

# **SALUD PARA LA INCLUSIÓN Y LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL**

Sandra Rodríguez Acosta  
Rafael Tuesca Molina  
David García Torres

---

Los autores son, en su orden: docentes del Departamento de Economía, del Departamento de Salud Pública y del Departamento de Economía de la Universidad del Norte.

Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de Rafael Valencia, Javier Pérez, Jaime Bonet y Adolfo Meisel a una versión preliminar de este capítulo, así como a los demás asistentes al coloquio en la ciudad de Barranquilla.

Las opiniones expresadas en este capítulo son responsabilidad de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

*Entre 2008 y 2016 en la región Caribe el promedio de defunciones no fatales fue aproximadamente el 17,6% del total nacional. Si bien el total de defunciones sigue algunas de las tendencias observadas en las principales regiones y departamentos del país, el ritmo de crecimiento en la región Caribe es mayor que el promedio nacional. Analizar la situación de la salud en la región implica, entonces, conocer la capacidad del sistema para cerrar las brechas en salud, así como la oferta existente para solucionar dichos inconvenientes. En el presente capítulo se busca caracterizar las brechas existentes en materia de salud desde el lado de la demanda y oferta, durante los últimos diez años, tomando como referencia las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud. Este estudio encuentra que las principales circunstancias de morbilidad y mortalidad de la población en la región Caribe se asocian a condiciones que se pueden evitar con acciones de promoción y prevención. El análisis plantea una estrategia de intervención para cerrar brechas en salud, fundamentado en una gestión pública que se ocupe de la salud familiar, y una inversión para el período 2019-2030 que ascendería a USD 2.158 millones en la región Caribe. Esta intervención contempla las acciones integrales de promoción y prevención, y la construcción-dotación y mantenimiento de unidades de prestación de servicios de salud por departamento. Este tipo de estrategias permitirá reducir las brechas entre grupos sociales por condiciones que se considerarían innecesarias e injustas.*

## **1. INTRODUCCIÓN**

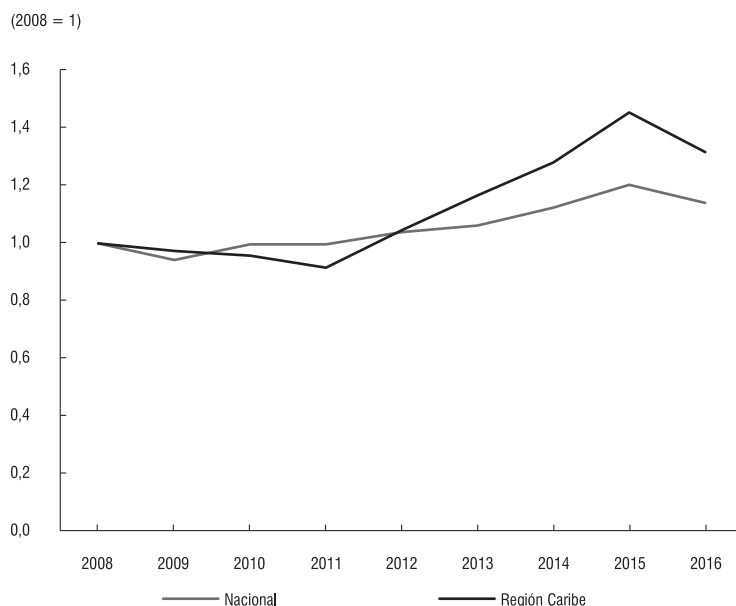
Las brechas en calidad y prestación de servicios en salud en Colombia han sido de los temas de política pública más discutidos en los últimos años, dadas las barreras y problemas estructurales asociados con la inequidad y eficiencia sectorial (Navarro *et al.*, 2006). Las barreras por el lado de la demanda son las que más contribuyen a no usar el servicio médico. No obstante, entre 2008 y 2012 se nota un incremento en la importancia de las barreras del lado de la oferta, atribuidas al funcionamiento del servicio de salud (Reina, 2017).

Han existido avances en materia de política en salud, principalmente reformas que buscan transformar el modelo de salud actual, enfatizando en cambios de prestación de servicios orientados más hacia la prevención y menos a la atención de enfermedades. No obstante, en las metas estimadas en el informe del Observatorio Así Vamos en Salud (2016), son persistentes las desigualdades y falta de control en las entidades del sector salud, lo que no ha permitido reducir diferencias locales ni departamentales.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2008 y 2016 se han reportado en el país 1.836.522 defunciones no fetales, cuyas raíces principales están asociadas a enfermedades no transmisibles y causas externas, como el homicidio o accidentes de tránsito. Teniendo en cuenta la clasificación agrupada 6/67 CIE-10 (OPS), las enfermedades de mayor frecuencia durante ese período fueron las relacionadas con el sistema circulatorio, principalmente las isquémicas del corazón, con el 15,2%, seguidas por los homicidios (8,2%) y las enfermedades cerebrovasculares (6,9%).

La región Caribe sigue una tendencia similar al total nacional, pero con tasas de crecimiento mayores del agregado de las principales causas desde 2012 (Gráfico 1), al mostrar los siguientes resultados: las enfermedades

**GRÁFICO 1. TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO DEL AGREGADO DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, TOTAL NACIONAL Y REGIÓN CARIBE, 2008-2016**

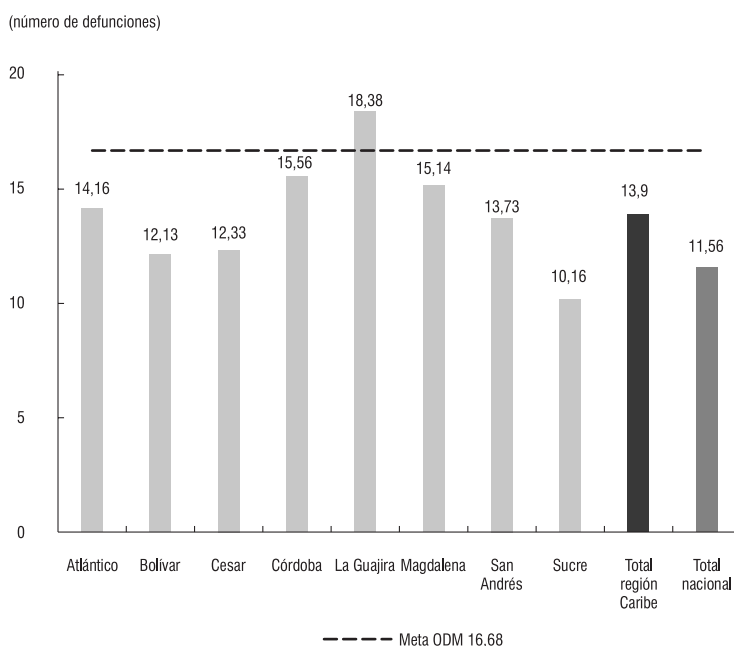


Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

isquémicas del corazón y cerebrovasculares con un 14% y 8%, respectivamente, seguido de los homicidios con un 6%.

En otros indicadores se ha encontrado, por ejemplo, que la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año para 2013 en la mayoría de las regiones fue cercana al nivel nacional (11,6 por 1.000 nacidos vivos); sin embargo, en la región Caribe se presentó una tasa superior en más de 2 puntos al promedio nacional: 13,9 por 1.000 nacidos vivos (Gráfico 2); aunque debe reconocerse que la tasa de mortalidad infantil ha venido disminuyendo en los departamentos del Caribe en un promedio del 20% desde 2009 (Observatorio Así Vamos en Salud, 2016). La mortalidad en menores de 5 años para 2013 se calculaba en 16,6 por cada 1.000 nacidos vivos aproximadamente, ubicándose por encima del promedio nacional: 14,2 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna, por su parte, asciende a 82,93 muertes por 1.000 nacidos vivos, 24 puntos por encima del promedio nacional (Observatorio Así Vamos en Salud, 2016).

**GRÁFICO 2. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS: TOTAL NACIONAL Y REGIÓN CARIBE, 2013**



Fuente: Observatorio Así Vamos en Salud (2016; con base en las estadísticas vitales del DANE).

Analizar la situación de la salud en la región implica conocer la capacidad del sistema para cerrar las brechas en este aspecto, así como la oferta existente para solucionar dichos inconvenientes. Son diferentes las metas y propósitos que se han planteado desde el gobierno central para mejorar las condiciones de salud de los colombianos, como el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En primer lugar, el PDSP establece 161 metas distribuidas en 21 objetivos prioritarios y 40 metas para cuatro objetivos transversales, muchos de los cuales se complementan con los ODS (Anexo 1).

Teniendo en cuenta las principales diferencias entre la región Caribe y el total nacional, este capítulo busca caracterizar las brechas existentes en materia de salud desde el lado de la demanda y la oferta durante los últimos diez años, comparándolas con lo esperado en las metas del PDSP. A partir de este contraste se establecen las intervenciones necesarias para lograr el cierre de brechas y se estiman los recursos de inversión necesarios para alcanzarlo.

El capítulo se divide en tres secciones adicionales. La segunda sección identifica las metas asociadas en los planes sectoriales en salud en el ámbito nacional para determinar las brechas que se presentan desde el lado de la demanda a partir de las estadísticas de mortalidad. En la tercera sección, desde el lado de la oferta, se busca analizar las principales brechas en la dotación para la prestación del servicio. Finalmente, se explora cuál podría ser un modelo integral de salud enfocado a la región Caribe, teniendo en cuenta las dinámicas locales y los actores institucionales que intervendrían en dicho modelo, así como establecer de manera formal los costos posibles de dicha intervención a partir de referentes nacionales e internacionales.

## **2. SITUACIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD**

### **2.1 METAS NACIONALES EN SALUD**

Durante el último decenio se han ejecutado diferentes medidas para reducir las brechas en salud. Una es el PDSP, 2012-2021, el cual, mediante la Ley 1438 de 2011, busca lograr la equidad en salud entendida como la “ausencia de diferencias entre grupos sociales, innecesarias, evitables e injustas” (Gómez y Caicedo, 2014). Por tanto, el plan decenal es la hoja de ruta para abordar estas prioridades de forma transversal a todos los componentes, estrategias y metas que están incorporadas tanto en los planes de desarrollo como en los planes territoriales de salud (Observatorio Así Vamos en Salud, 2016).

El PDSP plantea tres líneas operativas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública, que se distribuyen en 25 objetivos y 25 metas, con 403 estrategias que buscan que aspectos como la mortalidad infantil y materna, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud sexual y reproductiva, y las condiciones ambientales y de salud mental mejoren para disminuir los riesgos en salud de las personas. Para cada uno de los objetivos en el plan decenal se ha establecido una meta de referencia, teniendo en cuenta una línea base.

Por otro lado, los ODS hacen parte de una agenda internacional para dar continuidad a lo que se conocía como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>1</sup>. Los ODS son un conjunto de 17 objetivos y 169 metas globales que son adaptados de manera voluntaria por los países en sus agendas, tratando de generar un equilibrio en diferentes dimensiones como la económica, social y ambiental. El objetivo de salud está compuesto por nueve metas, que esperan alcanzarse en 2030 (Anexo 2).

El compromiso de Colombia con los ODS y el componente del objetivo 3 (salud y bienestar) busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. A la fecha se ha avanzado de manera global en algunos logros en la reducción de mortalidad materna e infantil para el país; sin embargo, en el contexto regional y rural aún no se logra impactar completamente. En los ODS para 2030 se han establecido nueve metas con énfasis en: reducción de mortalidad materna por debajo de 70 por cada 1.000 nacidos vivos; reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos; poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Teniendo como referentes el PDSP y los ODS, para el presente análisis se realiza una selección de metas prioritarias, como referentes para realizar la comparación regional, con la finalidad de caracterizar y poder plantear estimaciones de los costos del cierre de brechas, a partir de las metas del PDSP (Cuadro 1). En primer lugar, se agrupan las enfermedades prioritarias, teniendo en cuenta su prevalencia e incidencia sobre la población.

---

<sup>1</sup> Declaración del Milenio aprobada el 8 de septiembre de 2000, por los 189 Estados miembros de las Naciones Unidas, en el cual se reafirmó el propósito de tener un mundo pacífico, más próspero y más justo para todos los habitantes. Bajo los valores de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común se acordaron ocho objetivos clave, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2015).

**CUADRO 1. METAS PRIORITARIAS PARA EL ANÁLISIS REGIONAL**

ÁREA ESTRATÉGICA	METAS SELECCIONADAS
Mortalidad infantil	Reducir a cero la mortalidad neonatal y perinatal, la sífilis congénita y VIH, mortalidad por Sida evitable por no acceso a tratamiento antirretroviral.
	Disminuir los riesgos por enfermedades inmunoprevenibles, logrando alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos, principalmente en niños, erradicando enfermedades como poliomielitis, y consolidar la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meningea, hepatitis A y B, neumococo, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.
	Reducción progresiva de la mortalidad por infección respiratoria aguda (incluida neumonía), buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de 5 años.
	Reducir las muertes por desnutrición en menores de 5 años por debajo de 6,7 por 100.000 casos.
Enfermedades no transmisibles	Reducir la mortalidad prematura en el 25% en población entre 30 y 70 años, en causas como: cáncer invasivo de cuello uterino, cáncer de mama, leucemia linfática aguda, así como las enfermedades asociadas a síndromes metabólicos.
Enfermedades transmisibles	Reducir progresivamente la mortalidad por tuberculosis, malaria y el dengue a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes.
Salud mental y violencia	Disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
	Reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.
	Disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal e intrafamiliar <sup>a</sup>

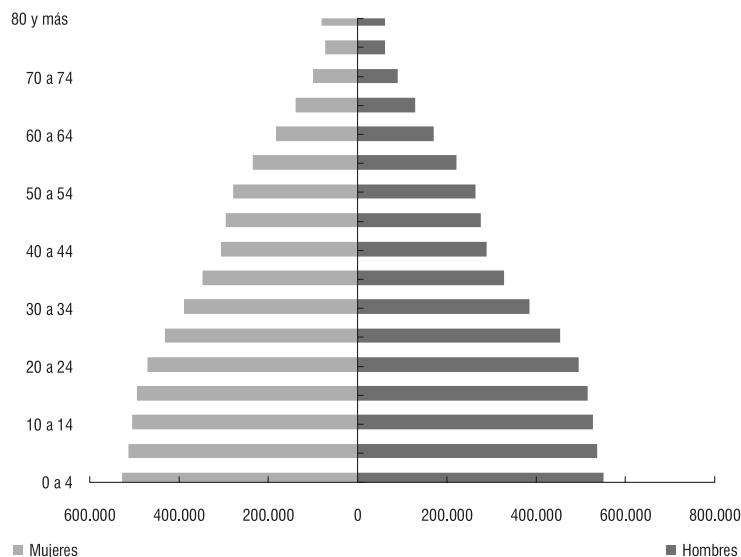
<sup>a</sup> Este indicador también plantea que a 2021 el 100% de los municipios del país implementen y operen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.

Fuentes: PDSP y ODS.

**2.2 DEMOGRAFÍA Y CONDICIONES DE SALUD EN EL CARIBE**

A diferencia de la composición de la pirámide poblacional nacional, el Caribe presenta un porcentaje de población mucho más joven, donde cerca del 56% no supera los 30 años (Gráfico 3).

La edad promedio en que las mujeres del Caribe tienen sus hijos es de 26,4 años, frente al promedio nacional, que se sitúa en 27,8 años. La tasa natural de crecimiento de la población en la región es 15,22 por cada 1.000 habitantes, la cual disminuyó durante los últimos diez años. Para el total nacional la tasa de crecimiento poblacional alcanza los 13,03 por cada 1.000 habitantes, señalando que la región tiene un crecimiento poblacional mayor con respecto al promedio nacional, al ser de 10,9 por cada 1.000 habitantes. La tasa bruta de natalidad regional es cercana a los 20,8 por cada 1.000 nacidos vivos, y en el nivel nacional es de 18 por cada 1.000 nacidos vivos. Por otro lado, la tasa bruta de mortalidad en el Caribe es de 5,6 por cada 1.000 habitantes, similar al índice nacional, que es de 5,9 por cada 1.000 personas.

**GRÁFICO 3. REGIÓN CARIBE: PIRÁMIDE POBLACIONAL, 2017**

Fuente: DANE; cálculos de los autores.

Se espera que, de acuerdo con la tasa de reproducción neta por mujer, una mujer en la región tenga 1,2 niños, mientras que para el total nacional sea de 1,09 niños en su vida. La esperanza de vida al nacer entre 2015 y 2020 para la región es de 74,9 años y en el ámbito nacional de 76,2 años. Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres en la región, 77,2 años frente a 71,9 años. En el país el índice de expectativa de vida es de 79,3 para las mujeres y 73,1 para los hombres. Por cada 1.000 niños nacidos vivos mueren 29,2, cifra que se ha reducido substancialmente, pero está muy por encima al índice nacional, que es de 15,1 (Cuadro 2).

Según el DANE, en Colombia 1 de cada 5 madres es adolescente. En la región Caribe el 16,7% de las mujeres entre 15 y 19 años ha tenido hijos, y el 4,4% estaba embarazada por primera vez en 2015, siendo los departamentos de La Guajira y el Cesar los que mayores porcentajes con embarazos adolescentes registraron, con 25,8% cada uno. El Caribe es la segunda región con mayores casos de embarazo adolescente después de la Orinoquia, por encima de la región central.

**CUADRO 2. REGIÓN CARIBE: ÍNDICES DEMOGRÁFICOS, 2005-2020**

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	2005	2015	2020
Relación de masculinidad (por cien mujeres)	99,75	100,00	99,97
Relación de dependencia (por mil)	663,08	581,31	562,91
Relación de niños por mujer	0,46	0,41	0,39
	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Edad media de la fecundidad (años)	26,69	26,58	26,48
Crecimiento natural (por mil)	18,09	16,66	15,22
Tasa media de crecimiento (exponencial)	14,38	13,85	12,94
Tasa bruta de natalidad (por mil)	23,38	22,04	20,83
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	5,30	5,38	5,61
Tasa de migración neta (por mil)	(3,82)	(2,88)	(2,32)
Tasa global de fecundidad (por mujer)	2,92	2,74	2,60
Tasa general de fecundidad (por mil)	92,13	87,19	83,29
Tasa de reproducción neta (por mujer)	1,35	1,28	1,21
Esperanza de vida al nacer (hombres)	71,04	71,56	71,90
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	75,94	76,69	77,23
Esperanza de vida al nacer (total)	73,78	74,45	74,91
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	32,27	30,69	29,15

Fuente: DANE (estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad, 30 de junio de 2017).

**2.2.1 EL CONTEXTO DE LA SALUD EN EL CARIBE**

En el ámbito regional aún existe un porcentaje importante de personas en condiciones de pobreza con respecto a la tendencia nacional, principalmente en las regiones Caribe, Pacífica y Central. A 2016 aproximadamente el 26,4% de las personas en la región Caribe se encontraba en condiciones de pobreza multidimensional, si bien se ha reducido en cerca de 8 puntos porcentuales (pp) desde 2010, aún no se logra la meta propuesta desde el Plan de Desarrollo 2010-2014.

En cuanto a los facilitadores del acceso según los cálculos de la *Encuesta nacional de calidad de vida* (ENCV) de 2016, en el país cerca del 95% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS): el 50,1% al régimen contributivo y el 49,7% al subsidiado (Cuadro 3). De los 2,1 millones de personas no afiliadas al sistema, el 21% se ubica en la región Caribe, lo que corresponde al 4,3% de la población total.

En la región Caribe, según la ENCV, a 2016 el 95,3% de la población se encontraba afiliada al sistema de salud, aproximadamente 6,7 millones de personas en el régimen subsidiado, equivalentes al 63% de la población total en la región y al 29,4% de la población subsidiada en el país.

**CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR DEPARTAMENTO DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL SGSSS, 2016 (PORCENTAJE)**

REGIÓN	PORCENTAJE DE AFILIACIÓN			COBERTURA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN		
	AFILIADOS	NO AFILIADOS	NS/NR	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NS/NR
Total	95,40	4,40	0,20	50,1	49,7	0,2
Caribe	95,30	4,30	0,30	31,7	63,4	0,2
Oriental	94,90	4,90	0,20	48,1	51,7	0,2
Central	95,60	4,20	0,20	44,1	55,8	0,1
Pacífica (sin Valle del Cauca)	95,10	4,80	0,10	18,3	81,5	0,2
Bogotá	94,90	5,10	0,00	79,8	20,1	0,1
Antioquia	97,10	2,60	0,30	60,2	39,5	0,3
Valle del Cauca	94,50	5,30	0,20	61,8	38,1	0,1
Orinoquia-Amazonia	96,50	3,10	0,50	34,7	65,1	0,2

Fuente: DANE (*Encuesta nacional de calidad de vida*, 2016).

## 2.3 CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD EN EL CARIBE COLOMBIANO

En esta subsección se busca identificar las brechas en salud, a partir de las causas más comunes de muertes asociadas a enfermedades. La hipótesis principal en la cual se enmarca el estudio plantea que el avance territorial en salud ha sido lento y difícil debido a las disparidades departamentales, sumadas a los problemas de calidad en la oferta. La literatura ha identificado los problemas de calidad y eficiencia en el sector salud, pero muy pocos estudios cubren análisis de brechas (Rodríguez y Baca, 2007; Quintero *et al.*, 2009).

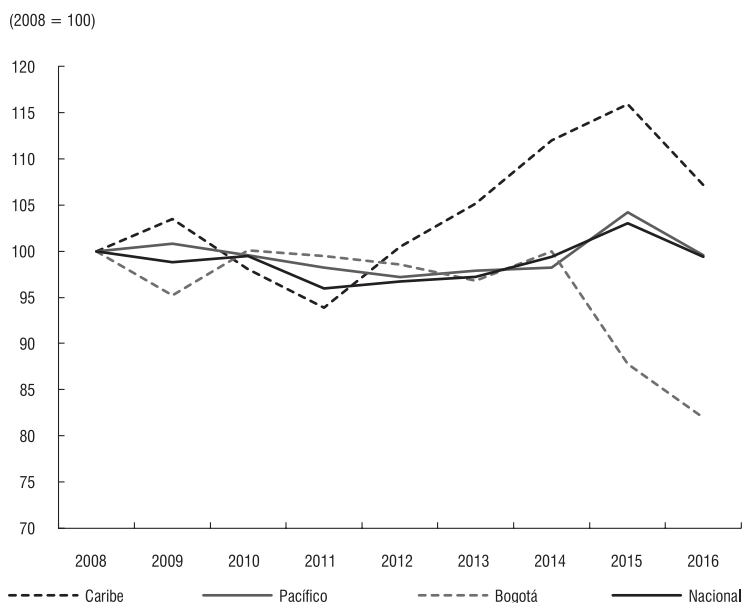
La metodología utilizada aquí se construye a partir de las metas prioritarias señaladas en el Cuadro 1, y se realiza la comparación del total regional con la tendencia nacional. Para identificar las brechas, se agrupan las unidades departamentales de forma homogénea dadas las características comunes, se fijan las metas al año 2021 y se analiza la tendencia hasta ese momento, teniendo en cuenta la distancia estadística del promedio con respecto a la meta (DNP, 2014). Si la tendencia de crecimiento es mayor a la meta fijada, existen dificultades para cerrar las brechas; por el contrario, si el ritmo tendencial sigue una senda hacia la meta, es posible cerrar las brechas intrarregionales con respecto al promedio nacional. En primer lugar, se analizarán las cinco causas de muerte de mayor frecuencia en los departamentos de la región, y luego se verificarán las prevalencias de mortalidad según las metas seleccionadas.

### 2.3.1 ANÁLISIS DE MORTALIDAD

#### 2.3.1.1 CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Entre 2008 y 2016 en la región Caribe el promedio anual de defunciones no fatales fue de 35.792, aproximadamente el 17,6% del total nacional, con una tasa promedio de 356,2 muertes por cada 100.000 habitantes. Si bien el total de defunciones sigue tendencias similares a las de las principales causas de muerte por regiones y departamentos, el ritmo de crecimiento en la región Caribe es mayor que el del promedio nacional (Gráfico 4). Esto se evidencia a partir de 2011, cuando la tendencia es creciente para las principales causas de muerte por enfermedades metabólicas no transmisibles, acentuando el problema de la crisis en salud pública dadas las condiciones asociadas con la falta de atención y prevención por ausencia de inversión en el sector (Cabalero, 2012).

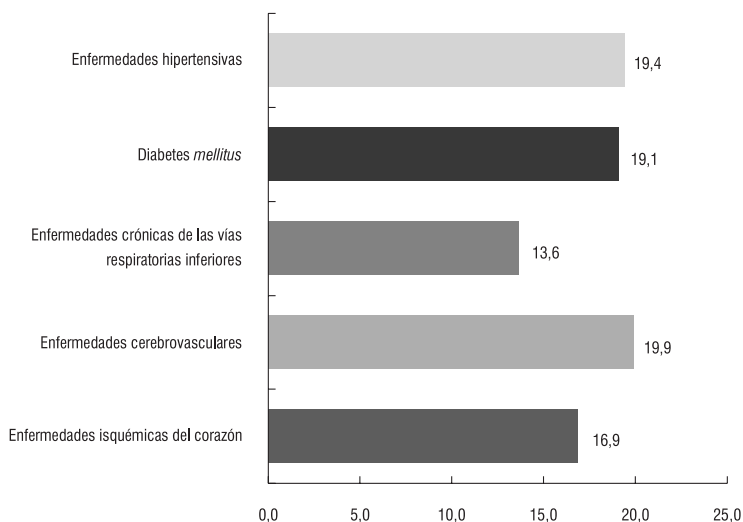
**GRÁFICO 4. COLOMBIA: TASA DE CRECIMIENTO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, 2008-2016**



Nota: dadas las diferentes tipologías y causas de mortalidad, no se tienen metas establecidas para el total de defunciones no fatales. Los datos de 2016 son preliminares. El DANE agrupa las causas de defunción en 105 comunes, y toma como referente los códigos CIE-9 y CIE-10. Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

Las cinco causas más frecuentes de defunción por muertes no externas<sup>2</sup> en el país se relacionan con las enfermedades metabólicas, como las isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, diabetes *mellitus* y enfermedades hipertensivas. En la región Caribe la tendencia de las defunciones es similar a la nacional, y representa alrededor del 19% de las enfermedades señaladas (Gráfico 5). Las cinco principales causas de muerte representan aproximadamente el 6% del total nacional, y el 32% de las defunciones en la región.

**GRÁFICO 5. REGIÓN CARIBE: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES, PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL NACIONAL POR TIPOLOGÍA DE ENFERMEDAD, 2008-2016**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

Primero están las enfermedades isquémicas del corazón que se han venido incrementando desde 2011, pasando de 64,68 a 73,11 muertes por cada 100.000 habitantes. La tasa de muertes por enfermedades isquémicas del corazón estaba en 73,1 para el total nacional y para el Caribe en 57,9, con una tendencia a la disminución hasta 2011 y, posteriormente, incrementándose 1,3 veces (Gráfico 6). La meta propuesta para las enfermedades no transmisibles del tipo metabólicas, busca que se reduzca la mortalidad prematura en

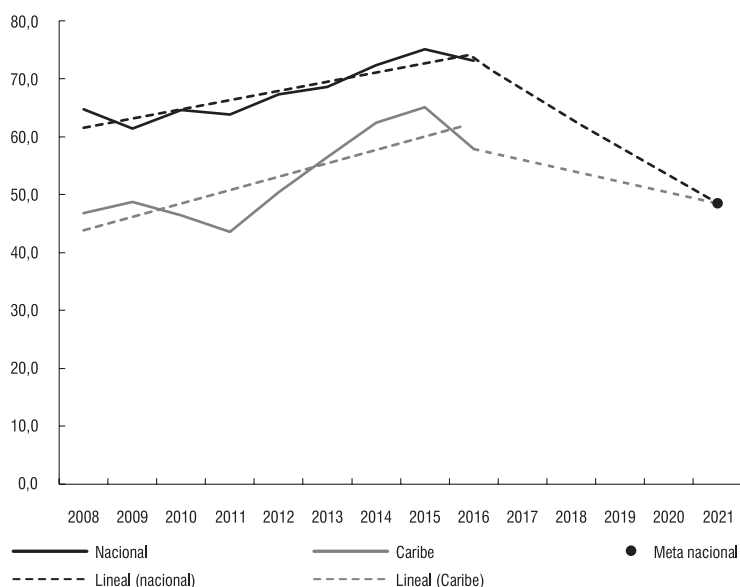
<sup>2</sup> Las muertes por causas externas o accidentales se asocian a accidentes, homicidios y suicidios, las cuales son la segunda razón de muerte en el país.

el 25% en población entre 30 y 70 años. Según los cálculos, se espera que a 2021 la tasa de muertes por enfermedades isquémicas del corazón en la región Caribe sea aproximadamente de 35 muertes por cada 100.000 habitantes, y la tasa nacional de 48,51 muertes por cada 100.000 habitantes. Se espera que la región por lo menos alcance la meta nacional, la cual es cercana a 19,6 por cada 100.000 habitantes, cerrando la brecha sobre la diferencia promedio de muertes por esta causa, dada su tendencia creciente a partir de 2011.

El departamento del Atlántico es el que mayores tasas de muertes por enfermedades isquémicas posee. El promedio es de 70,69 por cada 100.000 habitantes, y se ha incrementado 1,8 veces a partir de 2011. En segundo lugar está Bolívar, en el cual las defunciones por esta causa se han incrementado 1,2 veces, y el promedio de muertes es de 40,5 por cada 100.000 habitantes. En Cesar el incremento desde 2011 fue de 1,3 veces, con un promedio de defunciones de 48,6 por cada 100.000 habitantes. Para Córdoba, si bien el incremento en las enfermedades isquémicas también fue de 1,3, la tasa de defunciones promedio es de 52,5 por cada 100.000 habitantes.

La tendencia de las defunciones en el departamento de La Guajira es diferente al resto del Caribe. Hasta 2012 existió una disminución sustancial de la tasa de muertes por enfermedades isquémicas, pasando de 21,8 a 14,9 por

**GRÁFICO 6. ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016**



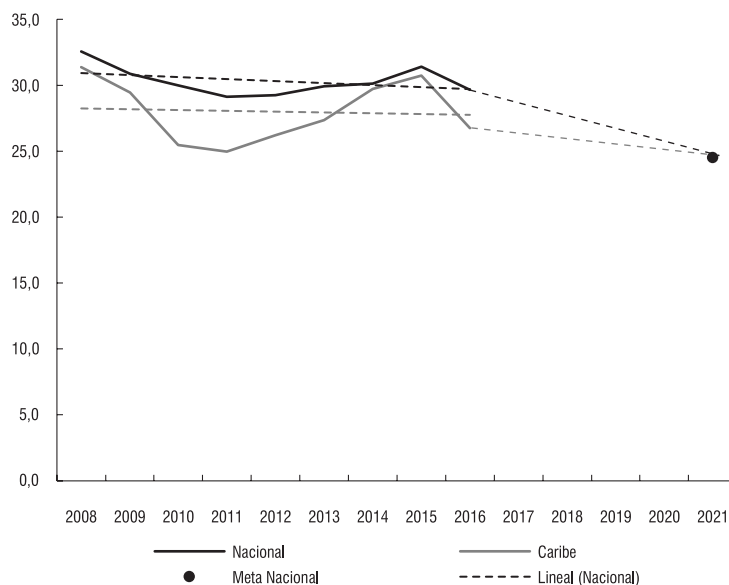
Nota: los datos de 2016 son preliminares.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

cada 100.000 habitantes; sin embargo, a partir de 2013 se incrementan, alcanzando 21 por cada 100.000 habitantes. En Magdalena se registraron 7.040 muertes entre 2008 y 2016, el 14% de las cuales fueron por esta afección en la región. Sucre presentó 10.908 muertes por las cinco principales causas entre 2008 y 2016, lo que representó el 17,7% de las causas en la región, con una tasa promedio de 61,7 muertes por cada 100.000 habitantes, incrementándose a partir de 2011 en 1,3 veces. Por último, en San Andrés y Providencia, la principal razón continúa siendo las enfermedades isquémicas del corazón, con un promedio de 22,78 muertes por cada 100.000 habitantes, un incremento de 1,7 veces el número de defunciones, y una variación del 26,16%.

La segunda causa de muerte son las enfermedades cerebrovasculares, que mantuvieron en la región Caribe una tendencia decreciente hasta 2011, cercana a las 25 muertes por cada 100.000 habitantes (2 puntos por debajo del promedio nacional), para luego incrementarse hasta 2015, alcanzando las 28 muertes por cada 100.000 habitantes. La meta calculada para el promedio nacional es de 24,4 decesos por cada 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta la tendencia de 2016, parece viable alcanzar esta meta en el tiempo señalado, dado que las distancias con respecto a la meta corresponden a 5,21 y 2,37 muertes por cada 100.000 habitantes, para el nacional y la región, respectivamente (Gráfico 7).

**GRÁFICO 7. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

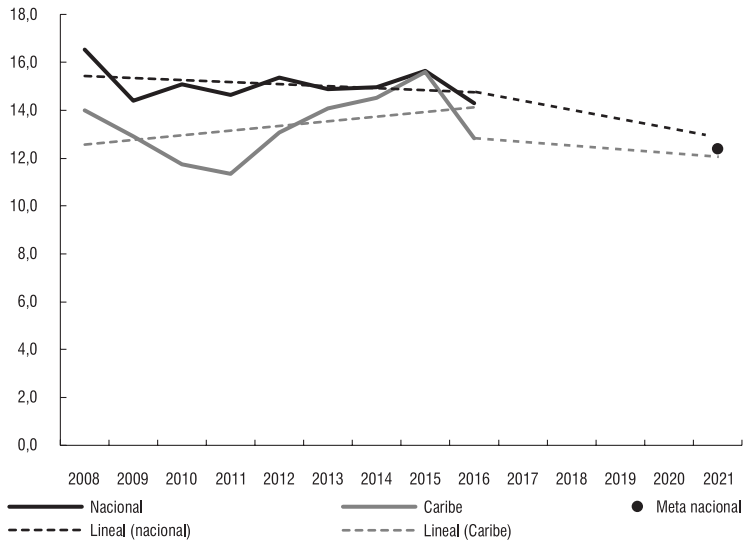
La dinámica territorial señala que para Atlántico los decesos disminuyeron, al pasar de 43,4 a 31,8 muertes por cada 100.000 habitantes; en Bolívar el promedio de muertes es de 26,5 por cada 100.000 habitantes; para el Cesar fueron de 23,05 muertes por cada 100.000 habitantes en promedio; en Córdoba fueron 31,1 muertes por cada 100.000 habitantes; en La Guajira las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía estuvieron en niveles similares de muertes, mostrando un promedio de siete muertes por cada 100.000 habitantes; en Sucre el 9% las defunciones se debió a esta causa, la cual exhibió una tasa promedio de 34,03 muertes por cada 100.000 habitantes; por último, en San Andrés las defunciones fueron 12 por cada 50.000 habitantes (Anexo 3).

La tercera causa de muerte asociada a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores presentó una tendencia similar a la de las tasas nacionales. La meta calculada es de 19,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Desde 2011 se presentaron incrementos similares en todos los departamentos de la región, cercanos al 1,4. Cesar es el que mayor promedio de defunciones registró, cercanas a 19,1 muertes por cada 100.000 habitantes en promedio durante el período analizado, seguido de Atlántico con 18,5 muertes por cada 100.000 habitantes. Hay que tener en cuenta que esta es una de las enfermedades de mayor prevalencia en la región, y se espera que por lo menos se mantenga por debajo de la tendencia nacional.

La diabetes *mellitus*, asociada con las afecciones crónicas de excesos de glucosa en la sangre, es la cuarta causa de muerte no externa en Colombia. Esta enfermedad acaba con la vida de más de 7.000 personas por año, lo que significa una tasa promedio de 15 muertes por cada 100.000 habitantes en el país. En la región Caribe se registraron aproximadamente 1.340 muertes por año, con una tasa promedio de 13,34 muertes por cada 100.000 habitantes. Esta enfermedad también experimentó un crecimiento sustancial a partir de 2011 cercano al 40%. La meta calculada es de 12,3 muertes por cada 100.000 habitantes para el país, con una tendencia de crecimiento para la región que converge hacia la meta nacional (Gráfico 8). Atlántico y Sucre son los que mayores tasas de muerte por 100.000 habitantes tienen, aproximadamente de 15,6, con un promedio de 360 y 160 muertes por año (Anexo 4).

Por último, el grupo de enfermedades hipertensivas son las que han presentado mayor ritmo de crecimiento en el país. Se han incrementado 1,2 veces en promedio nacional y 1,4 veces en el regional. El número de defunciones en promedio por año para el total nacional es de 6.994 y de 1.358 en la región Caribe, lo que representa una tasa promedio de 14,7 y 13,4 muertes por cada 100.000 habitantes (Gráfico 9).

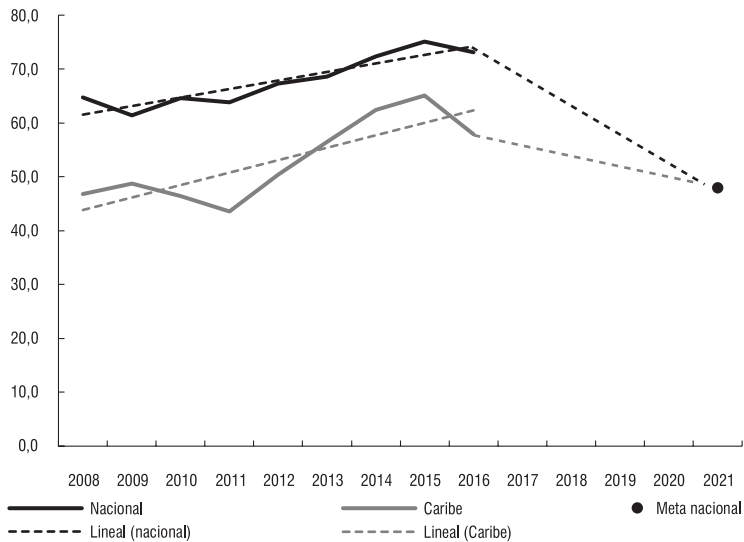
**GRÁFICO 8. DIABETES MELLITUS POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016**



Nota: los datos de 2016 son preliminares.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

**GRÁFICO 9. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016**



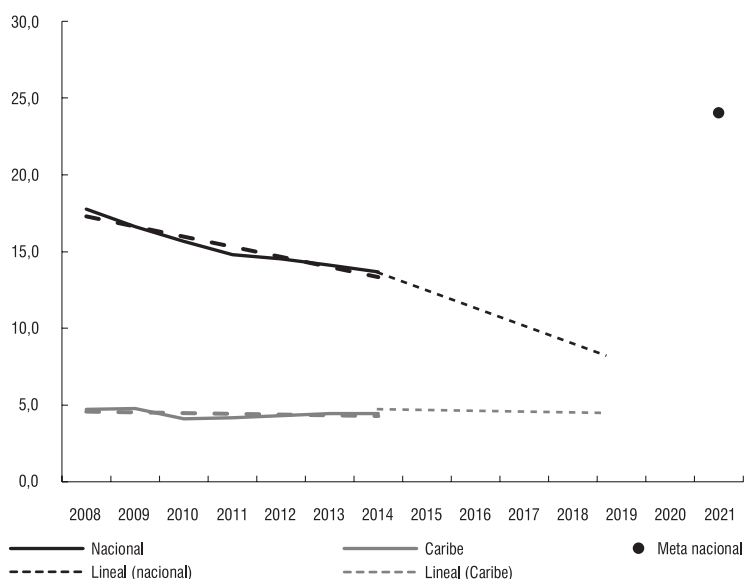
Nota: los datos de 2016 son preliminares.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

### 2.3.1.2 MORTALIDAD INFANTIL: PERINATAL Y MENORES DE 5 AÑOS

Las muertes en menores de 1 año se han considerado inequitativas por tener raíces evitables, injustas e innecesarias. La región Caribe ha tenido una tendencia estable, y menor al promedio nacional, explicada principalmente por los planes de cobertura en vacunación (Gráfico 10). Pese a esto, aún existen deficiencias principalmente en los departamentos de La Guajira, Córdoba, Magdalena y Atlántico.

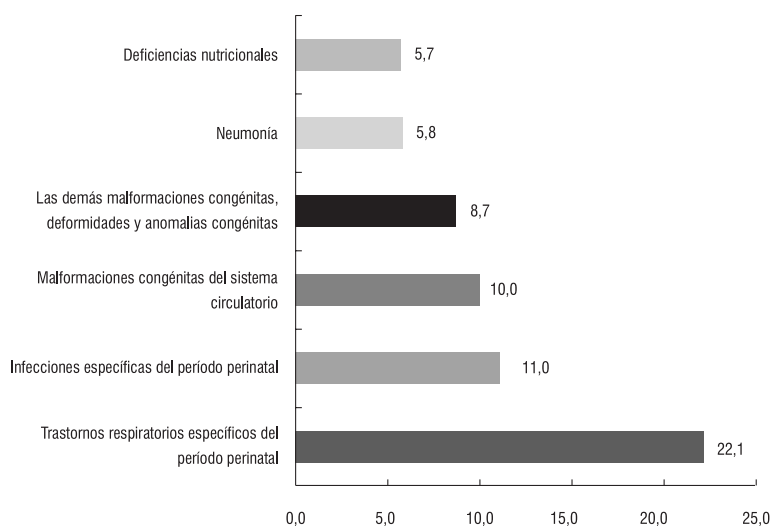
**GRÁFICO 10. MORTALIDAD INFANTIL, TASA POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS, CARIBE Y TOTAL NACIONAL, 2008-2014**



Fuente: DANE (estadísticas vitales); cálculos de los autores.

Entre 2008 y 2014 se registraron 21.010 casos de muertes infantiles, con una tasa promedio de 17 por cada 1.000 nacidos vivos. La principal causa de muerte infantil regional está asociada con los trastornos específicos del período perinatal, los cuales representan el 22,1% de las defunciones, seguidos de las infecciones específicas del período perinatal, las cuales son enfermedades virales congénitas, entre otras infecciones, y representan el 11% de las muertes; le siguen malformaciones congénitas del sistema circulatorio con 10%; otras malformaciones congénitas con 8,7%, y neumonía y deficiencias nutricionales con un 5,8% y 5,7%, respectivamente (Gráfico 11).

**GRÁFICO 11. REGIÓN CARIBE: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL, PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL NACIONAL, 2008-2014**



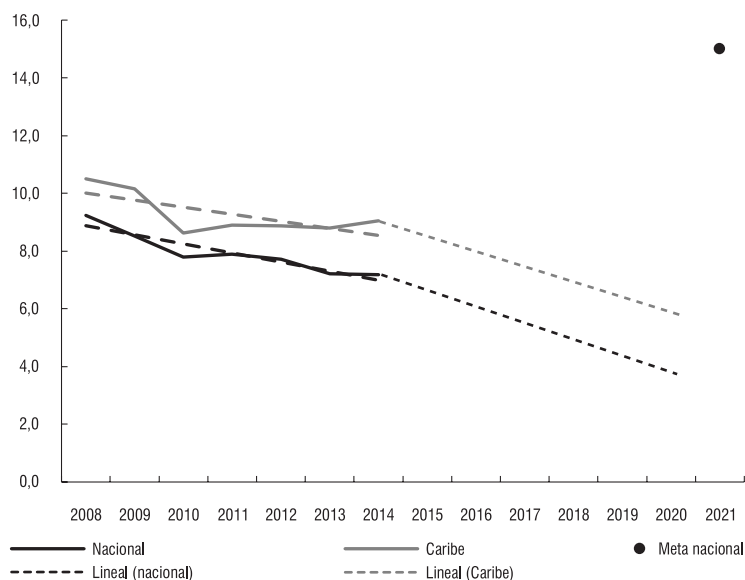
Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

En Colombia se ha presentado una marcada disminución de la mortalidad infantil gracias al diseño de políticas públicas enfocadas a mejorar la salud de los niños, como son los Programas de Atención a la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Crecimiento y Desarrollo, Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y la Atención Integral a la Primera Infancia, el cual contempla la atención hasta los 5 años de edad (Observatorio Así Vamos en Salud, 2016). Para el análisis se revisaron las metas en tres ejes prioritarios propuestos por el PDSP, los cuales son: reducción de las enfermedades prevenibles y tratables, enfermedades respiratorias y deficiencias nutricionales. En consecuencia, los hallazgos para la región Caribe reflejan el cumplimiento de las metas; sin embargo, la región posee una tasa mayor al promedio nacional (Gráfico 12, Anexo 5). Gran parte de esta tendencia se explica por las enfermedades respiratorias y aspectos nutricionales.

La primera meta es reducir a cero la mortalidad neonatal y perinatal, la sífilis congénita y VIH, y la mortalidad por sida evitable por no acceso a tratamiento antirretroviral. Estas infecciones son importantes problemas de salud pública que afectan a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y, por extensión, al conjunto de la comunidad en América Latina y el Caribe (ALC) (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

**GRÁFICO 12. COLOMBIA: MORTALIDAD NEONATAL, 2008-2014**

TASA POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS



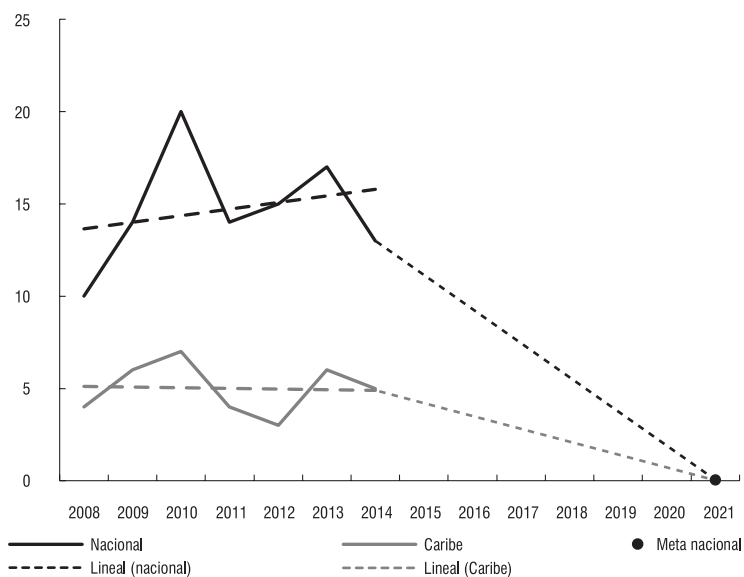
Nota: información disponible en microdatos hasta 2014.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

En el total nacional el número de defunciones promedio por sífilis en recién nacidos y menores de un año es de 14,7 muertes por año, con una tendencia de crecimiento cercana a los 4 pp; para el Caribe el promedio de muertes por sífilis entre 2008 y 2014 es de 5 casos por año, con una tendencia estable de crecimiento cercana a los 2 pp (Gráfico 13, Anexo 6).

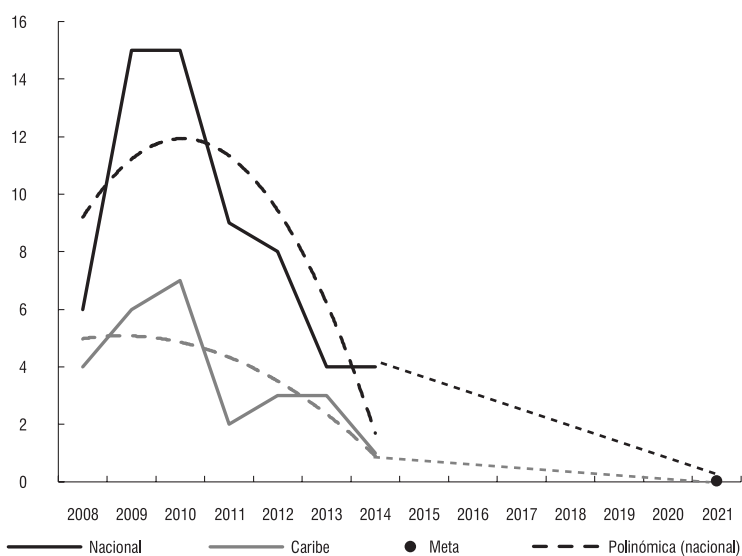
Por otro lado, la tendencia de los casos por VIH y sida evitables tiende a reducirse sustancialmente, alcanzando una reducción de 4 pp en el nivel nacional y de 1 pp en la región (Gráfico 14). Esta es una de las tendencias más importantes a resaltar, ya que como señalaba Quintero *et al.* (2009), la incidencia de VIH/sida en la región Caribe colombiana superaba el promedio nacional (Anexo 7).

Otra de las metas importantes busca disminuir los riesgos por enfermedades prevenibles por vacuna (inmunoprevenibles) logrando alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos, principalmente en niños. Para estas enfermedades existen avances significativos en lo regional y nacional. Uno de los casos representativos de reducciones durante el período perinatal corresponde a la tuberculosis meníngea. En el total nacional se ha reducido

**GRÁFICO 13. TOTAL NACIONAL Y CARIBE: DEFUNCIONES POR SÍFILIS CONGÉNITA, 2008-2014**

Nota: información disponible en microdatos hasta 2014.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

**GRÁFICO 14. TOTAL NACIONAL Y CARIBE: CASOS DE VIH Y SIDA EVITABLES, 2008-2014**

Nota: información disponible en microdatos hasta 2014.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

de 7 a 1 caso de muerte, y en la región Caribe solo se presentaron 3 de los 4 casos del país durante 2011; en el resto de años no se registró muerte alguna por esta enfermedad.

Para el caso de la mortalidad por infección respiratoria aguda, se busca generar una reducción progresiva hasta 2021, esperando llegar a una mortalidad menor a 8,9 casos por cada 100.000 menores de 5 años. De manera generalizada, la tendencia señala una continua disminución de las defunciones en el país, cumpliendo así con la meta establecida, al registrarse una tasa promedio de 3,38 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, y de 4,66 por cada 100.000 niños menores de 5 años para la región Caribe. Sin embargo, su crecimiento es mayor a la tendencia presentada por la tasa nacional: las infecciones respiratorias son la primera causa de mortalidad en menores de 5 años, por lo cual la labor de prevención y atención es fundamental en el contexto regional (Anexo 8).

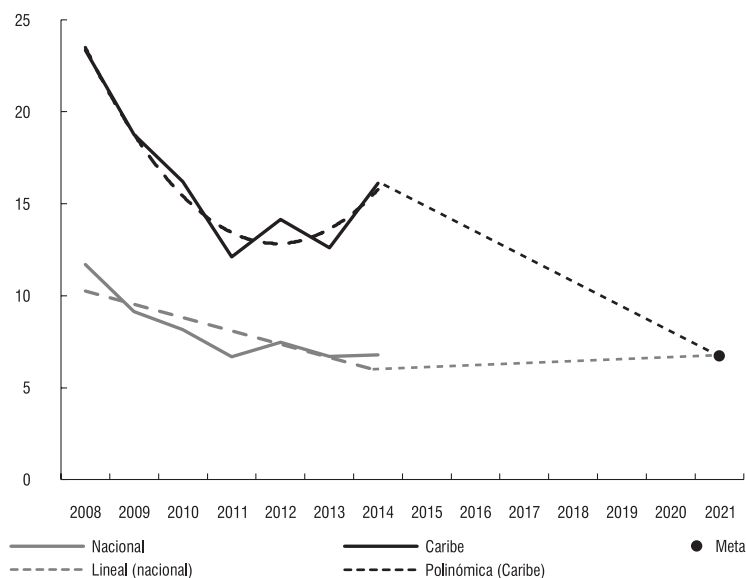
Otro de los aspectos relevantes, y que corresponde al 5,6% de las muertes en menores, son las deficiencias nutricionales<sup>3</sup>. Este aspecto ha centrado la atención pública de muchos sectores en Colombia, dado el impacto que ha tenido en algunos departamentos las muertes prevenibles con programas de nutrición en menores de cinco años, como La Guajira. La meta busca reducir las muertes por desnutrición en menores de 5 años por debajo de 6,7 por 100.000 casos. La situación en la región es deficiente en comparación con el total nacional: entre 2008 y 2014 murieron 1.199 niños menores de 5 años, 171 en promedio por año; esto significó el 50% de las muertes por deficiencias nutricionales en el país (Anexo 9). La tendencia nacional permitiría lograr esta reducción en el tiempo estipulado; sin embargo, en el Caribe las deficiencias nutricionales son mucho más amplias, con una brecha superior, por encima de las 9,4 muertes por cada 100.000 niños con respecto a la meta, lo que haría suponer una alta probabilidad de que no se lograría cumplir esta meta en los próximos años, a menos de que no se establezcan políticas de seguridad alimentaria (Gráfico 15).

Si bien la tendencia muestra una disminución del número de muertes en niños durante el próximo decenio, hay que hacer un esfuerzo conjunto para continuar con los planes existentes, y potencializar aspectos prevenibles, como desnutrición y enfermedades respiratorias. Estas dos últimas, a partir de 2011, presentaron incrementos en el número de casos, lo que refleja precisamente la necesidad de atención, especialmente en los departamentos de La Guajira, Bolívar y Magdalena.

---

<sup>3</sup> Dada la relevancia del tema nutricional, la iniciativa Casa Grande Caribe consideró que esta merecía un documento que profundizara aún más en el tema, por esto este componente no será analizado a fondo.

**GRÁFICO 15. MUERTES POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR CADA 100.000 CASOS, 2008-2014**



Nota: Información disponible en microdatos hasta 2014.

Fuente: DANE; cálculos de los autores.

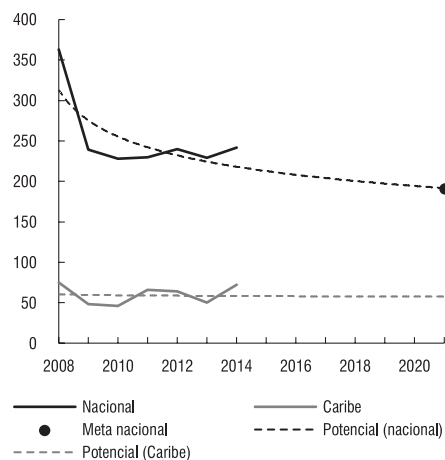
### 2.3.1.3 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

La meta es reducir la mortalidad prematura un 25% en población entre 30 y 70 años en enfermedades como cáncer invasivo de cuello uterino, cáncer de mama, leucemia linfática aguda, así como las enfermedades asociadas a síndromes metabólicos (diabetes cardiaca, etc.). En Colombia, entre 2008 y 2014 murieron aproximadamente 7.884 mujeres, entre los 30 y 70 años por enfermedades asociadas a tumor maligno del cuello del útero. El 20% de las muertes ocurrieron en la región Caribe, lo que fue, al igual que Colombia, la quinta razón de muerte de mujeres en este rango de edad, después de las enfermedades isquémicas, cerebrovasculares, cáncer de mama y la diabetes.

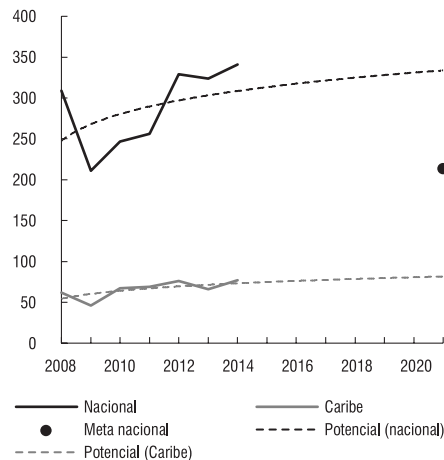
El cáncer invasivo del cuello del útero es la primera causa de muerte asociada a tumores malignos. En el país se presentaron 1.771 casos, en promedio 253 casos entre 2008 y 2014; mientras que para el Caribe fueron 421, con 60 casos en promedio por año (Anexo 10). La región Caribe sigue una tendencia estable por debajo de la meta, contribuyendo potencialmente a la reducción de los casos; sin embargo, para todo el país la distancia es mucho más amplia (Gráfico 16, panel A.).

**GRÁFICO 16****A. CÁNCER INVASIVO DE CUELLO UTERINO, 2008-2014**

(número de casos)

**B. CÁNCER DE MAMA, 2008-2014**

(número de casos)



Nota: información disponible en microdatos hasta 2014

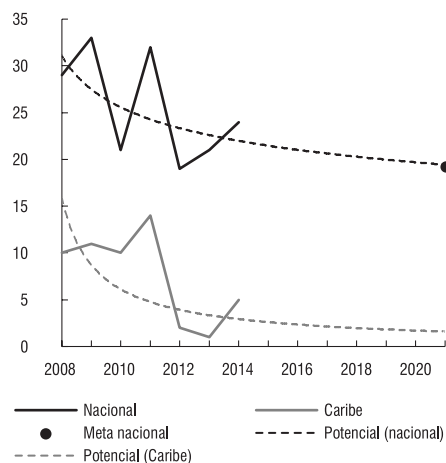
Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

En Colombia aproximadamente 1.710 mujeres mueren cada año por algún tipo de tumor maligno de mama, siendo la tercera causa de defunciones en el rango de edad de 30 a 70 años; mientras que en el Caribe, con 320 casos en promedio por año, es la cuarta causa de muerte. Estas afecciones son la primera causa de muerte cancerígena en la mujer, lo que requiere un control preventivo constante, específicamente en cuanto al carcinoma invasivo, el cual es el de mayor proliferación en los últimos años (Anexo 11).

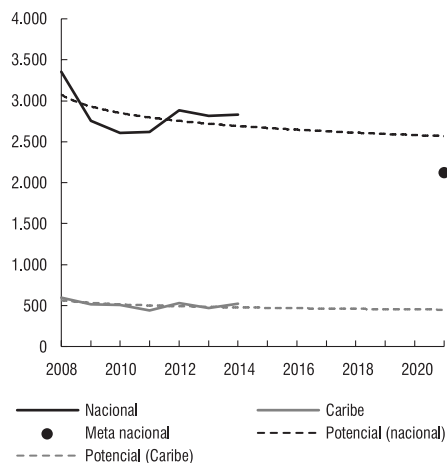
En cuanto a la leucemia, la tendencia no es estable, pero tiende a disminuir con una alta probabilidad de alcanzar las metas nacionales (Gráfico 17, panel A, y Anexo 12). Finalmente, la última meta busca que se reduzcan las afecciones y defunciones asociadas a enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Esta categoría abarca un amplio grupo de trastornos de tipo congénito y adquirido. La tendencia nacional muestra una reducción de los casos a 2.128,1, aproximadamente (Gráfico 17, panel B); sin embargo, está 3 pp por arriba de la meta nacional, lo que, al igual que las demás enfermedades, requiere un esfuerzo significativo de inversión para mejorar las condiciones de prevención y calidad de vida tanto en Colombia como en la región (anexos 12 y 13).

**GRÁFICO 17****A. LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA, 2008-2014**

(número de casos)

**B. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS, 2008-2014**

(número de casos)



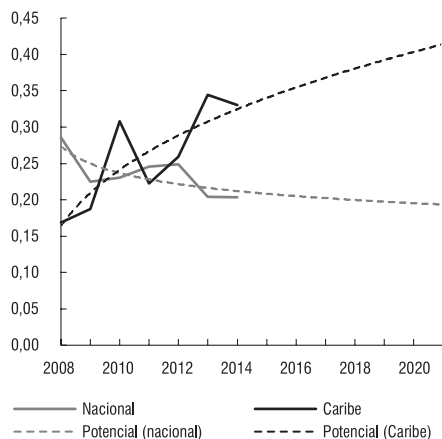
Nota: información disponible en microdatos hasta 2014

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.**2.3.1.5 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

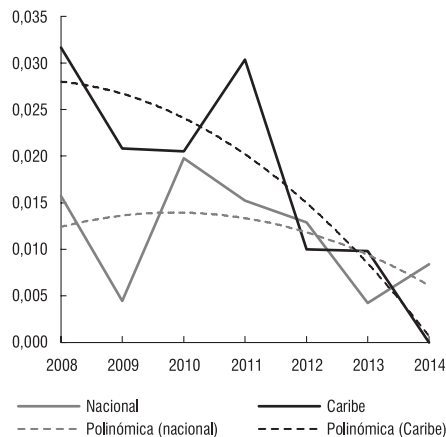
En cuanto a las tres enfermedades transmisibles de mayor prevalencia, tuberculosis, malaria y dengue, la meta establecida busca que se reduzcan progresivamente: a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes en la mortalidad por tuberculosis y en un 80% la mortalidad por malaria; y una reducción de la letalidad por dengue grave menor a 2% en todo el territorio nacional. Particularmente, estas enfermedades han estado por debajo de las metas establecidas, lo que ha hecho que se cumplan con los objetivos. En primer lugar, las tasas de tuberculosis en el país y el Caribe están por debajo de 1,5 por cada 100.000 habitantes, pero existe una mayor incidencia de muertes en la región por tuberculosis que en el ámbito nacional, con una tendencia creciente (Anexo 14). En segundo lugar, la letalidad por malaria y dengue también están por debajo, con incidencias mayores a las tasas nacionales, y con reducciones importantes para la malaria, con una tendencia a cero; sin embargo, el dengue no sigue este camino, ya que en lugar de disminuir ha presentado un incremento mayor a los 1,3 pp (Gráfico 18) (anexos 15 y 16).

**GRÁFICO 18. COLOMBIA Y CARIBE: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2014**

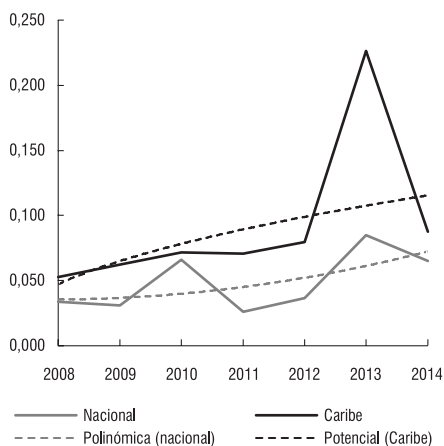
**A. TUBERCULOSIS**



**B. MALARIA**



**C. DENGUE**



Nota: información disponible en microdatos hasta 2014.

Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

### 2.3.1.6 SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

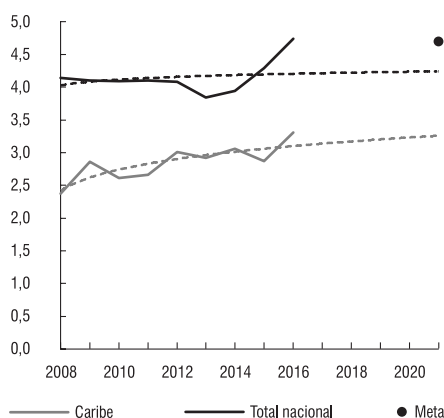
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunos eventos relacionados con las agresiones a otros o autoinfligidas, pueden ser catalogadas como un problema de salud pública. Las dinámicas de la violencia en Colombia son

bastante complejas, y obedecen a diferentes causas, reflejadas en tres dinámicas principalmente: homicidio, suicidio y agresiones interpersonales.

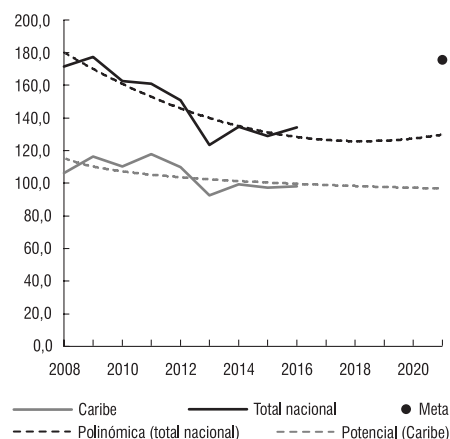
La mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas tiene un promedio de 4,15 por cada 100.000 habitantes en el país, y de 2,85 por cada 100.000 habitantes para la región Caribe (Anexo 17), con una tasa esperada a 2021 de 4,7 por 100.000 habitantes. La tendencia nacional y regional está por debajo de la tasa; sin embargo, durante 2016 se presentó un incremento a 4,74 y 3,31 suicidios por cada 100.000 habitantes en Colombia y la región Caribe, respectivamente (Gráfico 19). Esta tendencia debe ser de especial observación para las autoridades, las cuales deberán potencializar programas de ayuda local.

**GRÁFICO 19. COLOMBIA Y CARIBE: SALUD MENTAL Y VIOLENCIA, 2008-2016**

**A. TASA DE SUICIDIOS**



**B. TASA DE VIOLENCIA INTERPERSONAL E INTRAFAMILIAR**



Nota: tasas por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis); cálculos de los autores.

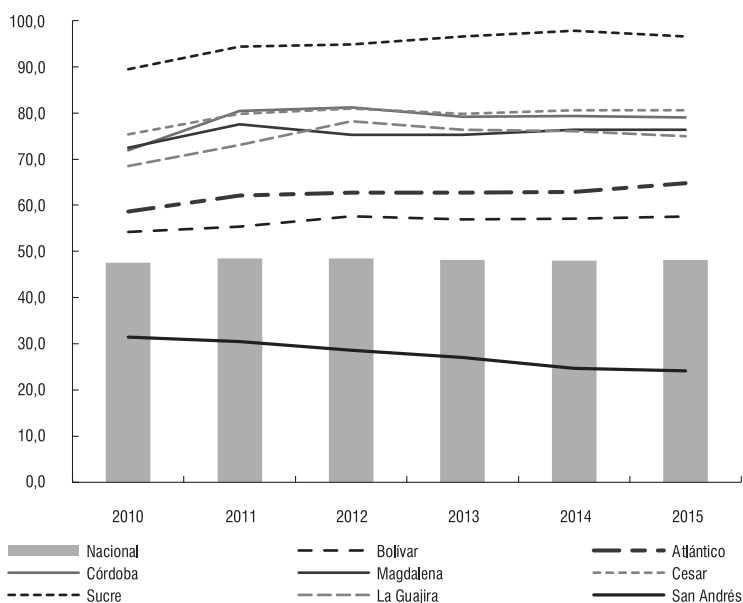
Por último, la dinámica de la violencia interpersonal e intrafamiliar<sup>4</sup> al parecer presenta una tendencia potencial a disminuir, estando por debajo de la tasa esperada a 2021 de 175,6 por 100.000 habitantes (Anexo 18). Sin embargo, como señala el Instituto de Medicina Legal (2013), es alto el grado de invisibilidad interpersonal por diferentes factores sociales, los cuales robustecen los subregistros.

<sup>4</sup> Las dos categorías son clasificaciones diferentes, pero la meta fue establecida teniendo en cuenta la totalidad de lesiones.

### 3. SITUACIÓN DE LA OFERTA EN SALUD

El sistema de salud en Colombia está caracterizado por su segmentación. El aseguramiento está a cargo de las entidades promotoras de salud (EPS), encargadas de la afiliación de las personas en los regímenes contributivos y subsidiados. En concreto, estas administran el proceso individual de afiliación de los ciudadanos al sistema, asumen la gestión del riesgo financiero y garantizan el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud a que tienen derecho constitucional (Orozco, 2015). En promedio, el 48,1% de los colombianos está afiliado al régimen subsidiado. En los departamentos de la región Caribe los niveles de afiliación a dicho régimen son superiores al promedio nacional, a excepción de San Andrés (Gráfico 20).

**GRÁFICO 20. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: PORCENTAJE DE AFILADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR DEPARTAMENTO, 2010-2015**

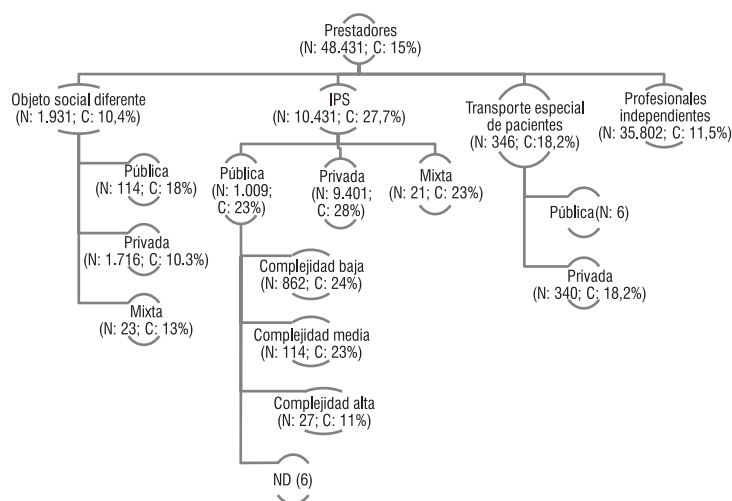


Fuente: Ministerio de Salud (*Informe al Congreso de la República*, 2014-2015; base de datos BDUA); cálculos de los autores.

Los prestadores de servicios de salud se pueden clasificar en cuatro (Guzmán, 2017): las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los profesionales independientes, las entidades con objeto social diferente y las entidades que realizan el transporte especial de pacientes. De 10.431 IPS, el

27,7% se encuentra en la región Caribe, las cuales se dividen en públicas, privadas y mixtas. El 23% de las IPS públicas están en la región, así como el 28% de las privadas. De las primeras instituciones, 210 son de complejidad baja, 27 de complejidad media y 3 de complejidad alta (Diagrama 1).

**DIAGRAMA 1. PRESTADORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EN COLOMBIA Y LA REGIÓN CARIBE, 2017**



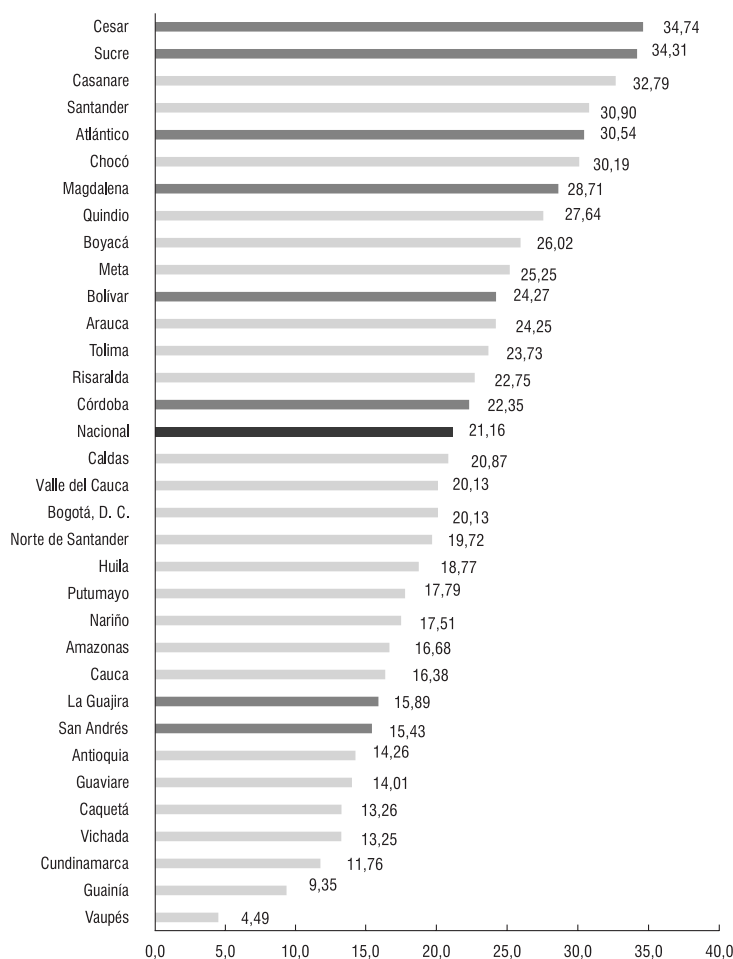
Convenciones N: total nacional; C: región Caribe.

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); elaboración de los autores con base en Guzmán (2014, pág. 20).

El 10% de las entidades con objeto social diferente están ubicadas en la región Caribe y corresponden a aquellas que brindan servicios de baja complejidad, consulta especializada o ambas, sin incluir servicios de hospitalización ni quirúrgicos (Guzmán, 2017). El 18,2% son prestadores de transporte especial de pacientes, de los cuales 62 prestan servicios en los departamentos de la región. Por último, 4.144 profesionales independientes prestan sus servicios en la región.

A diferencia de lo encontrado por Guzmán (2017), se ha presentado una recomposición del número de prestadoras de servicio en todo el territorio nacional. De los departamentos más poblados, Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia y Atlántico son los que mayor número de IPS en términos absolutos registran. Sin embargo, la tasa por cada 100.000 habitantes señala que Cesar y Sucre son los departamentos con mayor número de IPS; seis de los ocho departamentos de la región están por arriba del promedio nacional: 21,13 IPS por cada 100.000 habitantes, y los dos del Caribe que están por debajo por 5 puntos son San Andrés y La Guajira (Gráfico 21).

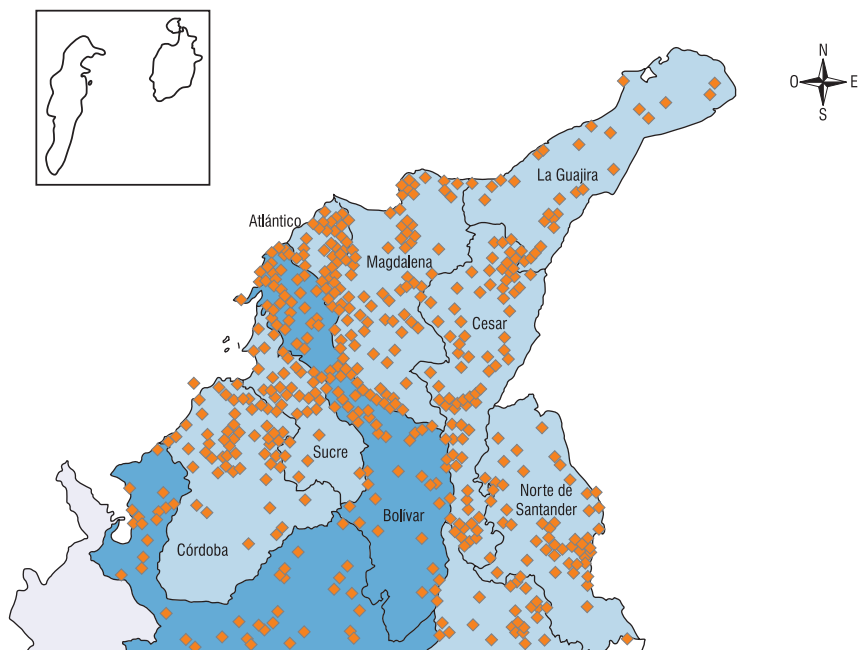
**GRÁFICO 21. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, INSCRITAS Y HABILITADAS EN LA REGIÓN CARIBE  
IPS POR CADA 100.000 HABITANTES, 2017**



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (septiembre de 2017).

La mayor concentración de sedes de IPS de carácter público se encuentra en Bolívar, distribuidas en 43 prestadores, los cuales ofrecen cerca de 2.096 servicios de salud; en segundo lugar está Córdoba, con 188 sedes, de 32 prestadores públicos, y 21.667 servicios de salud. La menor concentración se registra en el Atlántico, con 79 sedes de 27 IPS públicas, y una oferta de servicios de 1.392 (Mapa 1).

### MAPA 1. LOCALIZACIÓN DE LOS PRESTADORES POR SEDES EN LA REGIÓN CARIBE, 2017



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (septiembre de 2017).

La escasa capacidad instalada en Colombia es una de las principales razones para que existan brechas estructurales. Algunos autores señalan que la capacidad instalada del sistema y la producción hospitalaria pública es deficiente y de baja calidad para los servicios ofrecidos, principalmente de los hospitales públicos de menor complejidad (Guzmán, 2017). No obstante, no se cuenta con referentes en términos institucionales ni de acceso que permitan definir el número óptimo de prestadores y servicios para garantizar el desarrollo adecuado de los servicios de salud. Si bien el Estado ha realizado un gran esfuerzo por garantizar la calidad del servicio, mediante el sistema de habilitación de las instituciones prestadoras de salud, las recurrentes quejas sobre la calidad del servicio evidencian la necesidad de seguir trabajando en la formación del recurso humano en salud para así garantizar la calidad.

**CUADRO 4. CAPACIDAD INSTALADA POR PRINCIPALES FACILIDADES: NÚMERO TOTAL, 2017**

FACILIDADES	NATURALEZA PÚBLICA NACIONAL	NATURALEZA PRIVADA NACIONAL	NATURALEZA PÚBLICA CARIBE	NATURALEZA PRIVADA CARIBE	TOTAL NACIONAL	TOTAL CARIBE
Ambulancias	2.728	2.957	494	602	5.694	1.100
Camas	27.955	53.383	5.177	16.109	82.823	21.839
Salas <sup>a/</sup>	2.094	7.322	422	1.875	9.478	2.322

a/ incluye salas de parto, de quirófano y de procedimientos.

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (septiembre de 2017).

De acuerdo con la OMS (2014), en Colombia el número de camas hospitalarias entre 2006 y 2012 era de 15 por cada 10.000 habitantes. Según esta misma entidad, no existe una norma global para la densidad de camas hospitalarias en relación con la población total. En la región europea hay 63 camas de hospital por 10.000 habitantes, en comparación con 10 por 10.000 en África. Las estadísticas sobre la densidad de camas hospitalarias generalmente se toman de registros administrativos de rutina, pero en algunos escenarios solo se incluyen camas del sector público (OMS, 2009: 95).

El departamento del Atlántico es el que en promedio presenta mayores facilidades hospitalarias, y con excepción de Córdoba y La Guajira, los departamentos de la región están por encima del promedio nacional en cuanto a camas hospitalarias. Sin embargo, solo San Andrés, Atlántico, Cesar y Magdalena se encuentran por encima del promedio de salas de parto y quirófanos en el ámbito nacional. El número de ambulancias en los departamentos de la región es bajo con respecto al promedio nacional (Cuadro 5).

**CUADRO 5. FACILIDADES POR DEPARTAMENTO DEL SISTEMA DE SALUD, 2017**  
(CÁLCULO POR CADA 10.000 HABITANTES)

	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS
Atlántico	0,88	25,29	3,13
Bolívar	0,90	16,85	1,79
Cesar	1,83	26,83	2,89
Córdoba	0,82	15,18	1,30
La Guajira	0,73	12,56	1,27
Magdalena	1,08	21,08	2,31
San Andrés	0,51	23,28	4,12
Sucre	1,49	25,19	1,83
Caribe	1,03	20,36	2,17
Nacional	1,16	16,80	1,92

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; cálculos de los autores.

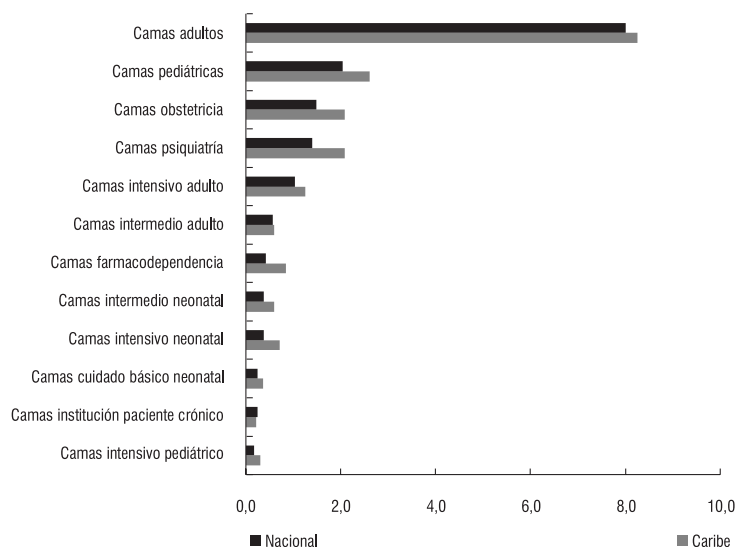
El promedio de camas por tipo de cuidado es mayor en la región, principalmente en los departamentos del Atlántico y Bolívar. Los mayores déficits regionales están en camas pediátricas, de salud mental y psiquiátricas, así como para farmacodependientes y trasplante de hematopoyéticos de progenitores (Gráfico 22). Si bien la gama de facilidades ofrecidas es amplia y ha mejorado, aún existen déficits de infraestructura en los departamentos y municipios de menores ingresos y más distantes en el Caribe, en especial en las zonas periféricas de La Guajira, Córdoba, Cesar, Sucre y Bolívar.

#### 4. PROPUESTA DE MODELO INTEGRAL DE SALUD PARA EL CIERRE DE BRECHAS

A partir del análisis previo se puede concluir, desde el lado de la demanda:

- *En cuanto a las cinco principales causas de muerte* se necesita intervenir en: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva.
- *En cuanto a mortalidad infantil* se identifican indicadores controlados y por debajo de la referencia; así, la tendencia histórica muestra necesidad de intervenir en causas como: infecciones congénitas y deficiencias nutricionales.
- *En cuanto a enfermedades no transmisibles* se identifican indicadores controlados y por debajo de la referencia; la tendencia histórica muestra necesidad de intervenir en causas como: cáncer de mama y de cuello uterino.
- *En cuanto a enfermedades transmisibles* se destacan indicadores controlados y por debajo de la referencia; la tendencia histórica muestra necesidad de intervenir en causas como: suicidio y violencia intrafamiliar.

**GRÁFICO 22. CAMAS POR TIPO DE CUIDADO, 2017**  
(CÁLCULO POR CADA 10.000 HABITANTES)



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; cálculos de los autores.

Y desde el lado de la oferta:

- *Aseguramiento en salud*: alta cobertura de aseguramiento, pero con desbalance entre régimen subsidiado y contributivo.
- *Infraestructura en salud*: no hay indicadores de suficiencia ni metas específicas; no hay claridad sobre la localización del recurso humano en salud y no hay estudios de suficiencia.

Dado que el Plan Decenal de Salud establece que sus tres líneas operativas son la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la salud pública, esta propuesta contempla que, ya alcanzados los logros en cobertura de aseguramiento con los que cuenta el país y la región, y teniendo en cuenta que (en mayor medida) los efectos adversos sobre la salud de los residentes en la región Caribe son provocados por lo que se considerarían causas evitables, esta propuesta de intervención se centra en reconocer la importancia de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P) como la mejor estrategia para lograr el cierre de brechas en salud que actualmente presenta la región Caribe.

La experiencia internacional y las recomendaciones recientes de la OMS han llamado la atención sobre la necesidad de emprender acciones que promuevan la salud, por medio de intervenciones centradas en: los individuos, en grupos y en factores de riesgo. Desde esta perspectiva la OMS ofrece una serie de acciones costo-efectivas y de opciones de política para prevenir y controlar enfermedades transmisibles y no transmisibles. Como pasa en la región Caribe, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, crónicas, cáncer y diabetes son las principales responsables de la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles en el mundo. Inclusive, estos cuatro tipos de enfermedades pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que aborden factores de riesgo, entre las que se identifican el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol; así como prevenirlas mediante detección y tratamiento temprano.

Teniendo estas recomendaciones en cuenta, la opción de intervención en promoción y prevención que se considera permitiría no solo el cierre de brechas en salud para el año 2030, sino mejorar la calidad de vida de toda la población del Caribe colombiano. La propuesta se fundamenta en las recomendaciones de intervención delineadas por la OMS en sus distintas estimaciones sobre los costos de la intervención y la no intervención sobre factores de riesgo, y en la experiencia exitosa que en Barranquilla ha tenido el programa Caminantes, el cual ha mostrado mejoras en las condiciones de salud a partir de estrategias que atacan los factores de riesgo mediante un modelo de atención primaria en salud y la propuesta de redes integradas de servicios de salud. Al final se presentará la estimación de costos asociados con la implementación al año 2030.

La OMS considera que las intervenciones mediante acciones de promoción y prevención son una inversión, dado que buscan:

- Salvaguardar la salud y la productividad de las poblaciones y las economías.
- Crear situaciones beneficiosas para todos, que influyan en las decisiones de compra relacionadas con los alimentos, medios de comunicación, tecnología de la información y la comunicación, los deportes o los seguros de enfermedad entre otros, e
- Identificar el potencial de innovación repetible y ampliable que se pueda aplicar para reducir los costos crecientes de la atención en salud.

Desde esta perspectiva, la intervención se centra en el desarrollo de actividades organizadas y coordinadas entre entidades públicas y privadas vinculadas en el sector salud alrededor de dos objetivos.

- Objetivo 1: reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud: control de tabaco, fomento de dietas saludables, promoción de la actividad física, reducción del uso nocivo del alcohol.
- Objetivo 2: fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y transmisibles y de los determinantes subyacentes mediante atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal.

Específicamente las intervenciones abarcan:

- Prevención primaria
- Detección temprana
- Tratamiento
- Prevención secundaria
- Rehabilitación
- Cuidados paliativos
- Atención destinada a mejorar la salud mental como prioridad para el desarrollo social y la inversión en las personas.

La experiencia de la gestión de la salud en Barranquilla le ha valido reconocimiento nacional como uno de los mejores modelos de salud del país. Los logros específicos se han centrado precisamente en la integración de toda la red de servicios de salud en torno a la detección temprana de la enfermedad y la promoción de la salud. Esta iniciativa ha logrado la vinculación y confianza de la comunidad, la alcaldía, las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, entorno a un modelo de gestión en el que prima la salud del paciente.

Este modelo de atención pública está basado en la salud familiar, en la promoción y la prevención, dentro de un esquema de georreferenciación (Diagrama 2). Como mínimo, la estructuración de la estrategia implica la vinculación e interrelación de cinco tipos de agentes:

1. Las familias: unidad básica de intervención de la salud y de posibilidad de réplica para generar externalidades positivas en las comunidades.
2. Agentes articuladores (promotores de salud): se constituyen en la puerta de entrada a los servicios de salud. El agente articulador es el bachiller, técnico o profesional de la salud con acreditación en áreas como vacunador, promotor de salud, educador en salud, auxiliar en salud, técnico en salud o técnico de saneamiento. Debe poseer habilidades relacionadas con un manejo adecuado de las herramientas para la recolección de la

información y contará con la sensibilidad y el compromiso requerido para dar continuidad a los procesos que se generen dentro de las comunidades como parte de su accionar diario. Así, se encargará de:

- Realizar visitas domiciliarias a las familias que se le asignen. El número de visitas domiciliarias estará determinado por el nivel socioeconómico en el que se encuentre la vivienda.
  - Diligenciar completamente los diferentes instrumentos estadísticos que permitan recopilar la información de los núcleos familiares asignados.
  - Remitir, de acuerdo con las motivaciones a los diferentes grupos etarios y según su estado de salud, al centro de salud de referencia.
  - Desarrollar estrategias educativas a los núcleos familiares, haciendo énfasis en los hallazgos de riesgo y hacer el seguimiento respectivo a dicho proceso.
  - Liderar las acciones intersectoriales y transectoriales en su área de influencia, participando activamente con el equipo de trabajo en las actividades colectivas y masivas de intervención de salud pública.
3. Centros de salud: corresponde a la red de servicios de salud ubicada cerca de la comunidad y que permite la solución oportuna de situaciones de salud, la promoción de la salud y el tránsito hacia mayores niveles de complejidad. Prestan servicios ambulatorios con énfasis en promoción y prevención individuales, y servicios curativos de baja y mediana complejidad en consultas de medicina general, odontología, nutrición y psicología. En el modelo de Barranquilla se estimó que estos centros no debían estar a menos de 800 metros de donde vivieran las familias de su zona de influencia para que pudieran acceder caminando.
  4. Red hospitalaria de nivel superior: hospitales de segundo nivel y superior que, dada la georreferenciación de los hogares, facilitarán la atención de eventos adversos en salud que son redireccionados desde los centros de salud. Los centros de salud deberán cumplir también con cierta distancia geográfica respecto de la red hospitalaria con el fin de que no se constituya en una barrera geográfica de acceso (suele considerarse distancia de 1,5 kilómetros y 2 kilómetros como referencia).
  5. Entorno institucional: Secretaría de Salud, operador del sistema y EPS, con una estrategia que requiere la voluntad y trabajo integrado de todo el andamiaje institucional, como ha sucedido en Barranquilla, donde se ha permitido que con un plan conjunto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se logren contrarrestar las tendencias indeseadas en los indicadores de salud de la población.

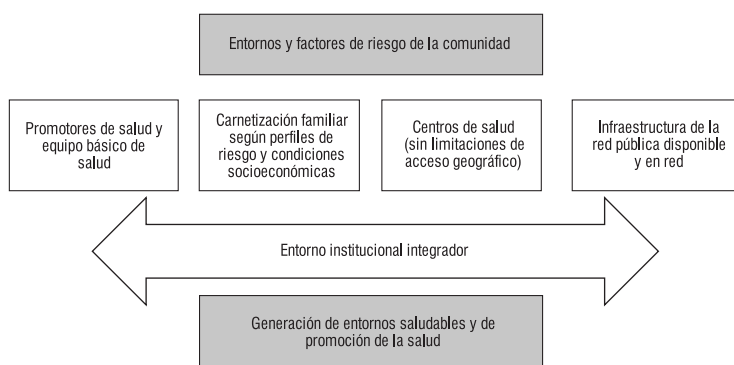
A partir de este modelo, el Estado, mediante sus promotores de salud, debe hacer una caracterización de los hogares y, además, hacer seguimiento a las acciones colectivas (tamizaje, desratización, vectores, medición de agua y aire, entre otras acciones), debe identificar las necesidades en salud de los miembros de las familias de acuerdo con el ciclo vital individual y guiar a la población en el circuito de atención.

La intervención adaptada para la región Caribe implicaría, por tanto:

- Rediseñar la red de prestadores de servicios.
- Distribuir la atención, según criterios geográficos de acceso.
- Construir centros de atención de primer nivel.
- Articular los centros de atención de primer nivel con la red de nivel superior en los territorios.
- Vincular personal de la salud en el rol de promotores de salud.

En esta estructura, la labor del personal asignado para promover la promoción y prevención de la salud es una estrategia de acercamiento, caracterización, formación, apoyo e inducción de la demanda. Seguido este proceso, los centros de salud fungirán como los puntos de atención oportuna en los cuales se desarrollará la prestación de servicios ambulatorios con énfasis en la promoción y la prevención (servicios de baja y mediana complejidad) y, finalmente, bajo la lógica de red se integrarán los servicios de mayor nivel de atención cuando se requieran servicios hospitalarios y de mitigación de la enfermedad.

## DIAGRAMA 2. AGENTES ARTICULADORES DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN



Fuente: Distrito de Barranquilla (2016); elaboración de los autores.

**INVERSIONES REQUERIDAS PARA LAS INTERVENCIONES**

Teniendo en cuenta las tasas de incidencia de las enfermedades, se realizaron proyecciones suponiendo que el comportamiento de la tasa de crecimiento poblacional tenía la misma dinámica del total general de muertes transmisibles y no transmisibles, con una tasa de crecimiento del 2% para la población.

La estrategia de intervención comunitaria implica inversiones directas de dos tipos: acciones integrales de promoción y prevención por parte de los promotores de salud, y construcción de la infraestructura necesaria para desarrollar circuitos de salud. En cuanto al primer grupo de inversiones, basados en la experiencia de Barranquilla, se estima que la intervención para el Caribe tendría un costo de USD 1.207 m, con un promedio de USD 99 m anuales, los cuales corresponden a la inversión adicional total que se necesita para realizar labores de prevención en los departamentos de la región Caribe durante los próximos doce años. En términos per cápita, esta estrategia tendría un costo entre USD 8 y USD 10 anuales adicionales a lo destinado actualmente en la UPC para promoción y prevención (Cuadro 6).

**CUADRO 6. ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN TOTAL: INVERSIÓN ESTRATEGIA COMUNITARIA, 2019-2030**  
(VALORES EN DÓLARES DE 2017)

DEPARTAMENTO	INVERSIÓN	VALOR PER CÁPITA
Atlántico	281.691.874,2	8,61
Bolívar	240.646.517,5	8,62
Cesar	118.124.630,5	8,63
Córdoba	199.260.788,6	8,70
La Guajira	118.641.558,7	9,01
Magdalena	143.780.778,1	8,60
Sucre	96.978.300,3	8,59
San Andrés	8.642.925,0	8,55
Región Caribe	1.207.767.373,0	8,66

Fuente: Distrito de Barranquilla (2016); cálculos de los autores.

En cuanto al segundo grupo de inversiones, relacionadas con la infraestructura necesaria para facilitar el circuito de salud, la estrategia de intervención comunitaria requiere inversión en construcción (y dotación) de unidades de atención de primer nivel y su mantenimiento durante los siguientes años. Para el cálculo se utilizaron los proyectos tipo que se tienen caracterizados por parte del Departamento Nacional de Planeación, con las dotaciones y requerimientos mínimos para puestos de salud. El costo estimado es de

USD 295.000, de los cuales USD 183.000 van a sostenibilidad y USD 111.000 a la construcción y dotación (Cuadro 7).

**CUADRO 7. INVERSIÓN EN UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DE PRIMER NIVEL  
(VALORES EN DÓLARES DE 2017)**

	DÓLARES
Construcción IPS primer nivel	91.666,67
Dotación	20.031,12
Total presupuesto de obra	111.697,79
Gastos de funcionamiento	170.386,22
Gastos de mantenimiento	12.947,11
Total presupuesto para sostenibilidad	183.333,33
Total inversión unidades de prestación	295.031,12

Fuente: Ministerio de Salud y DNP (*Guía de proyecto estándar*); cálculos de los autores.

Se calculan las unidades de atención para cobertura poblacional de 20.000 habitantes, teniendo como referencia la estrategia de Pasos y Caminos de la ciudad de Barranquilla. Se estiman que son necesarios 325,8 unidades de atención para la región. La inversión requerida para la construcción al año 2019 es de USD 36,3 m y una inversión recurrente para mantenimiento los siguientes años de USD 950 m (Cuadro 8).

**CUADRO 8. INVERSIÓN EN UNIDADES DE ATENCIÓN  
(VALORES EN DÓLARES DE 2017)**

	POBLACIÓN ASEGURADA	UNIDADES DE ATENCIÓN	CONSTRUCCIÓN 2019	MANTENIMIENTO 2019-2030	PORCENTAJE
Atlántico <sup>a/</sup>	1.312.563	31,6	3.532.794,4	91.528.814,85	9,6
Bolívar	1.378.204	68,9	7.697.116,8	202.549.769,86	21,3
Cesar	799.372	40	4.464.404,2	116.207.963,03	12,2
Córdoba	1.298.942	64,9	7.254.447,3	190.674.902,37	20,1
La Guajira	707.142	35,4	3.949.309,8	102.548.365,61	10,8
Magdalena	907.165	57,4	5.066.416,1	132.212.339,42	13,9
San Andrés	14.402	0,7	80.433,6	1.932.071,72	0,2
Sucre	777.453	38,9	4.341.989,0	112.958.678,89	11,9
Total	7.195.243	325,8	36.386.911,1	950.612.905,73	100

<sup>a/</sup> no se incluyen los 34 pasos existentes en la ciudad de Barranquilla.

Fuente: Ministerio de Salud (BDUA) y DNP; cálculos de los autores.

Con esta información se tiene que la inversión total requerida para la estrategia de cierre de brechas en salud es de aproximadamente USD 2.158 m adicionales a la inversión en salud que ya se viene realizando en el territorio (Cuadro 9).

**CUADRO 9. ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN TOTAL: INVERSIÓN ESTRATEGIA COMUNITARIA, 2019-2030**  
**(VALORES EN DÓLARES DE 2017)**

DEPARTAMENTO	INVERSIÓN ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCIÓN	INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA
Atlántico	281.691.874,23	91.528.814.85
Bolívar	240.646.517,50	202.549.769.86
Cesar	118.124.630,54	116.207.963.03
Córdoba	199.260.788,60	190.674.902.37
La Guajira	118.641.558,74	102.548.365.61
Magdalena	143.780.778,10	132.212.339.42
Sucre	96.978.300,26	1.932.071.72
San Andrés	8.642.925,04	112.958.678.89
Región Caribe	1.207.767.373,00	950.612.905.73
Total región Caribe	2.158.380.278,74	

Fuente: cálculos de los autores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barraza-Lloréns, M.; Panapoulou, G.; Díaz, B. (2013). “Income-related Inequalities and Inequities in Health and Health Care Utilization”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 33, núm. 2, pp. 122-130.
- Bonet, M. J.; Guzmán, F. K. (2015). “Un análisis regional de la salud en Colombia”, Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, núm. 222, Banco de la República, Cartagena.
- Caballero, C. V. (2012). “Las crisis del sector salud”, *Salud Uninorte*, vol. 28, núm. 2, pp. 7-12.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2014a). “La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda 2010” [en línea], disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36853-la-reproduccion-la-adolescencia-sus-desigualdades-america-latina-introduccion-al>, junio.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2014a). “Casi 30 % de las jóvenes latinoamericanas ha sido madre adolescente” [en línea], disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/casi-30-de-las-jovenes-latinoamericanas-ha-sido-madre-adolescente>, 13 de noviembre.
- DNP (2014). “Propuesta metodológica para el cierre de brechas territoriales” [en línea], disponible en: [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Documento%20Brechas,%20metodolog%C3%ADa%20y%20resultados%20\(21042015\).pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Documento%20Brechas,%20metodolog%C3%ADa%20y%20resultados%20(21042015).pdf), diciembre, Bogotá.

- Gómez, A.; Caicedo, C. (2014). “Plan decenal de salud pública 2012-2021: resumen ejecutivo”, *Monitor Estratégico*, núm. 6, Colombia: Ministerio de Salud.
- Guzmán, F. K. (2017). “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, *La Salud en Colombia: una perspectiva regional*, pp. 123-176, Banco de la República, Cartagena.
- Hertog, S. (2013). “The Association between Two Measures of Inequality in Human Development: Income and Life Expectancy”, Technical Report, núm. 2013/7, Population Division, United Nations.
- Hu, Y.; van Lenthe, F. J.; Mackenbach, J. P. (2015). “Income Inequality, Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in 43 European Countries, 1987-2008: a Fixed Effects Study”, *European Journal of Epidemiology*, vol. 30, núm. 8, pp. 615-625, julio.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013). *Comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal, Colombia, 2013*, Bogotá.
- Madureño, M.; Alarcón, J.; Sanabria, C. (2003). *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*, Lima: PHRplus.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Análisis de Situación de Salud, Colombia*, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia,
- Naciones Unidas (2015). “Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015” [en línea], disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/beyond2015-news.shtml>, consultado el 30 de septiembre de 2017.
- Navarro, E.; Barceló, R.; Tuesca, R. (2006). *Análisis de la situación de salud en el Departamento del Atlántico, 2004-2005*, Barranquilla: Ediciones Uninorte,
- Observatorio Así Vamos en Salud (2016). *Informe anual, 2015. Descentralización en salud: cómo replantearla*, Medellín, septiembre.
- Organización Mundial de la Salud (2004). “El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS” [en línea], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es>, consultado el 30 de agosto de 2017
- Organización Mundial de la Salud (2009). “Estadísticas sanitarias mundiales, 2009” [en línea], disponible en: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS09\\_Full.pdf](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). “Estadísticas sanitarias mundiales, 2014” [en línea], disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud (2003). “Homicidios, suicidios y violencia callejera, graves retos de salud pública para el continente” [en línea], disponible en: [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=210:homicidios-suicidios-violencia-callejera-graves-retos-salud-publica-continente&Itemid=330](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=210:homicidios-suicidios-violencia-callejera-graves-retos-salud-publica-continente&Itemid=330), consultado el 30 de septiembre de 2017.

- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*, Organización Mundial de la Salud; Unicef y Organización Panamericana de la Salud.
- Orozco, A. (2015). “Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos”, Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, núm. 220, Banco de la República, Cartagena.
- Quintero, J.; García, A.; Vergara, B.; Leviller, L.; Coneo, Y.; Rodríguez, M.; Salcedo, A. (2009). *El Caribe colombiano frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*, Cartagena: Observatorio del Caribe Colombiano y PNUD Colombia.
- Reina, Y. (2017) “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas”, *La Salud en Colombia: una perspectiva regional*, pp. 281-314, Banco de la República, Cartagena,
- Rodríguez, S.; Baca, W. (2007). ¿Son alcanzables los Objetivos de Desarrollo del Milenio? *Revista Científica Salud Uninorte*, vol. 23, núm. 2, pp. 251-275.
- Singer, B.; Ryff, C. (2001). *New Horizons in Health: An Integrative Approach*, National Academy of Sciences, Committee on Future Directions for Behavioral and Social Sciences Research at the National Institutes of Health, Washington, D. C.: National Academies Press.
- Wilkinson, R. G. (1994). *Unfair Shares: The Effects of Widening Income Differences on the Welfare of the Young*, London: Barnardo's Publications.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CUADRO A1.1. SÍNTESIS DE METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

METAS DEL PDSP	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PDSP
Alcanzar la equidad en salud.	Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
Afectar positivamente los determinantes de la salud.	Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.	Lograr cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables.

Fuente: PDSP.

#### CUADRO A1.2. SÍNTESIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2007-2010

PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD	OBJETIVO	META NACIONAL
Salud infantil	Mejorar la salud infantil	Reducir a 15 por 10.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año. Reducir a 24 por 100.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
		Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del PAI en menores de 1 año igual o superior al 95%, en niños y niñas menores de 1 año. Mantener la cobertura de polio mayor a 99% en menores de un año. Mantener la cobertura de DPT mayor a 99% en menores de un año. Mantener la cobertura de sarampión y rubeola mayor a 95% en menores de un año.
Salud sexual y reproductiva	Mejorar la salud sexual y reproductiva	Reducir por debajo de 62,4 por 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna. Reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer la fecundidad global en mujeres entre 15 y 49 años. Reducir por debajo de 7 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años. Lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para VIH positivos.
		Lograr un índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COP) promedio a los 12 años de edad menor de 2,3. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.
Salud oral	Mejorar la salud oral	
Salud mental	Mejorar la salud mental	Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 1.005 de las entidades territoriales.

## CUADRO A1.2. SÍNTESIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2007-2010 (CONTINUACIÓN)

PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD	OBJETIVO	META NACIONAL
Enfermedades transmisibles y las zoonosis	Disminuir las enfermedades transmisibles y zoonosis	<p>Aumentar al 70% la detección de caso de tuberculosis en el país.</p> <p>Aumentar a 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva.</p> <p>Reducir al 50% los municipios que no alcanzan la meta de eliminación de la lepra (prevalencia superior <math>1 \times 10.000</math>).</p> <p>Eliminar la rabia humana transmitida por perro.</p> <p>Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para 2010.</p> <p>Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30%: a 49 casos para 2010.</p>
Enfermedades no transmisibles y discapacidades	Disminuir las enfermedades no transmisibles e incapacitantes	<p>Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años.</p> <p>Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años.</p> <p>Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en la población menor de 18.</p> <p>Mejorar la detección de casos enfermedad renal crónica (ERC) estadio a <math>8,7 \times</math> millón.</p> <p>Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables.</p>
Situación nutricional	Mejorar la situación nutricional	<p>Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global.</p> <p>Reducir por debajo de 6,7 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años.</p> <p>Incrementar en un mes la mediana de duración de lactancia materna exclusiva.</p>
Seguridad alimentaria y ambiental	Mejorar la seguridad alimentaria y ambiental	<p>Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales.</p> <p>Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4, 5 y 6.</p>
Seguridad en el trabajo	Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral	<p>Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades profesionales.</p> <p>Reducir la tasa de accidentes ocupacionales.</p>
Gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública	Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan decenal de salud pública	<p>Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulaciones de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del plan decenal de salud pública.</p> <p>Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.</p> <p>Avanzar hacia el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud (POS).</p> <p>Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (SOGCS) en 100% de las instituciones prestadoras de servicio de salud.</p>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

**CUADRO A1.3. COLOMBIA: PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA: OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS**

NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	OBJETIVO POR DIMENSIÓN	COMPONENTES POR DIMENSIÓN	OBJETIVOS DEL COMPONENTE	METAS DEL COMPONENTE	ESTRATEGIAS DEL COMPONENTE
<b>Dimensiones prioritarias</b>					
Salud ambiental	4	2	9	20	22
			4	10	8
Vida saludable y condiciones no transmisibles	5	2	4	17	14
			3	20	13
Convivencia social y salud mental	3	2	4	8	8
			5	10	11
Seguridad alimentaria y nutricional	1	3	2	6	7
			2	8	7
			4	2	6
Sexualidad y derechos sexuales reproductivos	1	2	1	3	8
			4	2	6
Vida saludable y enfermedades transmisibles	3	3	4	7	14
			1	3	4
			2	10	10
Salud pública en emergencias y desastres	1	2	4	4	5
			1	4	4
Salud y ámbito laboral	3	2	1	4	4
			3	4	8
Total para las ocho dimensiones prioritarias	21	18	59	161	190
<b>Dimensiones transversales</b>					
Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	2	6	3	18	43
			6	16	35
			2	1	8
			1	2	11
			6	1	27
Gestión para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	2	1	1	2	12
			4	0	77
Total para dos dimensiones transversales	4	7	23	40	213
Total para dimensiones del PDSP	25	25	82	201	403

Fuente: Gómez y Caicedo (2014).

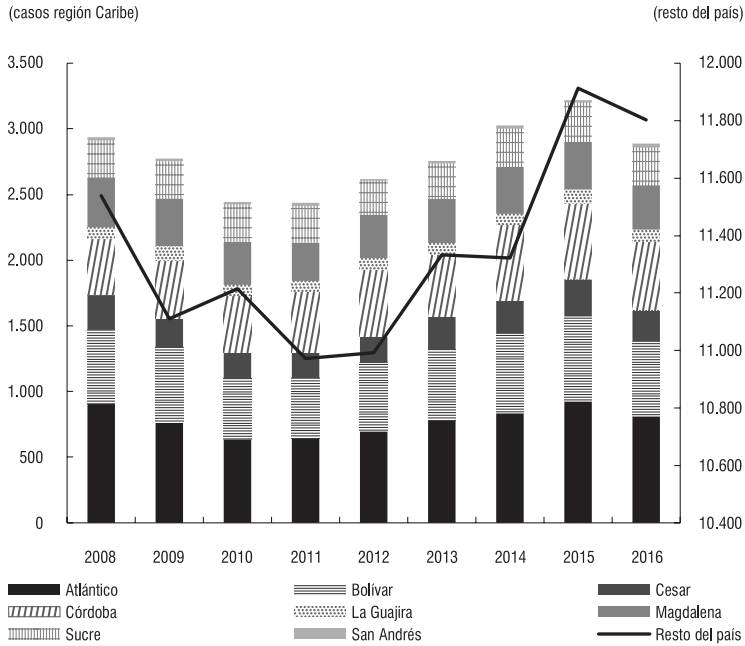
## ANEXO 2

### CUADRO 2.1. RESUMEN DE LAS METAS EN SALUD DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE A 2030

GRUPOS OBJETIVOS	OBJETIVOS DE LAS METAS
Grupo 1	Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
	Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.
	Poner fin a las epidemias del Sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
Grupo 2	Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención, tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar.
	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
	Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
Grupo 3	Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, la información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, y tanto el acceso a servicios de salud esenciales y de calidad como a los medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
	Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

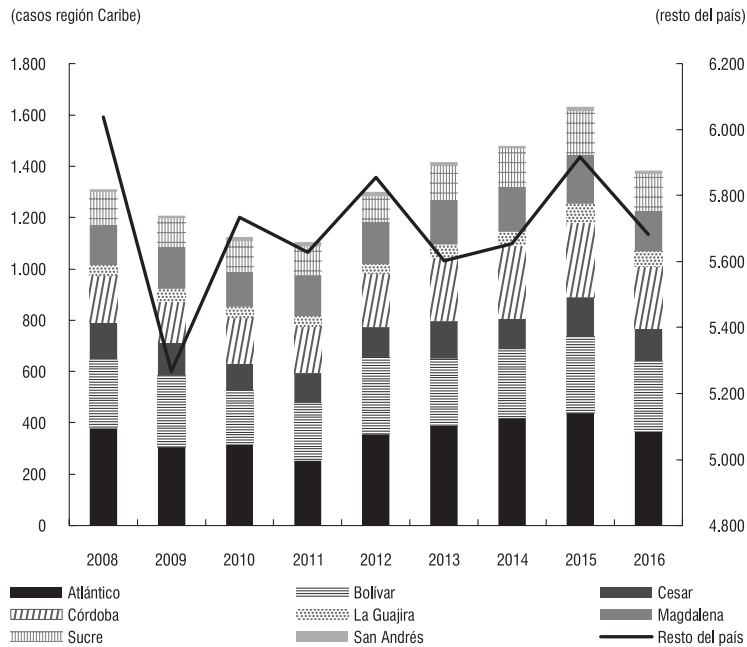
Fuente: Naciones Unidas (ODS).

## ANEXO 3

**GRÁFICO A3.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES, 2008-2016**Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 4

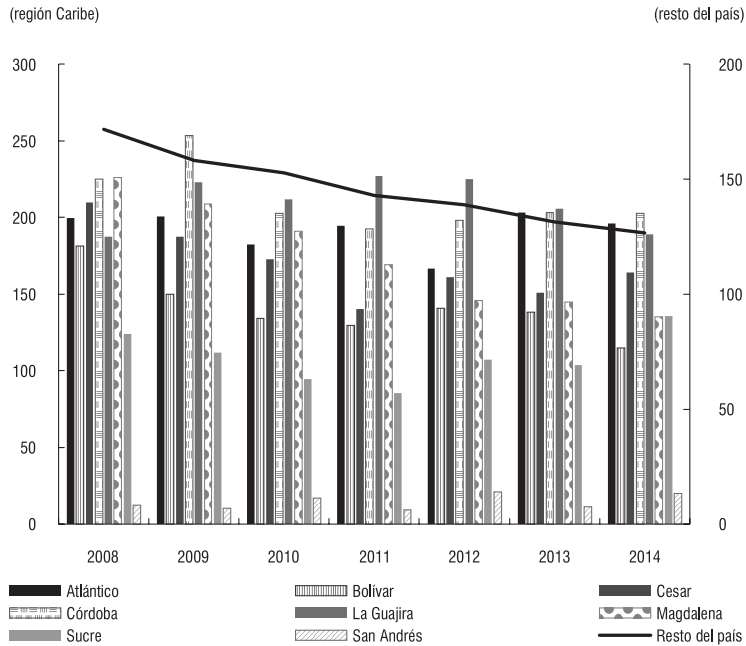
GRÁFICO A4.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR DIABETES MELLITUS, 2008-2016



Fuente: DANE (estadísticas vitales); cálculos de los autores.

## ANEXO 5

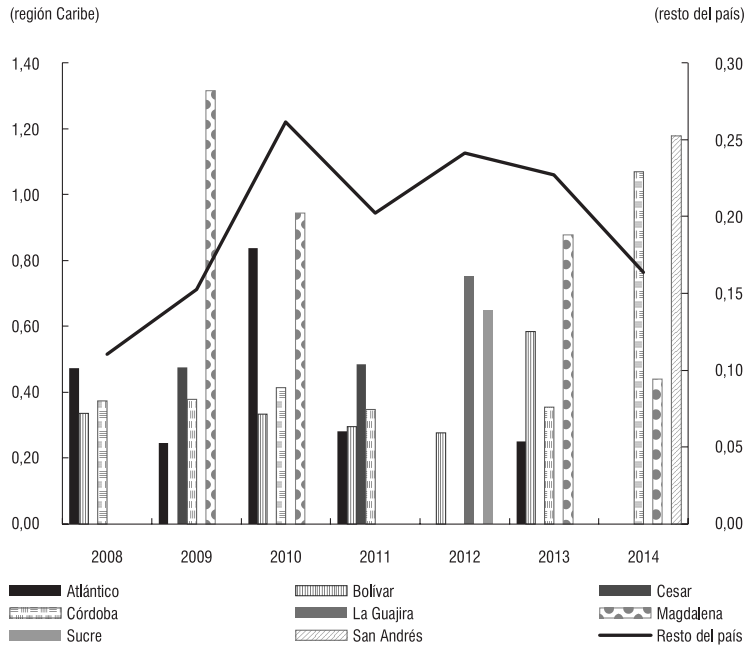
**GRÁFICO A5.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR MORTALIDAD INFANTIL ENTRE 0 Y 5 AÑOS, CASOS POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS, 2008-2014 (SAN ANDRÉS POR CADA 1.000)**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 6

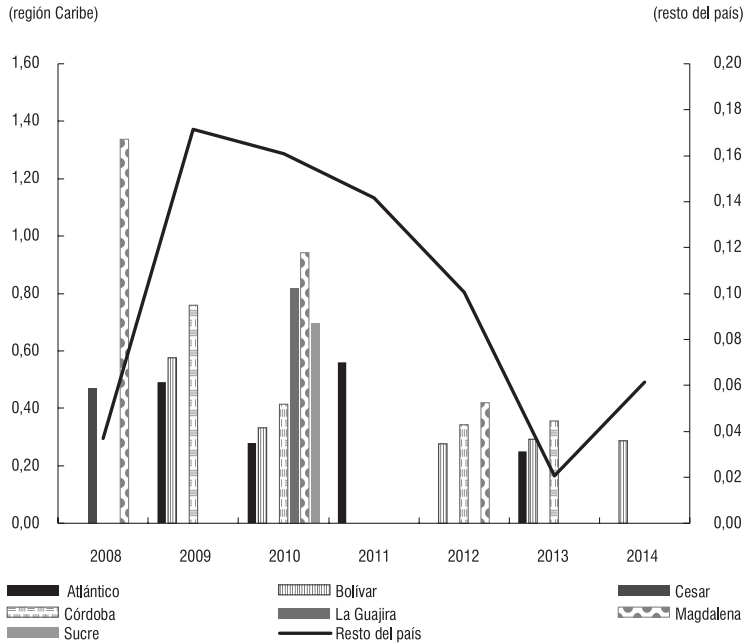
**GRÁFICO A6.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR SÍFILIS CONGÉNITA, CASOS POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS, 2008-2014 (SAN ANDRÉS POR CADA 1.000)**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

## ANEXO 7

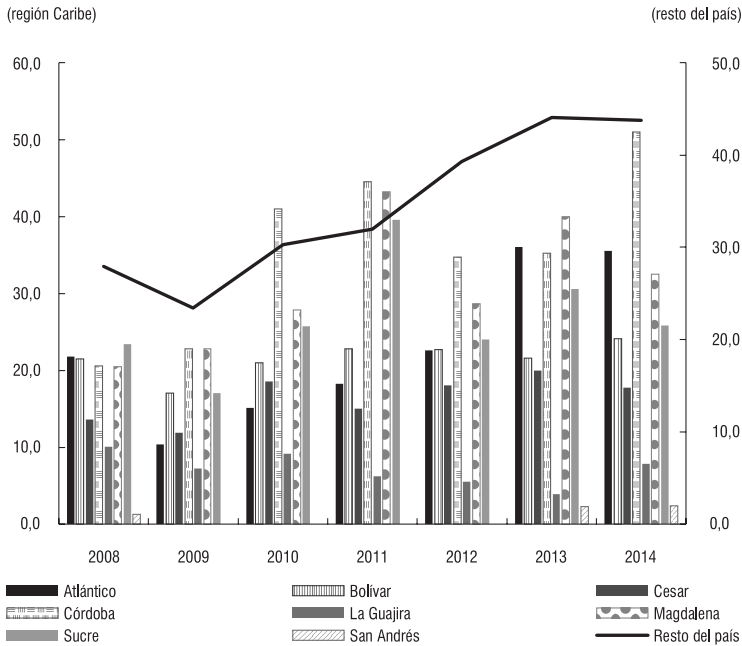
**GRÁFICO A7.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR VIH Y SIDA EVITABLE (NIÑOS), CASOS POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS, 2008-2014 (SAN ANDRÉS POR CADA 1.000)**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 8

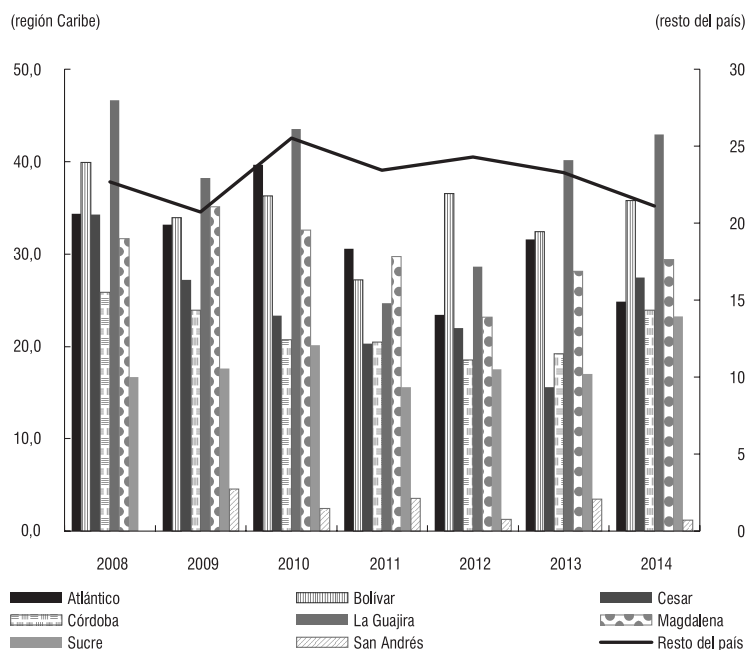
**GRÁFICO A8.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, CASOS POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS, 2008-2014 (SAN ANDRÉS POR CADA 1.000)**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

## ANEXO 9

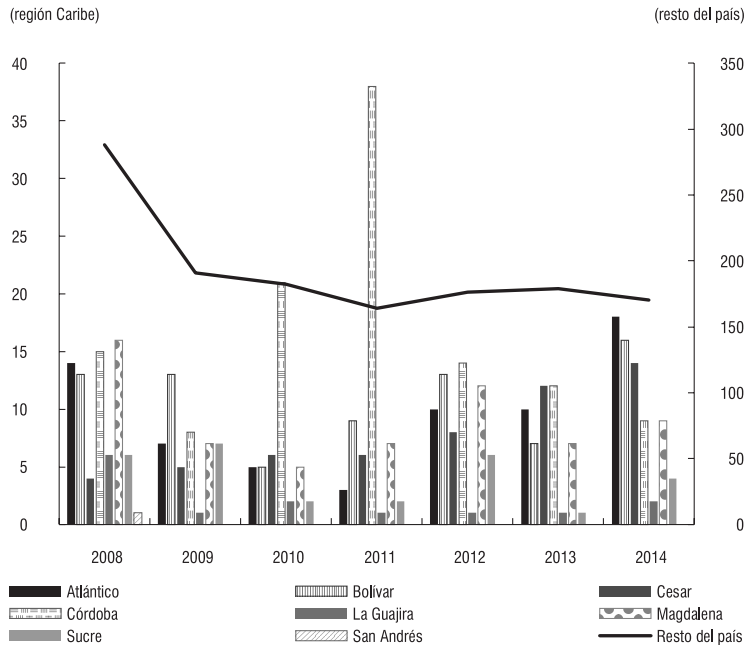
**GRÁFICO A9.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, CASOS POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS, 2008-2014 (SAN ANDRÉS POR CADA 1.000)**



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 10

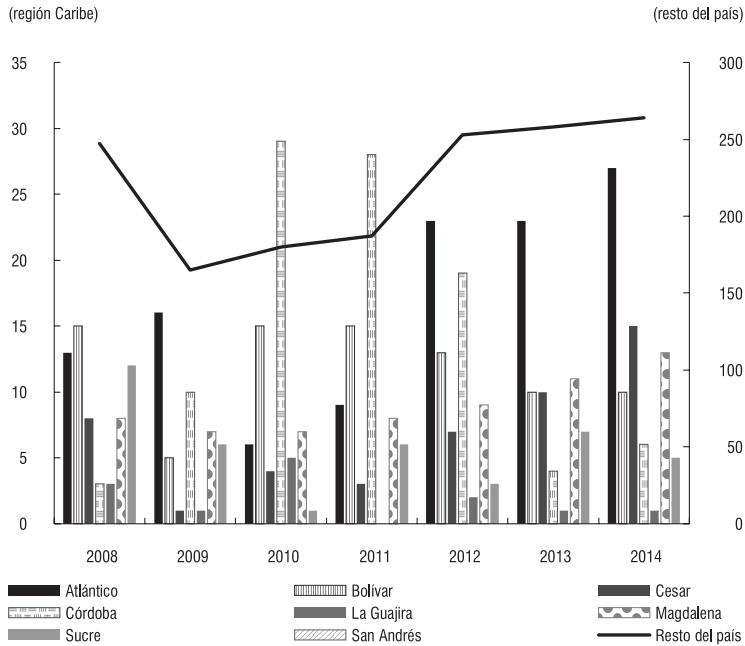
**GRÁFICO A10.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR CÁNCER INVASIVO DE CUELLO UTERINO, MUJERES ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS, 2008-2014**  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (estadísticas vitales); cálculos de los autores.

## ANEXO 11

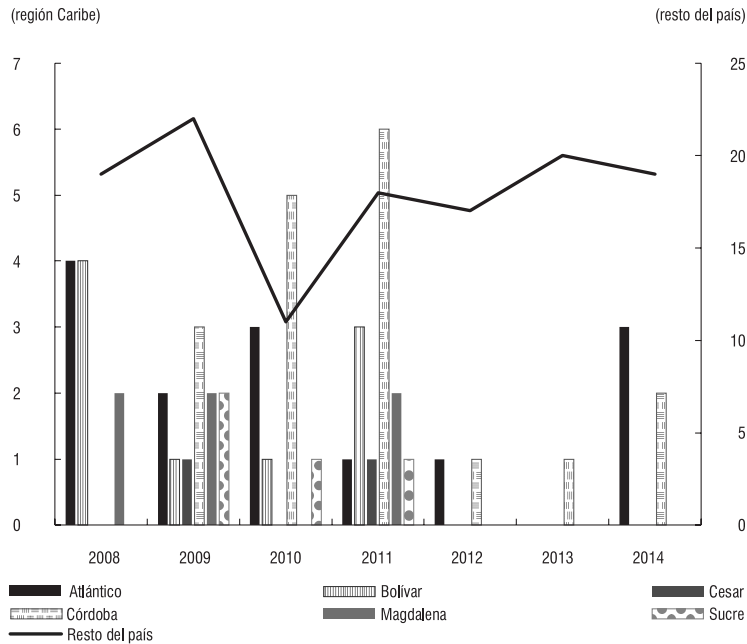
**GRÁFICO A11.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR CÁNCER INVASIVO DE MAMA, PERSONAS ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS, 2008-2014**  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 12

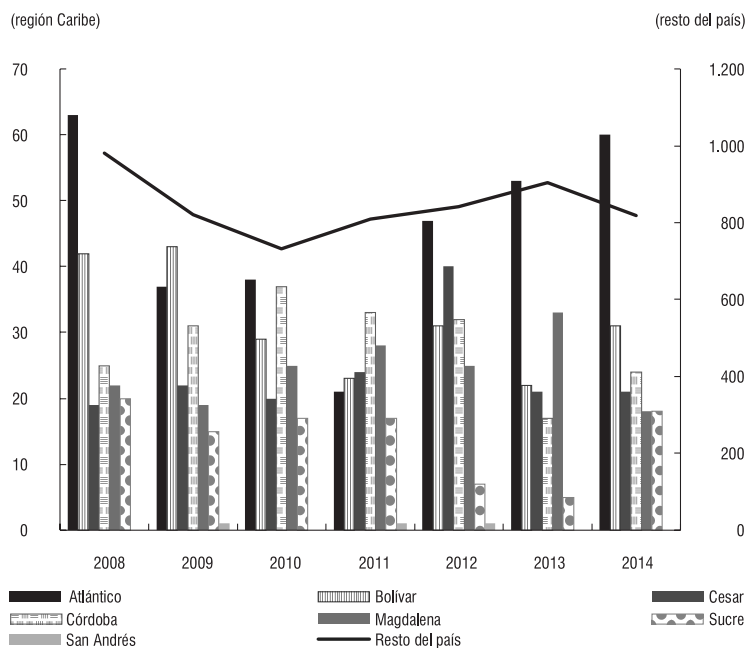
**GRÁFICO A12.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA, PERSONAS ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS, 2008-2014**  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (estadísticas vitales); cálculos de los autores.

## ANEXO 13

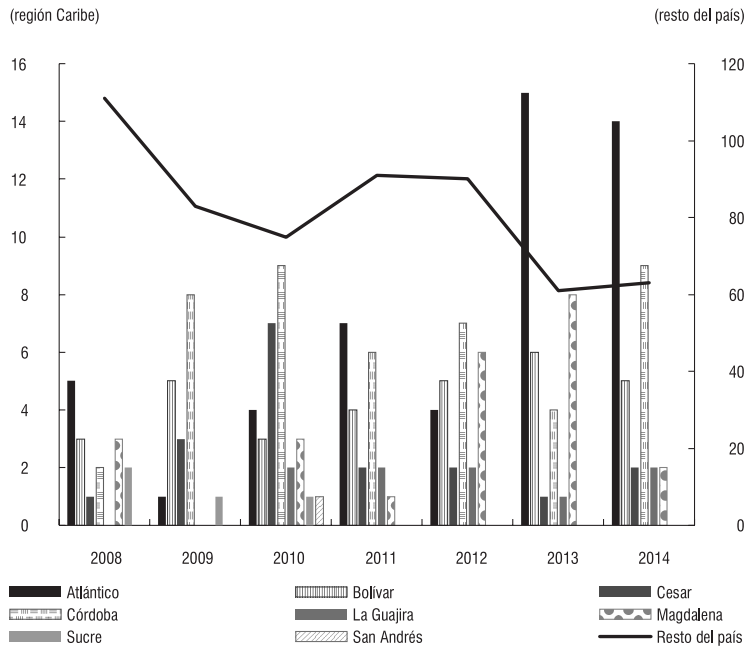
**GRÁFICO A13.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES METABÓLICAS, PERSONAS ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS, 2008-2014**  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 14

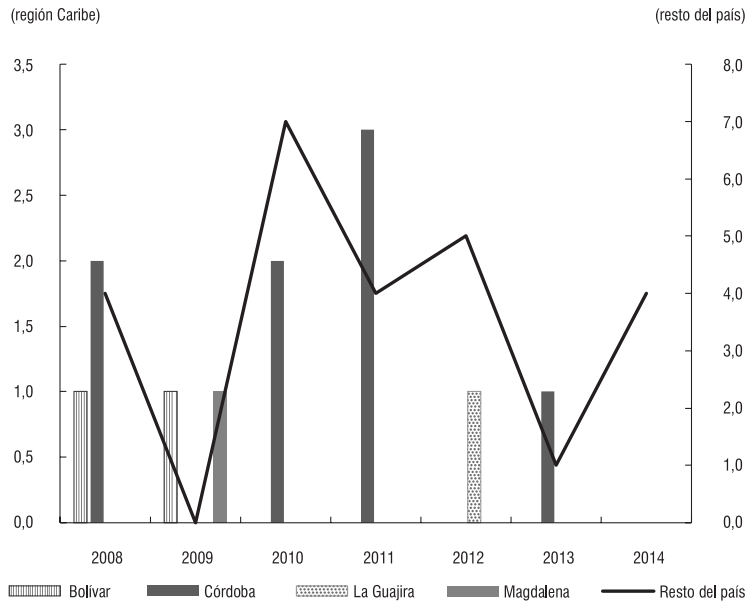
GRÁFICO A14.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: TOTAL DE DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS, 2008-2014  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

## ANEXO 15

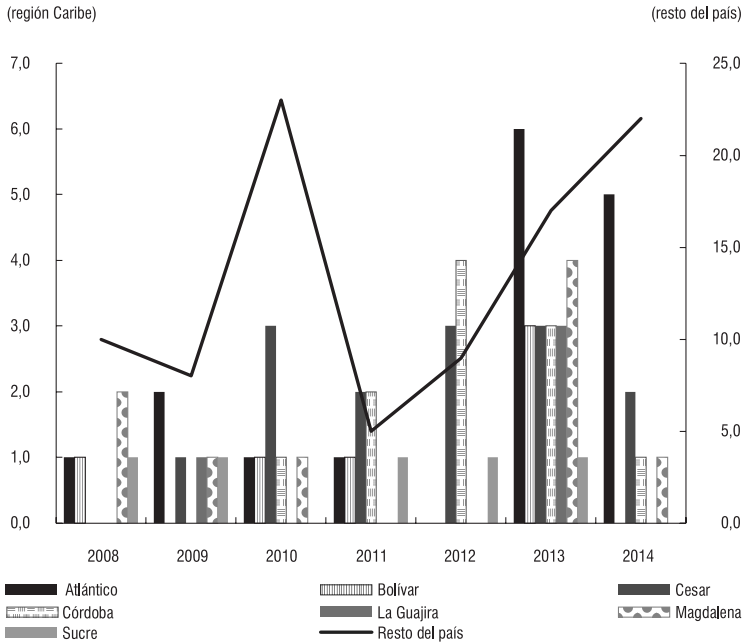
**GRÁFICO A15.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: TOTAL DE DEFUNCIONES POR MALARIA, 2008-2014**  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (*estadísticas vitales*); cálculos de los autores.

ANEXO 16

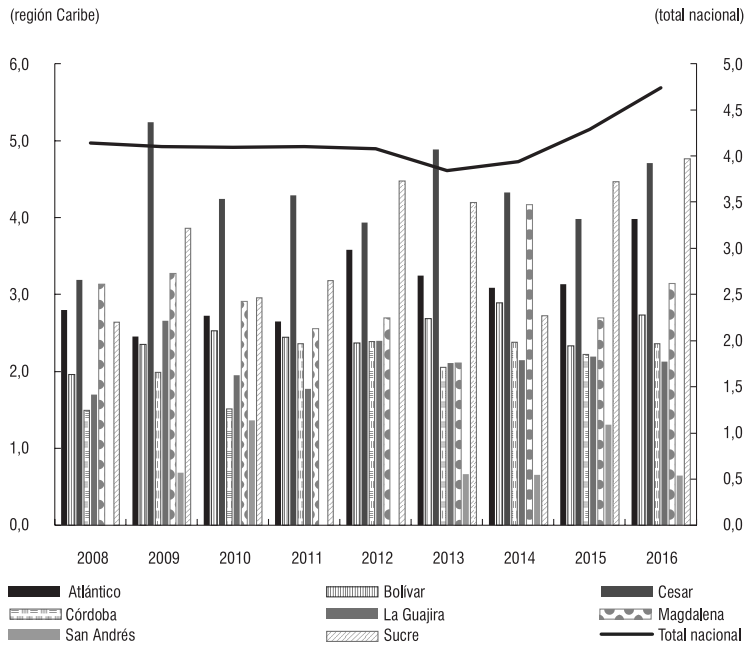
GRÁFICO A16.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: TOTAL DE DEFUNCIONES POR DENGUE, 2008-2014  
(NÚMERO DE CASOS)



Fuente: DANE (estadísticas vitales); cálculos de los autores.

## ANEXO 17

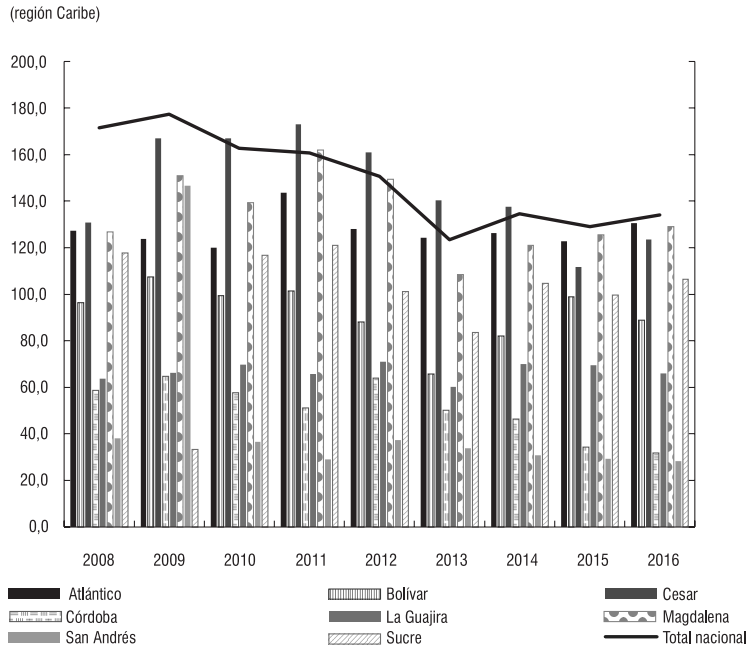
**GRÁFICO A17.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: CASOS DE SUICIDIOS POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016 (SAN ANDRÉS POR CADA 50.000 HABITANTES)**



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; cálculos de los autores.

ANEXO 18

GRÁFICO A18.1. COLOMBIA Y REGIÓN CARIBE: CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE PAREJA POR CADA 100.000 HABITANTES, 2008-2016 (SAN ANDRÉS POR CADA 50.000 HABITANTES)



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; cálculos de los autores.