REFLEXIONES REGIONALES: SOBRE LA SALUD EN EL PACÍFICO COLOMBIANO

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es recopilar fuentes de información y de literatura con el que se contextualice la situación en salud en la región del Pacífico colombiano, a la vez, que mostrar tópicos que aproximen las consideraciones que debe asumirse en la construcción de un modelo de atención integral de carácter regional. La población considerada son los habitantes de Colombia con énfasis en la región del Pacífico. Se encuentra una región con amplias brechas en materia de acceso y calidad en la salud de su población. Además de una estructura de información con retos a asumir para la medición de la problemática a escalas subregionales.

Palabras clave: Salud, Modelo de Atención Diferencial, Región Pacífico.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, la preocupación principal de los países en vías de desarrollo ha sido el alcance del bienestar y la cobertura universal en salud de sus habitantes. Así, se propusieron modelos de salud basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). No obstante, luego que la mayoría de los países no lograran la meta de “Salud para todos en el año 2000”, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2003 enfatizó la necesidad de renovar la APS, e impulsar la estrategia, con el fin de mejorar el acceso efectivo, la equidad y la eficiencia de los servicios.

A pesar de lo anterior, el sector salud colombiano experimentó importantes transformaciones en las últimas décadas. El sistema pasó de uno que financiaba básicamente la oferta pública en salud a uno dirigido principalmente a subsidios a la demanda, por medio de los regímenes contributivo y subsidiado. El país logró importantes avances en cobertura que permitió moverse del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012 (Ayala, 2014); a 2021, según la OMS, dicha cobertura asegura alrededor del 95% de la población del país, en gran parte gracias al mayor gasto público sectorial. En la actualidad Colombia invierte cerca de siete puntos porcentuales del PIB en salud, donde el 75% lo realiza el sector público. Eso ubica a Colombia como uno de los países latinoamericanos con mayor gasto público sectorial y donde las familias invierten una menor proporción de recursos en salud.

Estos beneficios han estado acompañados de numerosas limitaciones y en los últimos años el país ha vivido un amplio debate sobre la política de salud. Existe una discusión sobre diversos factores que afectan al sector: la manera en la que está organizada la provisión de los servicios, la calidad y acceso a los mismos, la ineficiencia en el manejo de los recursos o la escasez de estos, el diseño de los planes de atención en los regímenes vigentes, la crisis financiera de los hospitales públicos y los resultados en materia de prevención y promoción de la salud.

De acuerdo con Acosta (2014), las investigaciones sobre el estado de salud en Colombia se han enfocado en el perfil de morbilidad, mortalidad y los 4 determinantes de la percepción del estado de salud. Sin embargo, poco espacio se ha dejado para la comparación del estado de salud entre grupos al interior del país, ya sea por localización geográfica, etnias o tipo de afiliación. Teniendo en cuenta que Colombia es un país con gran diversidad en las condiciones de vida de sus habitantes, entender con claridad las diferencias en los diferentes grupos que componen la nación es fundamental. De esta manera, uno de los vacíos del sector salud que requieren una mayor profundización es el análisis regional de la problemática sectorial.

Lo mencionado anteriormente, se acentúa toda vez que el desarrollo de un modelo de salud integral en Colombia está aún en proceso de implementación, lo cual, hace necesario conocer los aportes que otros sistemas basados en la Atención Primaria en Salud APS podrían aportar al país. El proceso salud-enfermedad puede considerarse como la interrelación de variables o factores causales que se categorizan en dominios del contexto social. De esta manera, el presente documento propone realizar una recopilación de literatura que permita poner en contexto la situación en salud en la región del Pacífico colombiano, a la vez, que pretende mostrar tópicos que aproximen las consideraciones que debe asumirse en la construcción de un modelo de atención integral de carácter regional.

Como preguntas de interés para apostar por un cambio en la problemática de salud en que viven gran parte de los habitantes de la región del Pacífico se pueden definir las siguientes: ¿cuáles son las causas de mortalidad y enfermedad de los habitantes del Pacífico? ¿Son iguales a otras regiones? ¿Cómo se explica la calidad de los servicios prestados en el territorio? ¿El acceso a los servicios de salud es completo y eficiente? ¿Cómo se distribuyen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la región y cuáles son sus posibles consecuencias? ¿Cómo afecta la nutrición y la seguridad alimentaria en los indicadores de salud y desarrollo de la región? ¿Hay escasez de oferta de servicios en algunas zonas? Considerando estas preguntas, se realizará un diagnóstico que aproxime a posibles propuestas de soluciones a discutir. Con ello, además, se invita a reflexionar en distintos espacios, congresos, '*webinars*', investigaciones y demás a los diferentes actores de cualquier nivel interesados en el sistema de salud del territorio regional y nacional.

El presente documento sigue un orden que comienza por esta introducción como primera parte; en segundo lugar, con un desarrollo de la discusión mediante una revisión de literatura que dé nociones sobre las principales características a considerar para lograr una transformación efectiva del contexto de salud en el territorio; se sigue con un diagnóstico regional sobre las condiciones de salud en las que se encuentran los habitantes de la región Pacífico que intente responder las preguntas planteadas en el párrafo anterior (se incluye una breve discusión sobre el estado de la información respecto a este sector); finalmente, se proponen unas reflexiones finales acorde con los encontrado.

2. ESTADO DEL ARTE

En Colombia persiste la inequidad en el estado de salud entre regiones y al interior de ella. Existe una evidente diferencia de Bogotá y San Andrés en comparación con el resto

de regiones en términos de equidad y el estado de salud general. Por su parte, la Amazonía y el Pacífico, son las regiones que muestran mayor deficiencia en el estado de salud comparativo (Bonet, 2015). Dos de las principales variables a considerar para medir dicha condición de salud son la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Esperanza de Vida (EV), por lo que cabe preguntarse cómo hacer para mejorar respecto a estos indicadores (tanto en el Pacífico como en Colombia, en términos generales).

Bernal y Gutiérrez (2012) compilaron investigaciones sobre el estado de salud, la organización institucional, la financiación y los actores del sistema, los medicamentos, los dispositivos médicos, la logística hospitalaria, las tutelas y los sistemas de información. Con una visión multidisciplinaria del sistema realizaron recomendaciones que van desde crear una red de observatorios en salud pública, hasta la transferencia directa de recursos por parte de la Nación a aquellos hospitales que no cuenten con una población objetivo lo suficientemente grande como para cubrir sus costos fijos. Otro tema recurrente es la eficiencia de los hospitales públicos, que ha sido medida con diversas metodologías: el análisis envolvente de datos, las relaciones de equivalencia y las fronteras estocásticas. Los resultados coinciden en que la eficiencia aumenta con el nivel de complejidad de los servicios. Los hospitales de baja complejidad, que son la mayoría en Colombia, son los más ineficientes (Mora y Morales, 1997 & Sarmiento et al., 2005).

De acuerdo con Acosta (2014), las diferencias entre las regiones colombianas no solo son evidentes en su geografía e indicadores económicos, también lo son en los índices sociales; y en estos, particularmente, la región Pacífico resalta sobre las demás en términos de condiciones adversas en materia de ingresos, valor agregado, cobertura, calidad y acceso a servicios como el de salud, entre otros sectores. De acuerdo con los datos estimados sobre la pobreza monetaria en el país, los departamentos de Colombia con la mayor incidencia son en su orden Chocó, Cauca y La Guajira; los dos primeros pertenecientes al Pacífico. De igual forma, no es despreciable la situación de Nariño, el cual se ubica en el sexto más alto.

Según Bonet, et al. (2015), un hecho que llama la atención es que en Colombia no se ha logrado el objetivo del Milenio de alcanzar una TMI de 14 niños por cada mil nacidos vivos (actualmente, esta es de unos 16 niños pmnv), siendo la región Pacífico la que más se aleja de la meta. Si bien es cierto que algunas circunstancias históricas han ocasionado reducciones en la TMI y aumentos en EVN, la velocidad de estos cambios y su valor absoluto han sido disimiles al interior de las regiones colombianas. Particularmente, la región Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura) ha estado en desventaja con respecto a las demás. A pesar que la mayor parte de las regiones han convergido a una TMI común en los últimos años, la probabilidad de que un niño nacido vivo en el Pacífico muera durante el primer año de vida es dos veces la del promedio nacional.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que las condiciones sociales en las que nacen, viven, trabajan y envejecen los individuos influyen, de manera importante, sobre la salud de las personas. Según Cuevas et al. (2018) dichas condiciones se denominan “determinantes sociales de la salud”, y son la principal causa de las inequidades en salud

que abarcan factores económicos, sociales, culturales, políticos y medioambientales. Con base en esto, respecto a las observaciones a nivel regional, el Pacifico colombiano se caracteriza por ser uno de los territorios más atrasados en materia de desarrollo: con difíciles condiciones climáticas y geográficas, escasez de tierras fértiles, debilidad en las instituciones, condiciones difíciles de pobreza y ruralidad, aislamiento económico con respecto al mercado nacional, fuerte presencia de minorías étnicas y proliferación de enfermedades endémicas; factores que ayudan a explicar las marcadas inequidades en salud que muestra el territorio.

Por su parte, Acosta (2014) encontró que la región del Pacifico, en comparación con otras regiones del país, con menor rezago social; exhibe una situación de salud más deficiente, reporta más episodios de presencia de enfermedad (por ejemplo, de enfermedades evitables como las infectocontagiosas) y tiene menor esperanza de vida. Algunos indicadores de suma importancia para medir el estado de salud en un determinado territorio se encuentran en las condiciones de salud que presentan las madres de una región y las circunstancias en que nacen los niños. Al respecto, Aguado et al. (2007) encontraron que entre el año 2000 y 2005 la tasa de mujeres con controles prenatales óptimos (4 ó más controles), entre Colombia y el Litoral Pacífico, muestran diferencias significativas, dado que la tasa de mujeres con controles prenatales óptimos en el Litoral Pacífico, está alrededor de 20 puntos porcentuales por debajo de lo presentado para Colombia. La tasa de mujeres que no tuvieron algún tipo control prenatal en esta región, es casi 4 veces mayor a la tasa nacional.

3. DIAGNÓSTICO EN SALUD EN LA REGIÓN

De acuerdo con Acosta (2014), han identificado que entre las causas más comunes de muertes y enfermedades que se atienden en el sistema de salud en el país son en su mayoría evitables, y que esta condición es incluso mayor en territorios periféricos del país como el Pacífico, los Llanos y la Amazonía; en donde son necesarios más esfuerzos para su control. Las principales causas en términos generales, responden a los servicios de salud, caracterizados principalmente por aquellas consultas para exámenes generales y chequeo de niños y adolescentes, junto con las enfermedades del sistema digestivo y las anormales fueron las tres principales causas de consulta médica entre las mujeres y hombres para todas las regiones.

Al respecto, entre las enfermedades que más aquejan a los habitantes de la región Pacífico se encuentran la el dengue (reportando aproximadamente el 60% de los afectados del total nacional cada año), la tuberculosis (con una incidencia de 22 nuevos afectados por cada 100 mil habitantes en el 2018) y la malaria (bastante común en municipios costeros y en la mayoría de municipios del Litoral en la región; solo Chocó reporta el 50% de los infectados del total nacional). Al respecto, existe una enfermedad, una anemia producida por células falciformes, que es muy común entre la población afro de la región del Pacífico, puesto que mayormente les afecta a ellos; las poblaciones que tienen mayor riesgo se encuentran en Chocó, y en algunos municipios de Antioquia, Valle del Cauca y Nariño. Se ha registrado

que la prevalencia en infantes en Buenaventura, por ejemplo, es de alrededor del 19% (Roldán, Herrera, Hernández & Martínez, 2020).

Ahora bien, si bien, hay una ausencia marcada de datos para todos los 178 municipios que constituyen el Pacífico colombiano, es posible entrever que la población en el Pacífico enfrenta retos enormes en cuanto a la salud se refiere. Es así cómo, para el 2018 el promedio municipal correspondiente a la mortalidad infantil en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos es alta (ubicándose en un 17,14), siendo considerablemente mayor para la subregión litoral, con 23,59 pmnv. Esta realidad se repite para el caso de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA), el promedio municipal es aproximadamente el doble para el caso de la subregión litoral que el identificado para la subregión andina; incluso siendo para esta última, un valor relativamente alto (ver tabla 1).

Asimismo, la mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) muestra comportamientos similares, donde la subregión litoral se ubica en aproximadamente 20 puntos por encima del valor identificado para el total regional y para la zona andina. Finalmente, es menester mencionar que, según los datos disponibles, la causa de mortalidad en la región Pacífico asociada al embarazo, el parto o el postparto, -teniendo ocasionalmente como causa directa la falta de atención y acceso a la salud (sobre todo en las zonas de ruralidad dispersa, donde no existe la infraestructura, la dotación o la especialidad en obstetricia y ginecología para atender las madres gestantes y lactantes)-; es de las más altas del país, siendo incluso mayor en la subregión Litoral del Pacífico.

Tabla 1: Datos como promedio municipal de condiciones de salud en la región Pacífico.

	Región	**Litoral**	**Andina**
Incidencia de la tuberculosis (2018)	21,77	24,26	20,75
Incidencia del dengue (2018)	76,94	41,49	90,79
Incidencia del VIH (2018)	10,75	6,01	12,60
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (2018)	3,93	3,96	3,91
Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (x cada 1.000 nacidos vivos) (2018)	17,14	23,59	14,26
Mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) (2018) *	60,72	88,82	32,62
Mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) (2018) *	58,50	71,16	49,94
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (2017).	42,50	49,23	23,42
Razón de mortalidad materna a 42 días (2019) *	139,88	294,03	79,66

Fuente: Cálculos propios, con base en indicadores de salud tomados de Terridata (2022).
** Indicadores con muchos municipios que no contienen la información.*

Otra de las posibles razones asociadas a la mortalidad materna está relacionada con la falta de atención especializada y sanitaria óptima post parto, causando generalmente diversas complicaciones. Aunque no existe mayor diferencia en el porcentaje de atención institucional al parto entre los cuatro departamentos, no significa que la atención sea especializada y las condiciones higiénicas sean óptimas durante y posterior al embarazo.

También, importa mencionar que mientras la tasa ideal de partos atendidos por cesárea, según la OMS, no debe superar el 15%; en Colombia y en los departamentos de la región esta tasa se comporta según se muestra en la siguiente tabla.

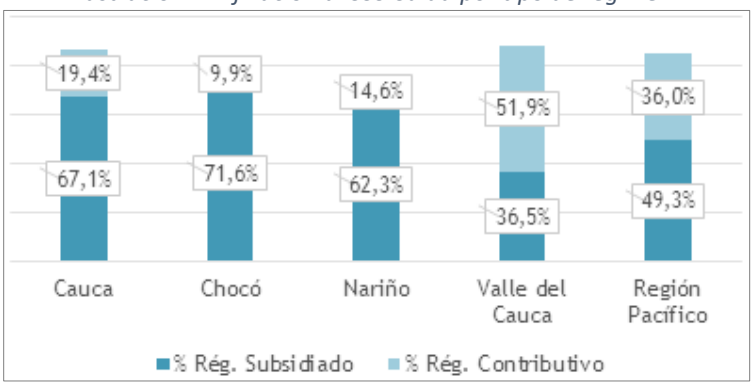
Tabla 2: Porcentaje de atención en el parto por Departamento.

	Colombia	Cauca	Chocó	Nariño	Valle
Porcentaje de atención institucional del parto (2020)	98,69	89,15	96,49	97,76	99,23
Porcentaje de partos por cesárea (2016)	45,82	34,2	28,6	51,8	37,89

Fuente: ASIS Nacional, 2017 & Asivamosensalud, 2022.

Por su parte, la cobertura de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la región con datos del 2019 es del 86,56%, que al compararla con el aseguramiento del país del 94,64%, tiene una brecha por superar de al menos 8 puntos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Además, el 49,3% pertenece al régimen subsidiado mientras que el 36% pertenece al régimen contributivo, el 1,5% a regímenes especiales o de excepción y el 1,3% es población pobre no asegurada; en términos departamentales, se puede apreciar cómo, mientras el Valle del Cauca tiene la mayor parte de su población en el régimen contributivo, este, tiende a ser inferior al 20% en los tres departamentos restantes.

Ilustración 1: Afiliación al SSS-Salud por tipo de régimen.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.

Es importante resaltar cómo para el 2018, en datos segregados por municipios, en los 50 municipios del Litoral Pacífico el 84% de su población pertenece al régimen subsidiado, un 14% al régimen contributivo y un 2% a regímenes especiales, estando más cerca de una proporción 50-50 entre regímenes la zona andina, pero presentando una inclinación considerable al régimen subsidiado si se excluyen las capitales como Cali, Pasto y Popayán de este cálculo.

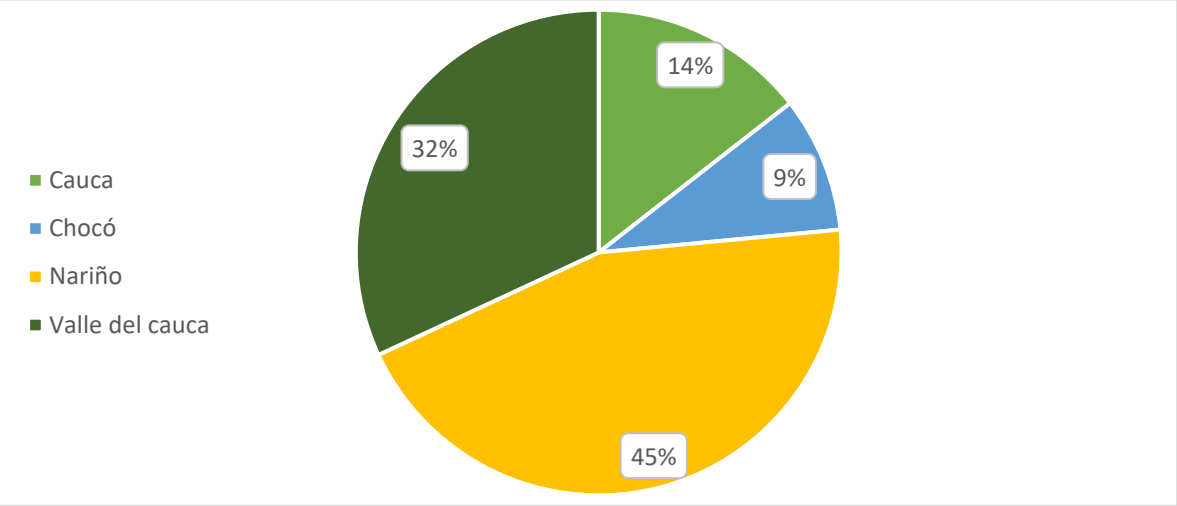
Tabla 3: Afiliación al SSS-Salud por tipo de régimen según subregión.

	Contributivo	Subsidiado
Litoral	14,1%	83,6%
Andina	47,1%	51,2%
Andina sin Capitales	32,2%	66,4%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.

En cuanto al aseguramiento en salud en el Pacífico colombiano, 166 Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS) del sector público proporcionan atención en salud en los niveles de atención establecidos por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (780 del 2016). El Departamento de Nariño concentra el mayor número de IPS de primer nivel con 68 IPS, seguido de Valle con 45 y en menor medida Cauca con 19 IPS y Chocó con 5. Frente a los prestadores de segundo nivel el departamento del Valle sostiene el mayor número de IPS públicas con 7 prestadores, seguido de Nariño con 4, Cauca con 2 y Chocó con 1. A excepción del departamento de Chocó, en los otros 3 departamentos existe 1 IPS pública de nivel de atención 3.

Ilustración 2: Distribución IPS públicas por departamento 2021



Fuente: REPS-Ministerio de Salud & Sistema de Información Hospitalaria-SIHO, Min Salud, 2021.

La mirada general frente a la composición de las IPS en la región, tanto aquellas pertenecientes al sector público como al sector privado, evidencia una alta concentración de la oferta de salud en el departamento del Valle, donde se ubican el 58% de las IPS de la región, seguido del departamento de Nariño con el 26%, evidenciando una limitada oferta en para los departamentos de Cauca (12,7%) y especialmente Chocó con el 4% del total de IPS públicas y privadas que ofertan servicios de salud en la región.

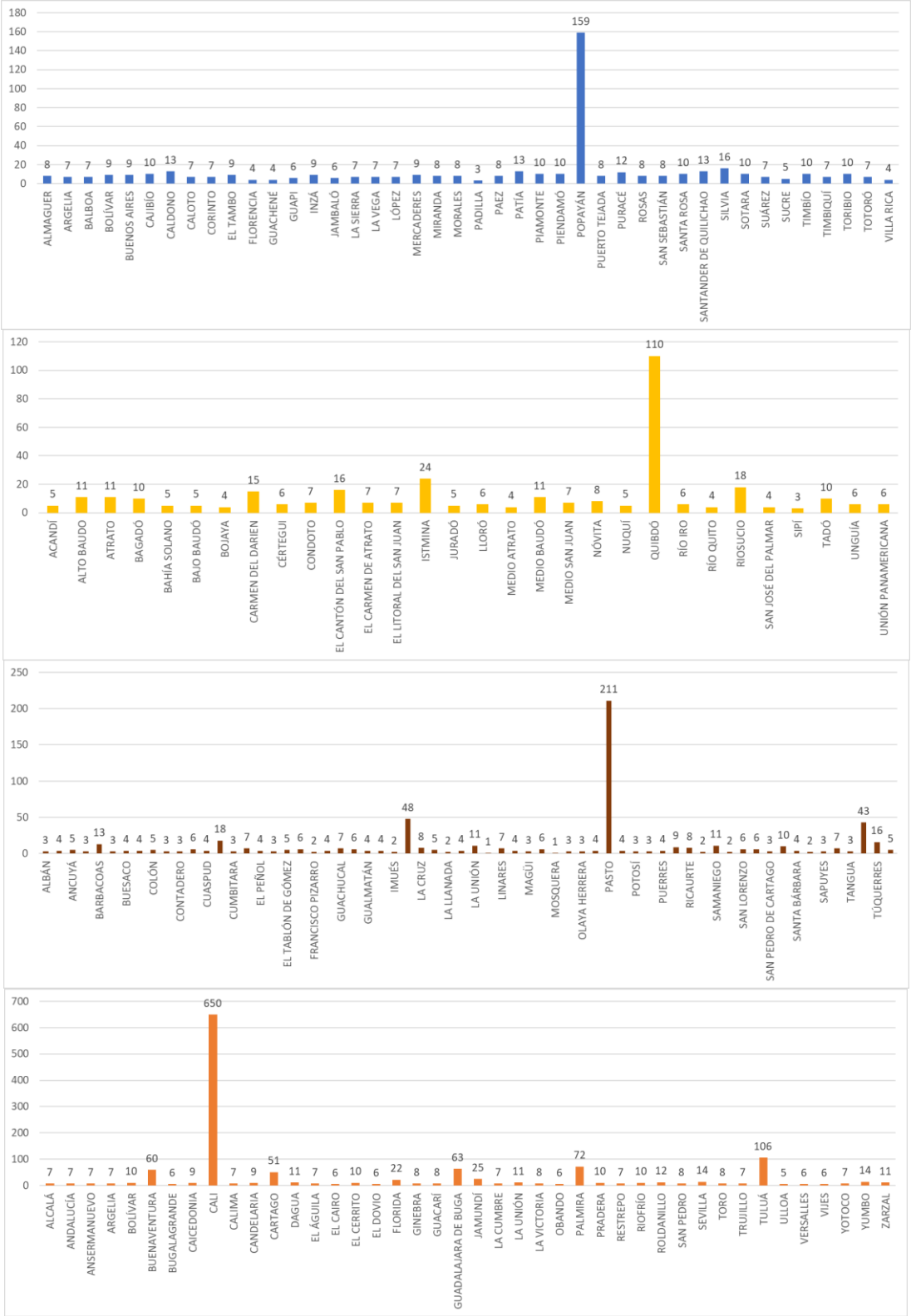
Tabla 4: Distribución IPS públicas y privadas en la región Pacífico.

	Cauca	***Chocó***	***Nariño***	***Valle***	***Región***
IPS Privadas	58	80	85	258	481
IPS Públicas	24	15	74	53	166
Total IPS	82	95	159	311	*647*

Fuente: REPS-Ministerio de Salud, 2021.

En cada uno de los departamentos se observa una gran concentración de los servicios en algunos municipios. En Cauca, en los municipios de Popayán y Santander de Quilichao; en el Chocó, Quibdó e Itsmina; en Nariño, Pasto, Ipiales, Túquerres y Tumaco; en el Valle, Cali, Buga, Palmira y Tuluá. Todos los casos con altas concentraciones de IPS en sus capitales.

Ilustración 3: IPS por municipio según departamento: Cauca, Chocó, Nariño y Valle.



Fuente: REPS-Ministerio de Salud, 2021.

En este sentido, la movilidad de usuarios para acceder a servicios de salud es bastante importante para los municipios que están distanciados de las ciudades capitales, al igual que es importante acotar que las remisiones de los hospitales de mayor nivel de la región obedecen a una movilidad regional además de la de nivel departamental debiendo las IPS dotarse, además, de infraestructuras de servicios para pacientes foráneos, incurriendo así en un aumento de los costos para el sistema de salud como para el paciente. A su vez, a partir del gráfico anterior se puede mencionar que municipios del litoral son quienes presentan menor número de IPS, incluso cuando se controla conforme a la población.

Así, en suma, la problemática en salud que enfrenta la población en el Pacífico colombiano, siendo considerablemente mayor en el Litoral Pacífico (por razones de alta ruralidad y baja accesibilidad, una débil autoridad sanitaria, insuficiente asistencia técnica y tecnológica, además de poca participación social); va, desde una pobre capacidad instalada para la atención primaria en salud, con baja promoción de servicios, hasta el difícil acceso a las instituciones que prestan los servicios de salud en los diferentes niveles del modelo integral de atención en salud (Gil, Pardo & Arenas; 2018).

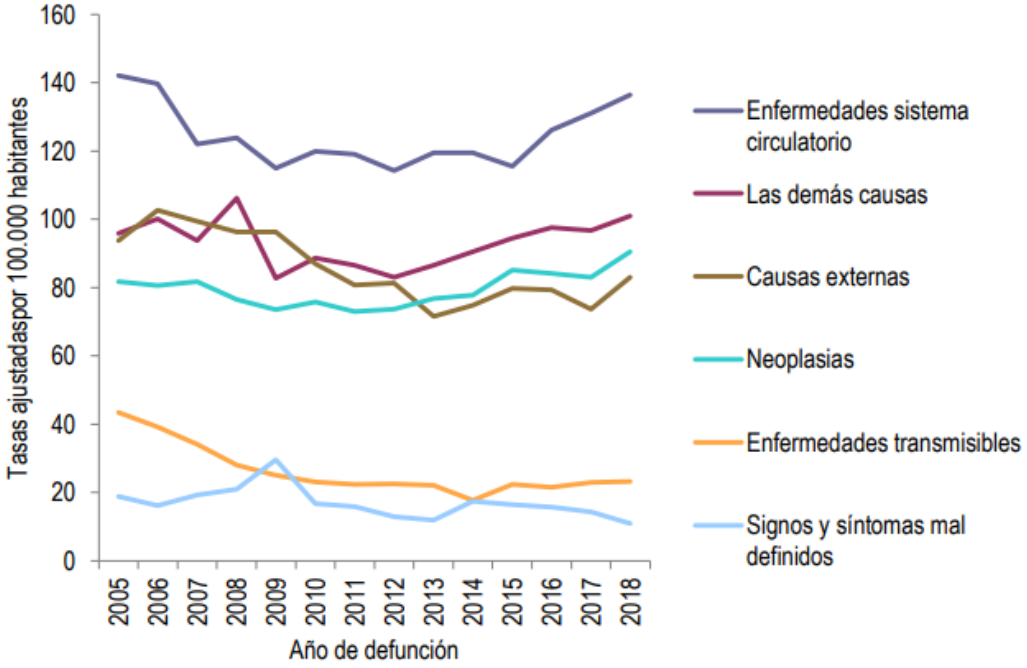
A continuación, se realizará un breve resumen del diagnóstico que presentan los Análisis de Situación en Salud (ASIS) en cada departamento de la región:

A. Análisis de Situación en Salud del Cauca (2020).

En el comportamiento de la mortalidad por grandes causas, una vez hecho el ajuste por edad, se observa un predominio de las mortalidades que tienen como gran causa las enfermedades del sistema circulatorio. Dentro del grupo, se encuentran en primer lugar las **enfermedades isquémicas** del corazón; en segundo lugar, las **enfermedades cerebrovasculares**; y, en tercer lugar, las **enfermedades hipertensivas**. El incremento de las enfermedades hipertensivas representa el mayor factor de riesgo en la población adulta y adulta mayor del departamento.

Predominan también las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus, enfermedades del sistema digestivo. En un tercer grupo se encuentran las causas externas, como las agresiones (homicidios), accidentes de transporte terrestre y las lesiones auto infringidas intencionales. Finalmente, se encuentran enfermedades como las neoplasias y las enfermedades transmisibles.

Ilustración 4: Tasa de mortalidad ajustada por edad del departamento del Cauca, 2005 – 2018.



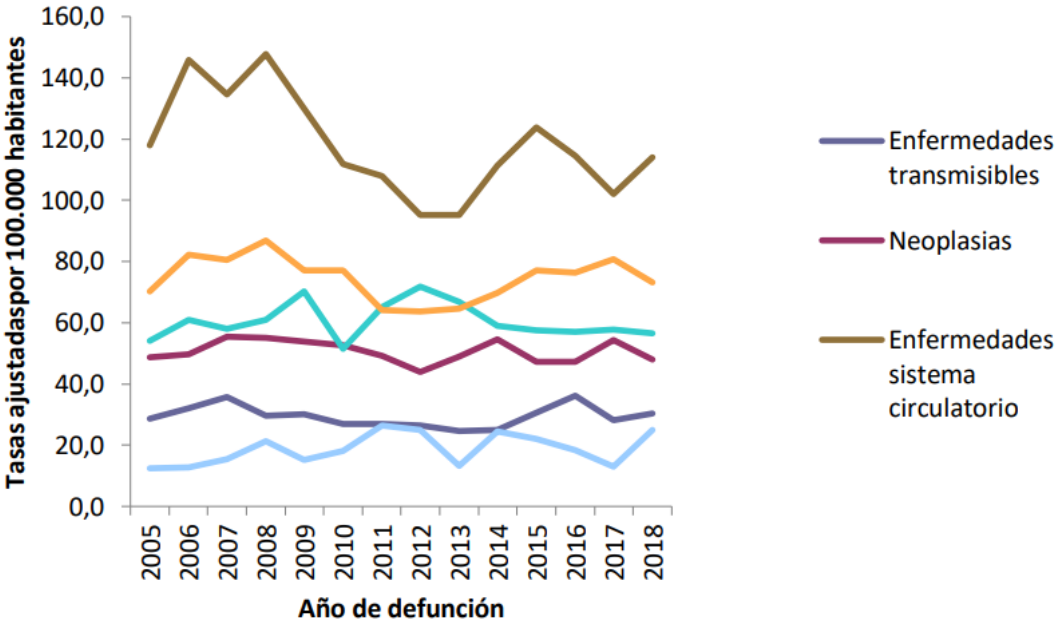
Fuente: ASIS-Cauca, 2020. Con base en DANE_SISPRO_MSPS.

La tendencia de la morbilidad por grandes causas en la primera infancia se presencia con disminución en las condiciones transmisibles y nutricionales; en los ciclos de infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor predominan las enfermedades no transmisibles. En la morbilidad por subgrupos en las enfermedades transmisibles y nutricionales predominan las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias; en las enfermedades no transmisibles predominan las enfermedades cardiovasculares, las condiciones orales y las enfermedades genitourinarias; en las lesiones la primera causa de morbilidad son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas que tienen tendencia a la disminución.

B. <u>Análisis de Situación en Salud del Chocó (2020).</u>

La mortalidad general para el departamento, indica mayores tasas de mortalidad para las enfermedades del Sistema circulatorio, seguido de las demás causas y las causas externas. La mortalidad del departamento ajustada en hombres, evidencia que las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio y las de causa externa fueron las de mayores tasas de mortalidad. Para el caso de las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias son las de mayores tasas.

Ilustración 5: Tasa de mortalidad ajustada por edad del departamento del Chocó, 2005 – 2018.



Fuente: ASIS-Cauca, 2020. Con base en DANE_SISPRO_MSPS.

Se identifica que los principales grupos de morbilidad por grandes causas en el departamento del Chocó son las enfermedades derivadas del periodo perinatal, seguido de los traumatismos y las infecciones respiratorias; en cuanto a ciclos vitales, las principales causas de morbilidad se muestran en los ciclos de infancia, adultez y persona mayor. Otra de las prioridades de morbilidad, son las enfermedades no transmisibles; para el caso de las enfermedades de alto costo y los eventos precursores, se encuentra que estos no cuentan con información actualizada, siendo la leucemia mieloide, linfoide la hipertensión y la diabetes las principales causas de morbilidad.

El Chocó, por sus condiciones socio ambientales y sanitarias es propicio para eventos de interés en salud pública como los Transmitidos por Vectores, entre los que se encuentra la malaria, el dengue y la Leishmaniosis. La malaria en sus diferentes especies parasitarias es el principal evento para el departamento, y aporta más del 50% de los casos con una tendencia a aumentar a través del tiempo, como evento de interés en salud pública, la mortalidad materna es uno de los peores indicadores para el departamento.

C. <u>Análisis de Situación en Salud de Nariño (2021).</u>

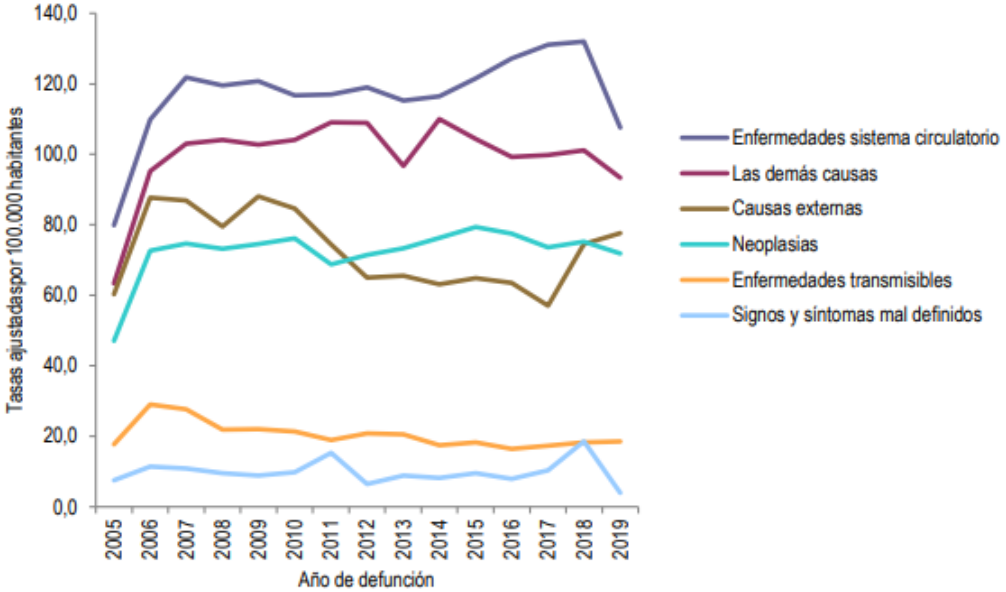
Entre el año 2005 y 2019 en el departamento de Nariño se presentaron 95.070 muertes durante el período analizado, con tendencia creciente, evidenciando que el mayor porcentaje de muertes se presentan en hombres. De las ocurridas en 2019 (7.540), 22 personas (0,29%) tenían como nivel educativo especialidad, 7 personas (0,09%) tenían maestría, 248 (3,29%) tenían preescolar, básica primaria 3.931 (52,21%), Bachiller 529

(7,02%), técnico y tecnólogo 23 (0,31%), Profesionales 197 (2,61%), normalistas 16 (0,21%), ninguna formación 1.280 (16,98%) y sin información 733 (9,72%).

Entre el año 2008 y 2019 en el departamento de Nariño se presentaron 79.337 muertes, de las ocurridas en 2019 (7.540), 534 personas (7.08%) pertenecen a comunidad indígena, ROM (Gitanos) 3 (0.04%), Palenquero de san Basilio 1 (0.01%), negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente 862 (11.46%), otras etnias 6.138 (81.41%), Raizal 2 (0.01%) y sin información 0 casos.

El comportamiento entre los años 2005 a 2019 muestra variaciones para las tres primeras causas de mortalidad, siendo relativamente mayores las causas asociadas a enfermedades del sistema circulatorio, otras causas y causas externas. En los hombres se encuentra mayores tasas de mortalidad por causas externas, por encima de enfermedades del sistema circulatorio y otras causas. En las mujeres, en cambio, la principal causa de mortalidad se asocia a enfermedades del sistema circulatorio seguido de las demás causas.

Ilustración 6: Tasa de mortalidad ajustada por edad del departamento de Nariño, 2005 – 2019.



Fuente: ASIS-Nariño, 2021. Con base en DANE_SISPRO_MSPS.

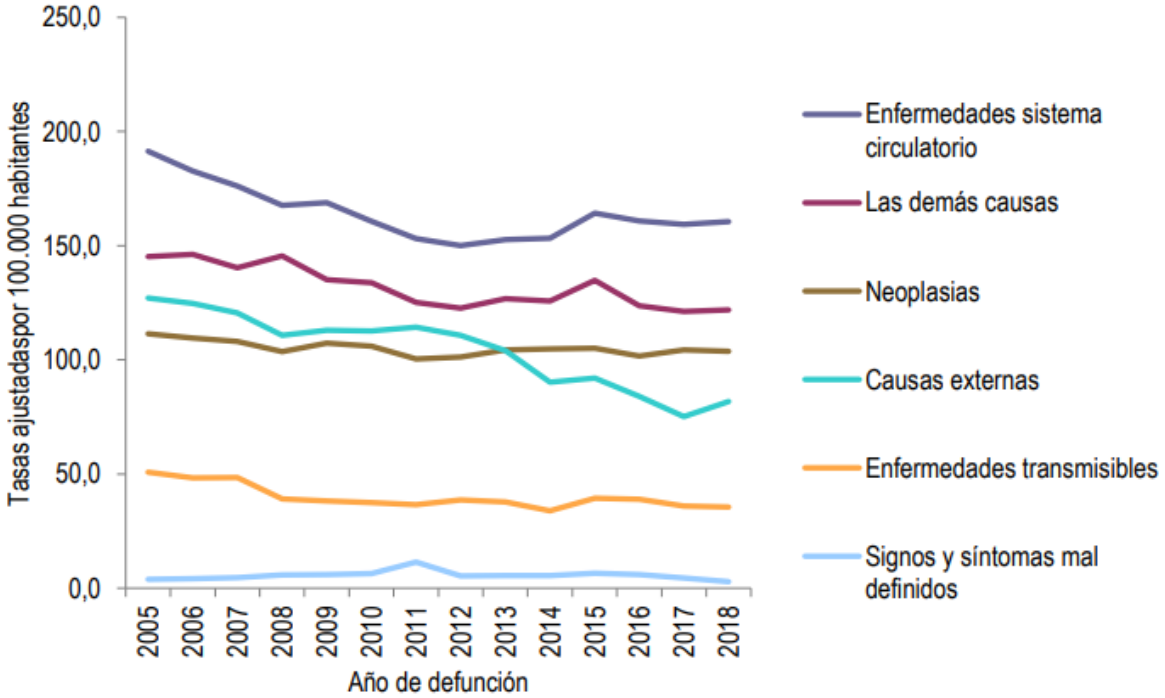
El análisis de morbilidad por grandes causas en el departamento de Nariño, según los ciclos vitales, muestra que son principalmente las condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia, y las enfermedades no transmisibles en la infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años. Resaltándose que, la morbilidad en hombres es determinada por las patologías agrupadas en las Enfermedades no transmisibles, manteniéndose en cada uno de los ciclos vitales con excepción en la etapa de la primera infancia. Para las mujeres se evidencia una disminución de las grandes causas de morbilidad, se caracterizan por la alta frecuencia de enfermedades no transmisibles.

D. Análisis de Situación en Salud de Valle del Cauca (2020).

En la población general del Valle del Cauca son las muertes por enfermedades del sistema circulatorio las que presentan mayor incidencia según las tasas ajustadas para el año 2018 y para todo el periodo de estudio, alcanzando un pico máximo de 191,4 muertes por 100.000 habitantes en el año 2005 y un mínimo en el año 2012 (150,0). Observándose que en 2018 hubo un leve incremento respecto a 2017.

El grupo denominado como las demás causas, ocupa el segundo lugar para 2018, alcanzando un punto máximo de 146,2 muertes por 100.000 habitantes en el año 2006, y un punto mínimo en el 2017 con una tasa de 121,2. Se resalta también la alta incidencia de las neoplasias en el tercer lugar, la mortalidad por este grupo de enfermedades alcanza el pico máximo en el año 2005 (111,4 muertes por 100.000 habitantes) y su mínima expresión en el año 2011 (100,4), observándose un leve aumento para el año 2017 respecto a 2016. Las causas externas ocupan el cuarto lugar en la incidencia para el año 2017 según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,1 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2005 y un mínimo de 75,1 en el año 2017.

Ilustración 7: Tasa de mortalidad ajustada por edad del departamento del Valle del Cauca, 2005 – 2018.



Fuente: ASIS-Valle, 2020. Con base en DANE_SISPRO_MSPS.

Para el año 2019, se encontró que las principales causas de morbilidad para todos los ciclos vitales y en ambos sexos para el Departamento del Valle del Cauca, son las Enfermedades No transmisibles; con un incremento de estas a medida que aumenta la edad. Se priorizaron las condiciones mal clasificadas para primera infancia por tener incrementos para el año 2019, pero en general este grupo aumentó para todos los ciclos vitales y se constituye en un obstáculo para el correcto diagnóstico y posterior

tratamiento de las patologías, lo cual posiblemente incrementa los índices de mortalidad.

Respecto a la morbilidad por causas específicas, en las enfermedades musculoesqueléticas en mujeres, las cuales, aunque presentan un indicador levemente inferior al valor nacional, tiene una carga importante y con fluctuaciones en su tendencia y además entre las no transmisibles, constituyen el 13% de las consultas. También se resaltan las enfermedades neuropsiquiátricas en hombres, estas presentan un indicador que supera el valor departamental y además tiene tendencia al incremento. Finalmente, entre los subgrupos de morbilidad también se priorizaron las deficiencias nutricionales en la población general, pues se presenta una tendencia al incremento en el departamento.

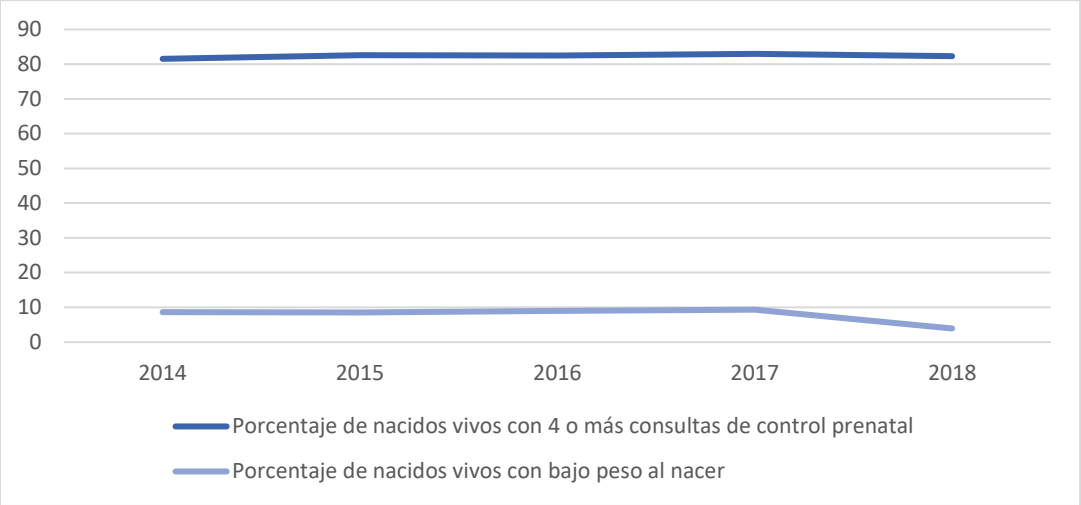
3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Los indicadores en salud pueden agruparse en por lo menos tres dimensiones, una referente al aseguramiento, que mida la cobertura en materia de atención en general para la región; una segunda, referida a tasas e índices que reflejen el estado de salud de la población según ciertos tipos de enfermedades o condicionantes de la calidad de vida de los habitantes; en una tercera línea se pueden clasificar los niveles de satisfacción y los niveles de percepción subjetiva que las personas tienen frente al sistema de salud y a su estado particular de bienestar.

Revisando las principales fuentes de información públicas existentes se puede identificar que, en materia de aseguramiento y coberturas; es posible identificar, por ejemplo, el número de personas afiliadas a determinados regímenes (subsidiado, contributivo o especial). También, se puede medir con buena precisión de escala subregional la población pobre no atendida y el número de IPS existentes. No obstante, dado que, estar afiliados no garantiza el acceso a servicios de salud -ya que este no es el único factor que determina la utilización de los servicios-; tampoco es suficiente con saber el aseguramiento o las coberturas para determinar la calidad del sistema de atención de salud.

Respecto a la segunda dimensión, se manifiestan ciertas complicaciones en la precisión de la medición de indicadores; en este sentido, por ejemplo, indicadores como el *porcentaje de nacidos vivos con bajo peso, o con más de cuatro de consultas prenatales* muestran una evolución año a año que permiten evaluar cómo ha cambiado esta condición en territorios del Pacífico (en el siguiente gráfico se aprecia cómo se ha mejorado con el número de nacidos con bajo peso, aunque el número de nacidos con más de cuatro consultas prenatales se mantiene estable), a la vez que permite cálculos a escala subregional puesto que este se realiza por municipio.

Ilustración 8: Evolución del estado de salud de nacidos vivos en la región Pacífico.



Fuente: Realización propia, con base en el Ministerio de Salud, 2021.
* * Los valores hacen referencia al promedio municipal para la región.

No obstante, otros indicadores que pueden ayudar a estimar de manera precisa el estado de salud en los territorios muestran complicaciones al medirse año tras año, como es el caso de las tasas de cobertura de vacunación pentavalente, tripe viral o la DPT (Difteria, Tétanos y Tos Ferina). Oros, muestran problemas de representatividad a escalas subregionales, dado que no se logra medir con frecuencia en muchos municipios, este es el caso de indicadores como la *mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda*, la *Mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)* o la *Razón de mortalidad materna a 42 días*.

Finalmente, respecto al tercer grupo, referido a aquellos índices subjetivos que buscan medir el nivel de satisfacción de las personas con respecto a su salud y el servicio de sistema de atención en general. Sin embargo, es necesario mencionar que, la construcción de dichos indicadores se basan en el uso de encuestas de hogares, por lo que obtenerlos a una escala departamental y regional, con cierta periodicidad se consiguen la implementación propia de criterios a los datos puros; por ejemplo, con los microdatos de encuestas como la de Calidad de Vida (ECV) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE y/o información que se presenta en la Encuesta de Estadísticas Vitales (EEVV) de la misma entidad.

Impactar en indicadores de salud resulta fundamental toda vez estos reflejen con precisión el estado de bienestar de la población de un determinado territorio. Debido a la importancia que tiene entonces la salud como dimensión fundamental del desarrollo humano, toda acción encaminada a mejorar dichas variables podrá impactar por tanto positivamente en la vida de las personas. En este sentido, entre las estrategias que se han realizado para intentar mejorar los indicadores de salud en la región se pueden mencionar:

- **INSTITUTO DE SALUD DEL PACIFICO:** Institución dedicada a estudiar y tratar las enfermedades endémicas que afectan la región Pacífico, ha sido fortalecida con el

apoyo de la **Agencia Presidencial de Cooperación (APC).** Su objetivo es ayudar al mejoramiento y fortalecimiento del diagnóstico y seguimiento de enfermedades endémicas mediante el laboratorio clínico. Cuenta con tres sedes en la zona del Litoral Pacifico: **Valle del Cauca (Buenaventura), Nariño (Tumaco) y Chocó (Quibdó, en construcción).** Así mismo, se planea establecer otra en **Cauca (Guapi).**

Reconocidos como el instituto de investigación científica líder en el Litoral Pacifico, influyendo activamente en las políticas de salud publicas gubernamentales a través del aporte de conocimiento científico confiable y de calidad que genere herramientas efectivas y que permitan intervención oportuna en las comunidades.

- **Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas:** es un centro de investigación, desarrollo tecnológico y formación de recurso humano en el campo de la salud. Su propósito es buscar alternativas para disminuir el impacto negativo y los costos de las enfermedades infecciosas.

  CIDEIM cuenta con más de 15 años de experiencia en la investigación de la resistencia a los antimaláricos y en el diagnóstico, reclutamiento y seguimiento de pacientes con malaria para ensayos clínicos. Entre sus aportes a la investigación en salud en el Pacífico se encuentran, la determinación de la eficacia terapéutica de los medicamentos antimaláricos en la Costa Pacífica y el Amazonas colombiano (permitió dar la información necesaria para dicha actualización); se demostró el efecto de la migración humana entre zonas endémicas para malaria en Colombia en la diseminación de cepas de P. falciparum; se establecieron colaboraciones con redes regionales (RAVREDA) e internacionales (WWARN) para la vigilancia de la resistencia a antimaláricos; se implementó un plan de choque para la reducción de la mortalidad por malaria en el Valle del Cauca; entre otras.

- **Hospital Padrino:** para responder a la problemática de la carencia de servicios médicos de alta complejidad, la Fundación Valle del Lili conjunto a Pro-Pacífico se unieron en esta estrategia con la que se empezó un proceso de implementación para activar el Servicio de Telemedicina en los hospitales de municipios como Olaya Herrera, Mosquera, El Charco y Barbacoas, en el Litoral Pacífico. Con esta estrategia, la Fundación Valle del Lili también brindará acompañamiento médico especializado y direccionamiento administrativo a estos centros médicos.

  Hasta esas comunidades se han trasladado en diferentes oportunidades, desde el 2020, equipos médicos y administrativos de la Fundación Valle del Lili, acompañados por estudiantes de medicina con el objetivo de capacitar al personal médico y auxiliar local, así como para asesorarlos en la adecuación del nuevo servicio tecnológico y afianzar un canal de comunicación que permita el acompañamiento permanente.

Uno de los indicadores del impacto de este programa, es *"la reducción de costos por remisiones de pacientes a otras instituciones de salud"*, un proceso costoso tanto para el sistema de salud pública como para las familias; con este servicio otros podrán tratarse exitosamente dentro del territorio, gracias al acompañamiento de los especialistas a través de teleconsultas.

- **Implementación de un programa multisectorial para la disminución de la carga de la malaria en el Litoral Pacifico colombiano:** proyecto impulsado por la gobernación del Valle para contribuir a la reducción de los índices de malaria en el Litoral Pacífico Colombiano, y a la consolidación de las capacidades nacionales y regionales en CTeI buscando, eliminar la mortalidad por malaria, reducir la morbilidad por esta y otras patologías infecciosas, y mejorar la calidad de vida de la población de la región.

  A 2019, se habían invertido más de 5 mil millones de pesos en el proyecto, con alrededor de tres mil millones de pesos para cumplir con los objetivos de fortalecer la red de diagnóstico y tratamiento y el de fortalecer los programas de control vectorial. Entre las actividades realizadas se encuentran entrenamiento de personal en salud, la caracterización de factores entomológicos y epidemiológicos; la creación de un sistema de captura, análisis y detección temprana; entre otras cosas.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Los estudios y la información estadística recopilada da evidencias sobre el enorme reto que existe en términos de mejorar los indicadores de salud en los municipios de la región del Pacífico. Se muestra a una región con rezagos en términos de la atención de salud a todo nivel, con resultados poco óptimos frente a niveles de morbi-mortalidad según los altos índices de mortalidad infantil y niños nacidos con problemas de peso. También, se encuentra como un territorio que puede mejorar sus indicadores de salud, toda vez que logre la capacidad de mejorar la eficiencia en la detección y atención de la enfermedad, puesto que las principales procedencias de mortalidad y de atención hospitalaria se hallan en enfermedades y causales evitables.

Lo anteriormente mencionado muestra un panorama en la región que debe invitar a la reflexión sobre estrategias que mejoren los niveles de salud en el Pacífico colombiano. En este sentido, se recomienda orientar esfuerzos a la estructuración, fortalecimiento e implementación de un nuevo esquema de atención reflejado en un renovado modelo del sistema de salud, que mejore el acceso y la calidad de los servicios en zonas dispersas de la región, considerando componentes diferenciadores según afectaciones étnico-culturales y reconociendo la pertinencia de concebir un esquema bajo una óptica diferencial el diseño e implementación de políticas, programas y acciones para un territorio como el mencionado, la región del Pacífico.

Finalmente, se reitera la importancia que tiene la construcción de mejorar la calidad de los indicadores; en ese sentido, se puede mejorar la significancia de estos a una escala municipal, que existan registros periódicos, que sean fáciles de encontrar en plataformas de información públicas; que permitan realizar cruces de información según grupos poblacionales y que logren identificar las principales causas de morbi-mortalidad con precisión.

REFERENCIAS

Acosta, K.; 2014. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Documentos de Trabajo Regional, Banco de la República - (213). Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Tomado de: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_213.pdf

Bernal Ó. y Gutiérrez C. (2012). "La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones". Universidad de los Andes. Editorial Kimpres Ltda. Bogotá D.C.

Bonet, J.; Guzmán, K; 2015. Un análisis regional de la salud en Colombia. Documentos de Trabajo Regional, Banco de la República. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Tomado de: https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/2996/dtser_222.pdf

DANE, 2018. Censo Nacional de Población y Vivienda. Tomado de: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018

Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2014. Misión para la transformación del campo. Tomado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Econmicos/2015ago6%20Documento%20de%20Ruralidad%20-%20DDRS-MTC.pdf

Herramienta de visualización de datos del DNP-Terridata, visto a febrero de 2022. Dimensión de salud, escala municipal. Tomado de: https://terridata.dnp.gov.co/#/comparaciones

Gil Forero, J. C., Pardo Herrera, I., & Arenas Quintana, B. Determinación Social: Análisis para la construcción de un modelo diferencial en Atención Primaria en Salud del Pacífico Colombiano. Tomado de: https://www.researchgate.net/profile/Ivanoba-Pardo-Herrera-2/publication/334524077_Determinacion_Social_Analisis_para_la_construccion_de_un_modelo_diferencial_en_Atencion_Primaria_en_Salud_del_Pacifico_Colombiano/links/5d2f8859458515c11c392f1a/Determinacion-Social-Analisis-para-la-construccion-de-un-modelo-diferencial-en-Atencion-Primaria-en-Salud-del-Pacifico-Colombiano.pdf

Ministerio de Salud, 2021. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Tomado de: https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Relaci-n-de-IPS-p-blicas-y-privadas-seg-n-el-nivel/s2ru-bqt6/data

Mora, H., y Morales, L. (1997). "Consideraciones sobre la evaluación de la eficiencia relativa de los hospitales colombianos". Universitas Económicas, 9, 21-39.

Sarmiento, A., Castellanos, W., Nieto, A. C., Alonso, C. E., y Pérez, C. A. (2005). "Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Archivos de Economía, 298, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.