.840 a 26.824 y el número de camas, de 52.475 (1,2 por 1000 habitantes) a 73.063 (1,6 por 1000). Las camas para cuidados intensivos aumentaron de 4985 (0,1 por 1000 habitantes) en 2004 a 9294 (0,2 por 1000) en 2009. El número de empresas sociales del Estado pasó de 4466 en 2004 a 4602 en 2009, y el número de camas públicas se mantuvo estable entre 2002 y 2009. En este periodo, el número de consultorios externos aumentó de 6134 a 8560, el de consultorios de urgencias de 1497 a 1850 y el de consultorios odontológicos, de 2817 a 3831.

Producto de la política de garantía de calidad de la atención se estableció el Sistema Único de Habilitación, por el que profesionales e instituciones prestadoras de servicios se obligan al cumplimiento de condiciones mínimas de calidad verificables. Además, el Sistema Único de Acreditación incentivó a 20 instituciones prestadoras de servicios a alcanzar voluntariamente estándares superiores de

Línea 3 – Convenio 451/2012: Fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la producción y gestión del conocimiento, teniendo en como marco los determinantes sociales de la salud (DSS) y las inequidades sociales y en salud, en territorios sociales seleccionados, con énfasis en las ENT y sus factores de riesgo.

³¹ Dirección Nacional de Planeación (2002) "Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad Social en salud y asignación de recursos del presupuesto General de la nación para la modernización de los hospitales Públicos", [en línea:], disponible en: https://www.dnp.qov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3204.pdf, recuperado: 28 de febrero de 2013.

calidad, y a que más de 100 empresas sociales del Estado estén en proceso de acreditación. Adicionalmente, se cuenta con un sistema de información para evaluar la calidad y con otro de puntuación para las instituciones prestadoras de servicios y las entidades promotoras de la salud.

El sector privado brinda más de 50 % de la provisión de servicios de salud, aunque en algunas zonas del país la oferta privada es escasa, lo que obliga al sector público a asumir la mayor parte de la responsabilidad en la prestación de servicios. Esta situación se manifiesta también en algunas prestaciones específicas, como la atención de urgencias, que se brinda mayormente en el sector público.

En el periodo 2002 a 2009, el número de consultas externas pasó de 20.188.000 a 35.740.000; el de consultas de urgencias aumentó de 6.054.000 a 11.841.000, los egresos hospitalarios pasaron de 1.607.000 a 1.794.000, y el volumen total de cirugías aumentó de 642.000 a 996.000.

Desde el 2000, la atención se monitorea a través del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), el cual, si bien ha mejorado la calidad del registro, tiene una cobertura de información limitada, ya que se usa fundamentalmente para el proceso de cobro de las prestaciones. Según este registro, las principales causas de consulta externa notificadas por los servicios son la enfermedad hipertensiva, las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades de las vías respiratorias superiores. Para las mujeres, las primeras causas de hospitalización se relacionan con el parto, en tanto que para los hombres son las causas no especificadas, la neumonía y las enfermedades del sistema digestivo.

El Ministerio de Salud y Protección Social elaboró normas para orientar el uso racional, el acceso, la calidad, la seguridad y la oportunidad de los medicamentos y dispositivos médicos; publicó la política farmacéutica nacional y expidió normas sobre buenas prácticas de manufactura, control y vigilancia sanitaria para los dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro. Esto permitió que los medicamentos y dispositivos cuenten con un registro sanitario, que sus importadores estén certificados y que los fabricantes deban respetar condiciones mínimas de fabricación.

El acceso a los medicamentos esenciales está considerado en los planes obligatorios de salud contributivos y subsidiados y en los programas para la atención de eventos de interés en salud pública. Sin embargo, la diferencia en el contenido de los planes obligatorios de salud provoca desigualdades en el acceso a medicamentos, dispositivos y otros insumos, lo que genera reclamos a la justicia y



presentación de recobros al Fosyga, calculados en poco más de 4 % del gasto total en salud.³²

En 2006, el mayor número de graduados correspondió a médicos (5,5 por 100.000 habitantes) y personal de enfermería (5,2 por 100.000), seguidos por bacteriólogos (1,5 por 100.000), odontólogos (1,4 por 100.000), instrumentistas (1,3 por 100.000), nutricionistas (0,3 por 100.000) y optómetras (0,2 por 100.000). (OPS, 2012).

Más del 80 % de los profesionales de la salud del sector público tiene relación laboral con su institución a través de tercerización; la Ley 2025 de 2011 marcó límites para esta modalidad de contratos, ya que en su Artículo 2°, estableció que a partir de la entrada en vigencia del artículo <u>63</u> de la <u>Ley 1429 de 2010</u>, las instituciones o empresas públicas y/o privadas no podrán contratar procesos o actividades misionales permanentes con Cooperativas o Pre cooperativas de Trabajo Asociado.

Los problemas identificados en el ASIS de las ENT, sugieren realizar un trabajo en varias direcciones:

- 1. La producción de "inteligencia en salud" mediante la implementación de un equipo interinstitucional, multidisciplinario y transdisciplinario, para el desarrollo del análisis de situación de salud y sus tendencias de las ENT (ASIS), con un enfoque de determinantes sociales de la salud, que permita identificar las brechas sociales y en salud que serán objeto de intervención como parte del compromiso de la responsabilidad compartida para el mejoramiento continuo de la salud, privilegiando los grupos marginados y excluidos. Sobre la base de un ASIS elaborado por los diferentes actores involucrados en el sector salud a nivel local, incluyendo los grupos poblacionales residentes en el área, se construirá el modelo de atención integrado, que como es de esperar, será una compleja mezcla de los diversos proveedores que existan en dicho nivel; en otras palabras, se tendrá un sistema de prestación de servicios de salud pluralístico, equilibrado, bajo la coordinación del ente rector, en el respectivo nivel.
- 2. Crear un ambiente de confianza para lograr la integración alrededor del modelo de atención, basado en los principios de la APS, requiere de la competencia para ejercer "gobernanza" por parte del ente rector, de manera que los diferentes proveedores acepten y se comprometan a

³² Defensoría del Pueblo. La Tutela y el derecho a la salud, 2009. Bogotá, Defensoría del Pueblo, 2010.

prestar sus servicios de acuerdo con ciertos resultados y metas comunes definidos en conjunto. El poder accionar a través de un modelo integrado no depende, solamente, de la voluntad y motivación de los proveedores, sino también del comportamiento y preferencias de los usuarios de los servicios, los cuales responden a una variedad muy amplia de incentivos y motivaciones.

- 3. Lograr acuerdos fundamentales para que el conjunto de prestadores de servicios de salud se sientan responsables por los servicios que prestan y por los que no prestan en un determinado espacio-población, de allí que el ente rector debe promover e insistir en que los servicios prestados estén orientados por la demanda –satisfacción de necesidades-detectadas durante el ejercicio del ASIS y no, exclusivamente, por la estructura de la oferta disponible en el respectivo nivel local.
- 4. Contar con un **sistema de información ágil y oportuno** es vital para la gestión de los servicios. Este sistema será como el sistema nervioso del sistema de salud sin el cual es muy difícil conducirlo y saber si se está o no, resultados esperados. Es necesario logrando los establecer procedimiento expedito para la captura, procesamiento, análisis y divulgación de la información, pues dicha información convertida en conocimiento (inteligencia en salud) es el insumo básico para la planificación de los servicios y para el monitoreo, evaluación e investigación dentro de las redes integradas de servicios de salud. Como los datos provienen de diferentes fuentes (unos de fuentes administrativas rutinarias y otros de encuestas periódicas), es importante definir el balance entre el conjunto mínimo de datos rutinarios necesarios y los datos recolectados mediante encuestas para soportar el proceso de tomar decisiones, evitando sobre costos en la obtención de la información.

La brecha existente entre la producción de conocimiento y la gestión del mismo para el fortalecimiento de los servicios ofrecidos debe cerrase al máximo, y para ello es necesario invertir en recurso humano competente y tecnología de punta en el área de la informática, ya que el sistema debe ser diseñado para dar respuesta a la necesidad de información y conocimiento tanto de los proveedores como de los usuarios.

5. Diseñar el modelo de prestación de servicios de salud, basado en la APS, como instrumento de integración en el cual todos los actores encuentren un espacio para actuar, sin amenaza ninguna, teniendo en cuenta que cuando se trabaja en forma coordinada e integrada, se requiere un proceso de adaptación a la nueva modalidad de trabajo, y en este

proceso suelen ocurrir cambios en la relación de poder y distribución de recursos, situación que puede originar tensiones entre diferentes actores. El liderazgo y gobernanza del ente rector es importante para resolver estas diferencias y tensiones y lograr desarrollar confianza y distribución adecuada de los territorios y población bajo la responsabilidad de cada uno de los prestadores, en función de sus competencias, de manera que no se sientan amenazados y se eviten las brechas en la prestación del servicio, ya sea por sobre oferta en alguna región y déficit en otra. El modelo requiere de una gestión transparente, abierta, flexible y participativa.

6. Asegurar el financiamiento del modelo, mismo que consiste en adquirir y distribuir los recursos financieros para garantizar la sostenibilidad del modelo; en esencia, lo que se persigue es asegurar el acceso a los servicios básicos a la vez que se proteja a las poblaciones más vulnerables contra las severas consecuencias derivadas del pago de servicios de salud, mediante el empleo de recursos económicos propios –pago de bolsillo-, lo que suele contribuir a aumentar las condiciones de pobreza de muchos hogares populares, por ello el financiamiento en salud debe ser soportado con valores tales como la equidad y la solidaridad.



10. Anexos

Anexo Nº. 1. Composición de los Territorios Sociales

Territorio Social (TS).

TS # 1: (7) Chocó, Córdoba, Sucre, Guainía, La Guajira, Vaupés y Vichada.

TS # 2: (8) Caldas, Cundinamarca, Quindío, Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Antioquia y Bogotá.

TS # 3: (9) Tolima, Boyacá, Norte de Santander, Atlántico, Huila, Meta, Arauca, Casanare y Putumayo.

TS # 4: (9) Magdalena, San Andrés, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Nariño, Amazonas y Guaviare.



Anexo Nº. 2. Territorios sociales (TS), distribución de las enfermedades cerebro vasculares (ECV) según el índice de GINI, de acuerdo con la Paridad del Poder Adquisitivo (PPA).

- TS # 1: Putumayo, Guainía, Chocó, Sucre, Amazonas y Nariño. 5,8 % de las defunciones por ECV.
- TS # 2: Guaviare, Magdalena, Norte de Santander, Caquetá, Cauca y Vichada. 10,6 % de las defunciones.
- TS # 3: Quindío, Córdoba, Boyacá, Risaralda, Huila y Bolívar. 19,9 % de las defunciones.
- TS # 4: Tolima, Cesar, Atlántico, Caldas, Arauca, Cundinamarca y La Guajira. 18,5 % de las defunciones.
- TS # 5: Meta, Valle del Cauca, Antioquia, Santander, Bogotá, San Andrés y Casanare. 45,2 % de las defunciones.