REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - Nº 586 Bogotá, D. C., viernes, 5 de agosto de 2016 EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES: GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTA NÚMERO 02 DE 2016

(agosto 2)

Legislatura 2016-2017

"Tema: Control Político – citación a la doctora Martha Lucía Ospina Martínez, Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), para sustentar los siguientes informes: quinto, sexto y séptimo informe, consideración y aprobación del Acta número 01 (27 de julio de 2016) y consideración de proyectos en primer debate: Proyecto de ley número 186 de 2016 Senado, 034 de 2015 Cámara".

Siendo las once y ocho minutos de la mañana (11:08 a. m.), del día martes dos (2) de agosto de dos mil dieciséis (2016), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, el honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo,* en su calidad de Vicepresidente, y, como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara.* Se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ORDEN DEL DÍA

Martes 2 de agosto de 2016 – Acta número 02

Legislatura 2016-2017

Hora: 10:00 a. m.

Lugar: recinto de sesiones de la Comisión Séptima del Senado – piso 3°, Edificio Nuevo del Congreso

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta célula legislativa (honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, Presidente, y honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo,* Vicepresidente), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del martes 2 de agosto de 2016, que aquí se convoca, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Consideración y aprobación de las siguientes actas:

1. **Acta 01 del miércoles 27 de julio de 2016 -** ***Gaceta del Congreso*** número XXX/2016

Las observaciones que se formulen a dicha acta, si las hubiere, se presentarán por escrito ante la Secretaría de la Comisión y se insertarán en el Acta número 2 (del martes 2 de agosto de 2016, Legislatura 2016-2017), según el inciso 4° del artículo 35 del Reglamento Interno del Congreso. Textos digitales enviados a sus respectivas cuentas electrónicas, con cuadro anexo de las respectivas asistencias.

IV

Consideración de proyectos en primer debate

Anunciados el día miércoles 27 de julio de 2016, de conformidad con el artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003 (inciso último del artículo 160 de la Constitución Política), así:

1. **Proyecto de ley número 186 de 2016 Senado, 034 de 2015 Cámara,** *por medio de la cual se adopta la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.*

Iniciativa: honorable Representante *Clara Leticia Rojas González.*

Radicado Cámara: 28-07-2015, en Senado: 24-05-2016 en Comisión Senado: 26-05-2016.

Trámite en Cámara de Representantes	
Autor	Honorable Representante *Clara Leticia Rojas González*
Radicado	julio 28 de 2015
Publicación proyecto	***Gaceta del Congreso*** número 546 de 2015
Radicado en Comisión	agosto 4 de 2015
Ponentes primer debate Cámara	Honorable Representante Óscar de Jesús Hurtado Pérez (coordinador ponente), honorable Representante *Esperanza María de los Ángeles Pinzón*, honorable Representante *Ana Cristina Paz Cardona*, honorable *Representante Cristóbal Rodríguez Hernández*, honorable Representante *Argenis Velázquez Ramírez,* designados el 11 de agosto de 2015
Publicación ponencia primer debate	***Gaceta del Congreso*** número 689 de 2015
Anunciado	septiembre 15 de 2015 Acta número 10
Aprobado en Comisión	septiembre 22 de 2015 Acta número 11
Ponentes segundo debate	Honorable Representante Óscar de Jesús Hurtado Pérez (coordinador ponente), honorable Representante *Esperanza María de los Ángeles Pinzón*, honorable Representante *Ana Cristina Paz Cardona,* honorable Representante *Cristóbal Rodríguez Hernández,* honorable Representante *Argenis Velázquez Ramírez,* designados el 11 de agosto de 2015
Ponencia segundo debate	***Gaceta del Congreso*** número 857 de 2015
Enviado a Secretaría General	octubre 28 de 2015
Comentarios Ministerio de Salud	***Gaceta del Congreso*** número 872 de 2015
Conceptos allegados	Concepto Minhacienda **(sin publicar en Cámara)** Fecha: noviembre 23 de 2015 Nota: Se abstiene de emitir concepto favorable. ***Gaceta del Congreso*** número 959 de 2015

Trámite en Senado de la República

Publicaciones – ***Gacetas del Congreso***

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2do DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINTIVO PLENARIA CÁMARA	PONENCIA 1do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINTIVO PLENARIA SENADO
08 artículo 546 de 2015	**08 artículo 689 de 2015**	**09 artículo 857 de 2015**	**09 artículo 857 de 2015**	**09 artículo 329 de 2016**	**09 artículo 428 de 2016**			

honorables Senadores Ponentes (13-06-2016)	Asignado (A)	Partido
Sofía Gaviria Correa	Ponente Única	Liberal

Anuncios
miércoles 27 de julio de 2016, Según Acta número 01

Concepto Ministerio de Hacienda
Fecha: 14-07-2016 ***Gaceta del Congreso*** número 507 de 2016
Se manda publicar el 18 de julio de 2016

Llega informe de ponencia para primer debate el 14 de junio de 2016.

V

Control Político: Citación a la doctora *Martha Lucía Ospina Martínez,* Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), para que sustente los siguientes informes:

Quinto Informe: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y Discapacidad en Colombia.

Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 458 de 2015 – 59 de 2016.

Sexto Informe: "*Desigualdades sociales en salud en Colombia*".

Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 205 de 2016

Séptimo Informe: "*Análisis de Situación en Salud Una mirada al ASIS y Análisis en profundidad*".

Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 446 de 2016.

VI

Lo que propongan las honorables Senadoras y los honorables Senadores

La Mesa Directiva saliente de la Comisión Séptima del Senado altamente agradecerá la **puntual asistencia**, para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.

El Presidente,

Édinson Delgado Ruiz.

El Vicepresidente,

Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

El Secretario de la Comisión,

Jesús María España Vergara.

Esta sesión contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:

Castañeda Serrano Orlando

Castilla Salazar Jesús Alberto

Delgado Ruiz Édinson

Gaviria Correa Sofía

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Ospina Gómez Jorge Iván

Soto Carlos Enrique y

Uribe Vélez Álvaro.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:

Andrade Casamá Luis Évelis

Blel Scaff Nadia

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Martínez Mauricio

Pestana Rojas Yamina del Carmen

Pulgar Daza Eduardo Enrique.

La Secretaría informó al señor Presidente que la sesión se inició con quórum decisorio. A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente sesión de control político, Legislatura 2016-2017, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Los honorables Senadores:

Andrade Casamá Luis Évelis

Blel Scaff Nadia

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Martínez Mauricio y

Pestana Rojas Yamina del Carmen

Quienes asistieron a la sesión del miércoles 27 de julio de 2016, no votaron la aprobación del Acta número 01, porque no estaban presentes al momento de la votación. Posteriormente llegaron en el transcurso de la sesión.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Un saludo para todos los colegas, Senadores y Senadoras de la Comisión Séptima, señor Secretario, funcionarios, igualmente a todos los asistentes vamos a dar inicio a esta sesión de la Comisión Séptima en la cual hoy tenemos la presencia de la doctora Martha Lucía Ospina, Directora del Instituto Nacional de Salud, precisamente para uno de los temas que vamos a abordar en el día de hoy. Señor Secretario, sírvase dar lectura al Orden del Día. Señor Secretario, sírvase llamar a lista para verificar quórum.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las once ocho minutos (11:08 a. m.) de hoy martes 2 de agosto de 2016, por autorización del honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, se procede por la Secretaría de la Comisión a hacer el llamado a lista y seguidamente hacer la lectura del Orden del Día propuesto para la Sesión Ordinaria de la fecha:

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	
Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	Presente
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	Presente
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	Presente
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	Presente
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	Presente
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	Presente
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	Presente
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	Presente

Señor Presidente, contestaron el llamado a lista ocho (8) honorables Senadores y Senadoras; en consecuencia, la Secretaría que se registra quórum decisorio.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Gracias, señor Secretario. Entonces por favor sírvase leer el Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Orden del Día para la Sesión Ordinaria de hoy martes 2 de agosto de 2016, correspondiente al Acta número 02 de la Legislatura 2016-2017:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Consideración y aprobación de Acta número 01 de la Legislatura 2016-2017, de la Sesión del miércoles 27 de julio pasado

IV

Consideración de proyectos anunciados en la Sesión Ordinaria del miércoles 27 de julio, de conformidad con el artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003, Inciso último del artículo 160 de la Constitución Política, donde se anunció el Proyecto de ley número 186 de 2016 Senado, 034 de 2015 Cámara, título *por medio de la cual se adopta la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.*

V

Control Político

Citación a la doctora *Martha Lucía Ospina Martínez*, Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), para que sustente los siguientes informes:

Quinto Informe: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y Discapacidad en Colombia. Publicado el informe en la ***Gaceta del Congreso*** números 458 de 2015 y 59 de 2016.

Sexto Informe: "*desigualdades sociales en salud en Colombia*".

Publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 205 de 2016

Séptimo Informe: "*Análisis de Situación en Salud: Una Mirada al ASIS y Análisis en profundidad*".

Publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 446 de 2016.

VI

Lo que propongan las honorables Senadores y honorables Senadoras

Leído el Orden del Día propuesto para esta Sesión señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Gracias, se pone en consideración, el Orden del Día leído, se abre la discusión, anuncio que se va a cerrar, queda cerrada. ¿Aprueban los honorables Senadores y Senadoras?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Con ocho (8) votos presentes en el recinto, que son los mismos que contestaron el llamado a lista para el quórum decisorio, ha sido aprobado el Orden del Día tal como ha sido presentado señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, continuemos entonces señor Secretario con los puntos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Segundo punto, Informes de la Mesa Directiva.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy importante toda la discusión que se viene dando en el país en el tema de la salud, ayer tuve la oportunidad de dirigir una Sesión en bloque Parlamentario del Valle del Cauca, que además quiero decirle es un modelo que se tiene en cuanto a que este bloque regional y de Congresistas del Valle del Cauca confluyen allí diferentes sectores de la sociedad vallecaucana, todos los Congresistas, Senadores y Senadoras, los empresarios, el sector privado, Cámara de Comercio, el sector académico, sectores sociales y normalmente cada mes se ventilan muchos temas, tuvimos la oportunidad de discutir y poder escuchar a directores, Gerentes de dos EPS muy importantes para el país y del Occidente colombiano, uno de ellos Coomeva y el otro Comfandi y en esa discusión y precisamente se abordaron temas que tienen que ver con toda la política en salud, el modelo de salud, algunos inconvenientes, algunos planteamientos en torno a la problemática que estamos viviendo, de todas maneras este es un tema que no se acabará a mi juicio, por el contrario va a ameritar que esta Comisión dedique mucho tiempo en examinar con mucha más profundidad insisto el modelo algunos ajustes al modelo, para poder presentarle al país algunas alternativas, hay quejas muy fuertes en torno al funcionamiento como tal, al modelo y sobre todo el papel de las EPS e inclusive hoy en los medios se registró algo muy importante y es que se va a pedir a la Comisión de Derechos Humanos a la Comisión precisamente su intervención en lo que tiene que ver con el caso de Cafesalud, especialmente en el Valle del Cauca en el programa de los niños con cáncer. Parece que lo que se ha observado es que hay un abandono total en esa atención y es muy grave lo que está sucediendo en el Valle del Cauca e igualmente por medio de algunos de los colegas he también tenido una información muy seria en lo que tiene que ver con el funcionamiento de Cafesalud, además de Saludcoop, Saludcoop aquí la doctora Sofí va a tener la oportunidad de hablar un poco más adelante en torno a esta situación grave que se está viviendo precisamente con Saludcoop.

Por otro lado, quiero informales, en Secretaría General del Senado de la República, hasta el fin de semana se habían presentado 59 proyectos de ley, radicados 59 proyectos de ley, de esos 59 proyectos de ley a esta Comisión están correspondiendo 19, 33.33% eso es para que ustedes se den cuenta de la dimensión del trabajo que va a corresponder a esta Comisión y como lo hemos venido ratificando una y otra vez, cuando hacemos el análisis y el balance de los proyectos de ley que se presentan, que se radican en el Congreso de la República, el mayor peso recae en el Comisión Séptima, por lo tanto nos va a corresponder una tarea bastante ardua y esperamos que en esta semana una vez tengamos en detalle toda la relación de los proyectos, podamos distribuir precisamente esas ponencias con cada uno de ustedes para atender los requerimientos que corresponden.

Acabo de llegar de la Presidencia de la República en la sanción de la ley precisamente de Cero a Siempre, ley muy importante que se tramitó por esta Comisión Séptima, tuvimos la oportunidad de tener ponentes, el doctor Pulgar, la doctora Sofí y demás, hoy se sancionó esta ley, ya queda como definida claramente como

una política de Estado, ya no va a corresponder a una decisión de Gobierno, el Gobierno de turno, sino una política de Estado, igual como sucedió con este proyecto de ley que se convirtió en ley de la República, que era la ley de Familias en Acción, entonces bienvenido, esto es parte del trabajo que ya ha venido realizando la Comisión en bien del país, por lo tanto vamos para adelante, vamos a seguir con esa energía que ha caracterizado a cada uno de los Senadores y Senadores de la Comisión Séptima del Senado. Muchas gracias. Bien pueda, Senador Pulgar.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Gracias señor Presidente. Señor Secretario para que deje constancia de mi presencia y quería preguntarle si el cuestionario que le enviamos al Presidente de Cafesalud ya fue recibido.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

En horas de la mañana de hoy se notificó honorable Senador, tuvimos problemas sin sistemas acá en la Comisión desde el día jueves, no teníamos computadores para laborar.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muchas gracias, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Pero hoy en la mañana ya se hizo Senador.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

¿En qué punto del Orden del Día vamos señor Secretario por favor?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

En el punto de Informes de la Mesa Directiva que corresponde al segundo punto.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Bienvenida Ministra.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien ok. Señor Secretario continuemos con el Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Punto Tercero, Consideración, discusión y votación del Acta número 01 de la Legislatura 2016-2017 correspondiente a la Sesión del miércoles veintisiete (27) de julio pasado, a esa Sesión asistieron todos los catorce (14) integrantes de esta célula legislativa señor Presidente y en el día de hoy hay presentes con el honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar, nueve (9) honorables Senadores que hay quórum decisorio para que sea sometido señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, se coloca en consideración el acta anunciada por el señor Secretario, se abre el debate, la discusión, continúa, anuncio que se va a cerrar, queda cerrada. ¿La aprueban los colegas, Senadores y Senadoras?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ha sido aprobada por los siguientes nueve (9) Senadores:

Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando

Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto

Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson

Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía

Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván

Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique

Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique

Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro

No es aprobada la presente acta por los siguientes honorables Senadores:

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis

Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette

Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José

Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio

Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen

Quienes habiendo asistido a la Sesión del miércoles 27 de julio no se encuentran presentes en el Recinto en el momento en que se aprueba esta acta, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, continuemos señor Secretario. Continuemos con el Orden del Día, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Cuarto punto. Consideración, discusión y votación de proyectos en primer debate que fueron anunciados en la Sesión del miércoles 27 de julio pasado, se anunció el único proyecto del cual se tenía informe de ponencia para primer debate y corresponde al Proyecto de ley número 186 de 2016 Senado, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Señor Secretario, quién es el ponente o la ponente de este proyecto de ley.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Proyecto de ley de la iniciativa de la honorable Representante Clara Leticia Rojas González, el proyecto ya hizo tránsito en la honorable Cámara de Representantes, ponente única en Comisión Séptima del Senado de la República la honorable Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa, el proyecto en el informe de ponencia para segundo debate consta de nueve (9) artículos y tiene un concepto del Ministerio de Hacienda publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 507 que se envió a publicación el dieciocho (18) de julio pasado señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Gracias, tiene la palabra la Senadora Sofía Gaviria.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

Gracias, Presidente. Presidente, acabo de hablar con la autora y quedamos de incorporarle otras recomendaciones porque con el concepto del Ministerio de Hacienda, pero además en el marco de la semana de la lactancia, creemos que podemos nutrir un poco más la ponencia para la semana entrante, podemos aplazarla para el martes entrante y pues agradecerles la paciencia a los Senadores.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, correcto, entonces acogemos su recomendación, queda aplazada para el próximo martes la discusión de este importante proyecto de ley. Con mucho gusto Senador y Presidente Uribe.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Gracias, señor Presidente. Como lo van a aplazar y entonces la Senadora Sofía nos ha dicho que lo van a revisar, mis compañeros, los Senadores Honorio y Orlando y nuestros asesores nos han dicho que es bueno que quede que desarrolla un derecho, pero que no crea otro, esto es, que el derecho que viene del artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo para el espacio de lactancia, se complemente o se desarrolle en el sentido de que tiene que haber un lugar adecuado, pero que no aparezca que se creó otro derecho.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Senadora, bien pueda.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

Gracias, Presidente. Precisamente en ese sentido de descompatibilizar y sobre las empresas, las pequeñas empresas que sea complementario el espacio o los tiempos para efectivamente lograr estos espacios de privacidad y de higiene para la extracción de la leche y la lactancia misma.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bueno, muy bien, entonces Senadora Sofía quedamos para la próxima semana, correcto. Quiero darle la bienvenida al señor Viceministro el doctor Fernando Ruiz, aquí a su Comisión. ¡Bienvenido! Continuamos, señor Secretario, con el Orden del Día por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Quinto punto. Control Político, citación a la doctora Martha Lucía Ospina Martínez, Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), para que sustente tres informes del Observatorio Nacional de Salud adscrito al Instituto Nacional de Salud que corresponden a los siguientes informes:

Quinto Informe: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y Discapacidad en Colombia, que está publicado en las ***Gacetas del Congreso*** número 458 de 2015 y reeditado nuevamente, republicado en la ***Gacetas del Congreso*** número 59 de 2016, este Quinto Informe, señor Presidente y honorables Senadores quedó aplazado en la Sesión del 29 de julio del año 2015, donde el Instituto solo alcanzó a sustentar el Cuarto Informe y se aplazó el Quinto.

También están pendientes el Sexto Informe: "Desigualdades Sociales en Salud en Colombia", que está publicado en la ***Gacetas del Congreso*** número 205 de 2016 y por último el Séptimo Informe, que corresponde a "Análisis de Situación en Salud Una mirada al ASIS y Análisis en profundidad", que está publicado en la ***Gacetas del Congreso*** número 446 de 2016.

La doctora Martha Lucía Ospina se encuentra presente en el Recinto de la Comisión desde las nueve y media de la mañana, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, muy bien, muy importante su presencia en esta Comisión, además estos informes son por ley, es una ley que determina claramente esa obligación del Observatorio Nacional de Salud de rendirle a esta Comisión precisamente el informe, la Comisión analizarlo, estudiarlo, hacer la discusión pertinente y luego le corresponde precisamente a la Directora hacer la sustentación del informe respectivo y precisamente a ello responde la presencia y es una citación que se le hizo, por lo tanto bienvenida doctora Martha Lucía Ospina una vez más a esta Comisión, actual Directora del Instituto Nacional de Salud, tiene usted la palabra.

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Muchas gracias, Presidente. Buenos días para todos honorables Senadores, les agradezco mucho haber podido sacar este espacio en su Agenda, somos conscientes pues de que la legislatura pasada pues fue sumamente pesada y no fue posible digamos, hacer esta sustentación, como estamos hablando de sustentar tres informes. Me he permitido hacer una presentación unida, digamos, tratando de hilar unos con otros y resumida, pues con la meta de poder sacar la presentación de los tres informes, claramente lo haré hasta el momento que ustedes consideren con el tiempo disponible y espero lograr digamos transmitirles el contenido que realmente cómo el uno está relacionado con el otro, creo que podrá hacerse así de manera resumida.

El orden en el que voy a hablarles, voy a hablarles de las ASIS o sea del análisis de la situación de salud y el análisis en profundidad, que es el Séptimo, pero nos va a abrir la puerta para hablar posteriormente de la carga de enfermedades crónicas no trasmisibles y discapacidad en Colombia y finalmente sobre desigualdades sociales en salud en Colombia (el que sigue). El ASIS, para los que de pronto dudan un poco de la sigla, significa Análisis de la Situación de Salud y se refiere a una metodología de carácter analítica y sintética que permite medir cuál es el perfil de enfermedad de una población, pero adicionalmente, comprender cuáles son los daños en salud o sea los efectos finalmente en la salud, cuáles son sus determinantes, cuáles son aquellas situaciones que dan gradiente, que diferencian una población de otra, y su objetivo es facilitar a los Gobiernos la identificación de necesidades, de prioridades, de intervenciones, muy importante, los ASIS dicen qué tema, dónde y en quién, no dicen por qué, necesariamente los ASIS necesitan un análisis complementario que el Ministerio ha desarrollado con una metodología de análisis con la comunidad que se llama paz, a la equidad en salud, que permite entender por qué y ese por qué hacer un xxx de priorización.

¿Qué hicimos? El Instituto Nacional de Salud entrevistó a los departamentos y a los Distritos y analizó todos los ASIS porque recordemos que en este momen-

to único en Colombia todos los departamentos tienen ASIS, todos los departamentos de Colombia y todos los municipios tienen ASIS; entonces se revisó ese ejercicio que habían hecho departamentos y municipios y se preguntó además a las personas de los departamentos cómo les había ido con esta metodología unificada. Se destaca entonces el valor que tiene para los departamentos, tener una metodología única para hacer ASIS con enfoque determinantes sociales. Es la primera vez que eso sucede en la historia, o sea que va más allá del sector salud y habla de otros asuntos más profundos que realmente impactan la salud, pero cuyo origen está por fuera en otros sectores.

Aunque todos los documentos de la ASIS tienen la misma estructura, hay diferencias importantes en la calidad y hay que resaltar, hay departamentos que tienen un ASIS espectaculares de una gran calidad y departamentos cuyos ASIS no son tan buenos, porque no todos los departamentos y ustedes lo saben perfectamente tienen las mismas capacidades económicas, las mismas capacidades humanas para construir el ASIS.

También destacan que ha mejorado enormemente el acceso a la información a través de Sispro y prácticamente y prácticamente toda la información procesada y ya cruzada que los departamentos necesitan para construir el ASIS, la pueden obtener directamente de Sispro. Faltan, sin embargo, algunos datos para la construcción de ASIS con enfoques determinantes, porque hay bastantes determinantes relacionados con accesos, servicios públicos, ciertas coberturas, educativas, de trabajo, de desempleo, sobre todo de trabajo informal que no están disponibles. Los datos, por lo tanto hacen falta algunos datos para poder entender más esa situación. El ASIS dicen los departamentos aún opera bajo la perspectiva del sector salud, o sea claramente hace falta que en el ASIS se involucren otros sectores, a pesar de que en los departamentos con los mejores ASIS han invitado digamos a otros sectores no es realmente tan efectiva la participación, los departamentos indican que el ASIS ofrece información valiosa para la toma de decisiones y quiero resaltar esto, pero la voluntad política realmente influye en su uso, es decir, que nos dijeron, tenemos el ASIS quedó espectacular, tenemos una provisión real, pero no siempre el gobernante toma el ASIS y lo utiliza digamos en su plan de gobierno, no están vinculando en este momento.

Aquí podemos ver la mortalidad por grandes causas y claramente se ratifica que la primera causa de mortalidad en Colombia son las enfermedades no trasmisibles. En primer lugar está lo cardiovascular, seguido del cáncer, después están las enfermedades trasmisibles y después están las enfermedades relacionadas con la morbimortalidad materno-perinatal.

Esta gráfica es una serie muy grande del 1998 al 2011, lo que muestra es la participación de las enfermedades no trasmisibles y miren que la mortalidad en general ha disminuido o sea viene descendiendo, pero el aporte, en gris pueden ver el peso de lo cardiovascular o sea lo que más pesa es lo cardiovascular, en gris seguido de lo anaranjado que es el cáncer y seguido de color salmón, arriba, que son las de causa externa o la violencia, o sea que es de lejos mucho más pesada la presencia cardiovascular seguida del cáncer y de lejos la violencia. Quiero también resaltar, miren que la disminución es a expensas sobre todo de la causa externa, la disminución de la mortalidad, no así de lo cardiovascular ni del cáncer.

En esta gráfica vemos la mortalidad evitable, es decir de la gráfica anterior la porción que se puede evitar es más o menos la mitad, de la mortalidad evitable como pueden ver, sigue siendo predominante lo cardiovascular, es sumamente pesado y como ven ahí realmente se ven las disminuciones a expensas de la violencia, o sea ha disminuido la causa externa, pero sigue siendo muy pesado cardiovascular y cáncer.

Este es el gran resumen de la ASIS de Colombia, de hecho esta gráfica fue de la ASIS de Colombia y nos muestra la posición de los eventos, en primer lugar las enfermedades no trasmisibles, seguido de los eventos de causa externa, seguido de las enfermedades trasmisibles, seguido de lo materno-perinatal, ese es el orden del peso de la mortalidad en Colombia.

Este mapa que ustedes lo han visto frecuentemente y que el Ministerio lo ha mostrado en múltiples espacios, lo que nos recuerda es que aunque esa gráfica anterior que les acabo de mostrar es el orden de Colombia, el orden cambia de acuerdo a los departamentos, los departamentos tienen su propio comportamiento y dentro de cada departamento los municipios tienen su propio comportamiento, es así como en anaranjado vemos aquellos en los que predomina la morbimortalidad materno-perinatal, en azul aquellos departamentos donde predomina la causa externa, es decir el homicidio sobre todo y los accidentes de tránsito, en verde aquellos donde predomina la morbimortalidad por enfermedades no trasmisibles y en amarillo donde todavía predominan las enfermedades trasmisibles sobre todo derivadas del tema de calidad de agua, muy ligadas a la calidad de agua. Si yo mirara con detalle por ejemplo un departamento, por ejemplo el Valle del Cauca, el Valle del Cauca es naranja, porque el peso de la morbimortalidad materna en el Pacífico es tan alto que pinta de anaranjado todo el departamento, pero si lo miro con detalle realmente la mitad del departamento es naranja; el área pacífica y la otra mitad es verde, o sea Cali y el norte del Valle tienen un comportamiento como del Eje Cafetero. Entonces cada departamento tiene su particularidad y aunque tenemos toda la problemática en Colombia, deben ser manejados con particularidad, por el ASIS debe ser la carta de navegación del gobernante.

Como pueden ver en esta gráfica de envejecimiento poblacional que también es una serie enorme, esa presencia de enfermedades crónicas coincide perfectamente con aquellos departamentos con mayor índice de dependencia, los departamentos más oscuros son donde más hay envejecimiento y por eso esa curva negra que está al lado izquierdo, muestra el crecimiento de la población mayor de 60 años, la roja la mayor de 75, o sea es muy grande la cantidad de población acumulada ya mayor de 60 años, sobre todo en esos departamentos del centro del país.

Si miramos cómo dice el informe, ya con especial atención las enfermedades no trasmisibles o sea estoy hablando de lo cardiovascular, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes y la salud mental, lo que vemos es el siguiente comportamiento, hay que recordar una cosa, además de morir, hay otras consecuencias para no una salud perfecta por decirlo así, puede uno además de perder años de vida, o sea no vivir hasta donde debería vivir, también podría vivir pero no en óptimas condiciones, vivir con discapaci-

dad, entonces los ejercicios de carga de enfermedad en este caso que se hizo para enfermedades no trasmisibles, pero básicamente lo que se hace es lo siguiente, se suman las consecuencias mortales, es decir el morir antes de tiempo lo que dejo de vivir y las consecuencias no mortales, es decir, lo que vivo pero en condición de discapacidad y hay una medida que resume ese ejercicio, que son los Dalys y esos años de vida potencialmente perdidos ajustados por calidad de vida son los que permiten saber eso que me quedó faltando, ya sea porque viví mal, viví con discapacidad o viví o morí antes de tiempo. Las cuentas que se utilizan para esto son fuentes de todo tipo, importantes. Recuerden que en Colombia hay una gran cantidad de cuentas, nosotros nadamos realmente en océanos de datos, pero organizar la información es sumamente duro, un esfuerzo enorme ha hecho el Ministerio con organizar la información sectorial con el Sispro, pero hay cantidades de fuentes externas que tienen diferentes puntos de corte, diferentes fechas de medición, diferentes metodologías de recolección y es complejo unirlas, este ejercicio que hizo el Instituto Nacional de Salud reúne por lo menos estas, las estadísticas vitales del DANE, los RIPS, la encuesta nacional de demografía en salud, los estudios primarios de mediciones de calidad y los ASIS departamentales.

El ejercicio está desagregado por grupos de edad, por sexo, por año, por departamento y por variables socioeconómicas, variables socioeconómicas que se consideran dan gradiente, es decir que marcan diferencia entre unas personas y otras. En cáncer entonces observamos ya bajo ese análisis, que en hombres tenemos 174.538 casos nuevos de cáncer en esa serie de tiempo, en esos cuatro años analizados, mientras que mujeres tenemos 132.000, la mayor incidencia de cáncer en mujeres tiene ese orden, o que en este momento predomina es el cáncer de seno, seguido del cáncer de cuello uterino, seguido del cáncer de tiroides, de estómago y de tráquea y bronquios, muy importante el seguido del cáncer de pulmón en mujeres va en aumento, que no se había visto, o sea en las décadas pasadas era un cáncer más predominante en los hombres, ahora en los hombres la mayoría de incidencia de cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, sobre todo el cáncer de colon que tiene una tendencia al aumento y el cáncer de estómago.

Si hablamos de la mortalidad, tenemos una mayor mortalidad en mujeres comparada con hombres, 79.000 muertes en el cuatrienio contra 75.000 muertes en hombres, las causas de la muertes los cánceres que produjeron las muertes, en primer lugar en las mujeres el cáncer de seno es el que produce la mayor mortalidad por cáncer en mujeres, seguido del de pulmón, estómago, colon y recto y cuello, cuello ya o sea tiene la última, el nivel más bajo de producir la muerte y en hombres.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bien pueda Senadora si va a hacer alguna interpelación.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

¿Podemos interpelar?

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Sí, sí puede interpelar, yo creo que hay que hacer dinámico el proceso.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

Es que ¿Cuál es la explicación del incremento del cáncer de pulmón en las mujeres?

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Es múltiple el incremento del cáncer de pulmón, pero lo que se ve en estos análisis es el descenso de los otros cánceres, el descenso marcado en los otros cánceres.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

O sea, no es que haya crecido, sino que al reducir los otros se ve más alto, más prevalente.

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

La curva es ascendente, tiene obviamente que ver con los factores que siempre se han asociado, con ser fumador pasivo, tener todavía digamos exposición a humo, todo ese tipo de cosas, eso no ha cambiado, pero epidemiológicamente tiene una mayor presencia.

En hombres la mortalidad entonces, la que más muertes causa es el cáncer de estómago, seguido del cáncer de próstata, en esta se ve (se ve muy mal ahí en ese dibujo, pero se las explico), la primera fila es la nacional, la primera filita que encuentran en hombres y en mujeres, que quiere decir, eso es una gráfica que da como en tonos de temperatura y está en el orden el cáncer predominante hasta el más frío digamos, entonces como pueden ver, pues si lo logran ver, en hombres, en mujeres el primer lugar es seno, seguido de tiroides, seguido de ovarios, seguido de colon y recto, cérvico-uterino y colon y recto.

¿Qué llama la atención? Llama la atención que en algunos departamentos el primer lugar lo ocupa no el que ocupa el primer lugar en la nación, es decir, por alguna circunstancias departamentos por ejemplo como Vaupés tiene en primer lugar la leucemia y teniendo en cuenta que esto ya está ajustado poblacionalmente, porque uno podría decir son más pesados porque tienen una población más pequeña, entonces, realmente esta gráfica si permite en lo local priorizar cuál es el cáncer que realmente a su propia población más, digamos más lo acoja, tienen primero, segundo, tercer lugar.

Si hablamos de enfermedad cardiovascular, el infarto agudo de miocardio, sigue siendo… señor.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Senadora bien pueda.

Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:

…

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Devolvámonos hacia atrás, debería ser todo el país, o sea desde la segunda fila para abajo debería ser igual a la primera, es decir por ejemplo en mujeres, el más frecuente es seno y el más infrecuente laringe, ese es el comportamiento de Colombia, sin embargo algunos departamentos no tienen este comportamiento, predomina para ellos en primer lugar o segundo otros cánceres

diferentes. ¿Para qué se hace este tipo de análisis? Se hace este tipo de análisis para que en lo local realmente la estrategia digamos de intervención sea realmente ajustada a lo que más se produce en su propia población, hay departamentos donde los primeros lugares los ocupan cánceres que no son seno, que son otra cosa y que deben estar relacionados por ejemplo con el hábito de fumar, con fumar con el cigarrillo por ejemplo invertido, ese tipo de comportamientos y por… afectan ciertos departamentos, ciertas poblaciones… (Pregunta, no audible).

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

El Cancerológico sobre todo cuando hace su atlas, hace su atlas de prevalencia y hace gráficas muy similares a estas y mapas también en fríos y calientes como este, tiene unas teorías de explicación que no son perfectas, pero son unas teorías que explican por qué predomina, porque como ven el cáncer algunos muy pocos cánceres tienen un comportamiento hereditario, pero la gran mayoría tiene una gran influencia del entorno y de la exposición ambiental, entonces esto lo va comprobando y si en el departamento esto se abre, esto que les estoy mostrando se puede abrir por departamentos y por municipio se ve con exactitud, se puede ver con lujo de detalles… (Pregunta, no audible).

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

No es un orden, es un conteo del 1 al 21, es el orden, es un puesto, el puesto número 1, el puesto número 2, el puesto número 3.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bien pueda Senador Ospina por favor.

Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez:

¿Puede que sea por subregistro?

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Por supuesto.

Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez:

Sí, es decir que tengan un registro de un cáncer distinto solamente porque no hacen el diagnóstico.

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Por supuesto y es posible además, que como hay ciertos cánceres por ejemplo leucemia pediátrica que ustedes saben que ha tenido especial énfasis, entonces tienen una búsqueda especial en diagnóstico especial, mientras que los otros que le harían el contrapeso epidemiológico están invisibles, claro, es posible.

Este diagrama a nivel departamental es interesante, pero les aseguro y en el documento lo pueden ver, es mucho más interesante cuando se ve por dentro los departamentos, se ven los municipios, los municipios hay diferencias con vocación agrícola, con diferentes vocaciones que ahí se ven.

Entonces les contaba, hablando de infarto, realmente es la manifestación más frecuente del daño del efecto de la enfermedad cardiovascular, hay un aumento marcado en la incidencia en ambos sexos, en Colombia ha aumentado muchísimo la incidencia de infarto, lo que pasa es que hay menos tasa de mortalidad o sea, a mucha más gente le da infarto, pero se muere menos, sobrevive por la tecnología que está disponible, el sobrevivir del infarto si es un efecto real de los servicios de salud y en hombres pues la incidencia es mucho mayor, de 489 en hombres contra 280 y a mayor la edad, pues mayor incidencia. Los departamentos con mayor incidencia son Risaralda, el Distrito de Bogotá, Quindío, Caldas, Tolima, esos son los de mayor incidencia y con mortalidad los que más se mueren, Caldas, Tolima y Quindío que coincide perfectamente con el mapa que les mostré del índice de envejecimiento y con el mapa que les mostré del patrón geográfico de la carga de la enfermedad.

Si hablamos de la hipertensión arterial, la gran precursora de la enfermedad cardiovascular, hay también un aumento en la prevalencia en ambos sexos, un aumento en la prevalencia que no se había visto históricamente. Toda la vida dijimos que era mayor la prevalencia en hombres. Ya eso cambió, ese patrón de comportamiento cambió, tenemos mayor prevalencia en mujeres de 31% a 29 y se explica por la obesidad femenina porque en Colombia la obesidad es femenina es de predominio femenino y de predominio de estratos bajos, vamos a ver, eso claramente trae que las mujeres igual en su riesgo cardiovascular con los hombres cuando antes, cuando eran más delgadas estaban protegidas mientras estaban en edad reproductiva, por la carga digamos por la protección hormonal que tenían, pero la obesidad ha dañado digamos esa protección y las, nos ha puesto incluso más que los hombres. El estrés y todo eso, porque realmente la hipertensión esencial es un resultado multicausal que curiosamente no tiene ninguna intervención desde los servicios de salud, o sea, el que aparezca la hipertensión esencial no tiene relación con los servicios de salud, los servicios de salud lo atiende en consecuencia o sea, atiende el efecto, pero no puede modificar su aparición porque es totalmente externa. También en hipertensión ha disminuido la tasa de mortalidad por el mismo motivo que el infarto, la mayor prevalencia es en mayores de 55 años, sin embargo la presencia y esto que les muestro de 31% es en mayores de 18, o sea es muy importante en el país, los departamentos con mayor prevalencia son Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Risaralda y Caldas.

En accidentes cerebrovascular, el accidente más frecuente es el isquémico, el accidente que se da porque se tapa uno de los vasos en el cerebro, la mayor incidencia la presentan los hombres 17 por 100.000 contra las mujeres de 7 por 100.000 y es de lejos, el accidente isquémico en hombres es mucho más grande que el sangrado cerebral que el accidente cerebrovascular hemorrágico, en los que las mujeres tienen la misma incidencia 7 por 100.000 y los hombre 9 por 100.000, generalmente ambas son enfermedades de personas mayores de 65 años, pero el isquémico mucho más frecuente en mayores de 70. Recordemos que la recuperación del accidente cerebrovascular isquémico (que es el más frecuente) depende de la ventana de oportunidad, de la adecuada atención y oportuna atención en los servicios de salud durante las dos primeras horas del accidente de eso depende una discapacidad que puede llegar a ser muy severa incluso en la muerte o una recuperación que puede llegar a ser total.

En diabetes que es la otra gran precursora, entre 2010 y 2014 que es este cuatrienio analizado, ha disminuido la ocurrencia de diabetes y la mortalidad en

ambos sexos, sin embargo las mujeres mantienen el riesgo mayor por la misma causa que les explicaba de la hipertensión, por la obesidad femenina, la prevalencia en mujeres fue de 4.6 por la Revisión Sistemática y 2.1 en RIPS, ahí está el ajuste digamos de RIPS por la disposición a los servicios de salud y en los hombres la prevalencia fue de 4.3, los departamentos con mayor prevalencia y mortalidad por diabetes son el Valle del Cauca, Norte de Santander y Risaralda.

Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre el 2010 y 2014 la prevalencia se mantiene estable. Pero quiero recordarles una cosa, en los últimos 10 años la mayor mortalidad, o sea el crecimiento de las enfermedades, la mortalidad por enfermedades no trasmisibles ha sido a expensas de EPOC; 30% ha crecido la mortalidad del año 1998 al 2008 y uno creería que no, porque ya se supone que no mucha gente cocina con leña, etc., pero sigue siendo muy predominante sobre todo en zonas rurales dispersas, para el 2014 la prevalencia del EPOC en mujeres es de 3.3% y en hombres del 4.1%, el riesgo es mayor a partir de los 40 años y obviamente se da porque el riesgo es acumulativo, es de una exposición durante toda la vida no solamente al cigarrillo, sino a todos los combustibles digamos intradomiciliarios y los departamentos que registran mayor prevalencia y mortalidad fueron Boyacá, Quindío y Risaralda, muy asociados a la zona rural.

En esta serie que les explicaba, la serie del tiempo de 10 años ahí se ve el patrón de mortalidad por enfermedad cardiovascular, la mortalidad por cáncer, la mortalidad por EPOC y la mortalidad por diabetes, muy parecidas superpuestas una sobre la otra y muy coincidentes con los lugares de mayor envejecimiento en Colombia.

Miremos un departamento de alta carga, miremos el departamento del Tolima de manera muy breve. En Tolima se produjeron por enfermedad cardiovascular en el año 2013, 2.663 muertes, en promedio se produjeron 57 muertes en el Tolima por cada municipio, el municipio con mayores tasas es Honda con 484 muertes por 100.000, comparado con Flandes que tiene 31 por 100.000, claramente la política de intervención del departamento del Tolima tiene que ser diferencial, o sea tienen una problemática distinta y tienen que hacer un ejercicio diferencial con sus municipios y a eso, vuelvo y recalco, para eso el ASIS permite realmente enfocar los esfuerzos y los recursos que son escasos a veces. Las variables asociadas a la enfermedad cardiovascular pues son la edad avanzada, el ser hombre y el ser rural, entre más, el modelo nos dio entre más años si es hombre y rural, mayor probabilidad tendrá de enfermar y morir en el Tolima por enfermedad cardiovascular y el riesgo atribuible a los diferentes factores en el departamento del Tolima entonces se ve así y cuál sería la reducción. El riesgo atribuible a la obesidad es del 8.2%, lo que quiere decir que podría uno evitar 189 muertes evitables y el total de casos evitados en el tiempo analizado, pero en comparación con el municipio de mejores cifras, no, el referente es en este caso Flandes. Entonces si uno pudiera quitar esa obesidad teóricamente, evitaría 7.315 casos de enfermedad cardiovascular en el Tolima, si pudiera controlar la cifra de tensión arterial, evitaría 6.979 enfermedades cardiovasculares en el Tolima, si pudiera mitigar el uso de tabaco evitaría 1.959 enfermedad cardiovasculares en el Tolima y si pudiera controlar la diabetes o evitarla, evitaría 475 casos.

Entonces, la conclusión que se las he venido repitiendo es que las acciones locales deben materializarse con orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública, pero considerando los determinantes poblacionales propios, más allá del comportamiento individual, o sea el territorio debe ser caracterizado y manejado de manera específica. Las entidades territoriales con alta carga de enfermedad cardiovascular en este caso deben avanzar en implementar políticas multisectoriales como único camino para mitigar el gasto progresivo en salud, es impagable la enfermedad renal, el infarto, todo lo derivado, porque finalmente es una consecuencia, pero el ejercicio previo tiene que ser mitigado afuera, porque si no simplemente es imposible financieramente y para el gente el daño y la discapacidad pues produce finalmente una población poco productiva, produce daño financiero y social al departamento.

Hablando de otro asunto, el último que les mencionaba en las no transmisibles está hablar de suicidio, que fue uno de los análisis especiales que hizo el Observatorio. Suicidio como causa de muerte en el periodo analizado de 1998 a 2011, se observa que ha tenido una disminución en el puesto que ocupa como causa de muerte, en el 98 era el puesto 21 de la causa de muerte en Colombia, en el 2011 ocupa el puesto 25, la tasa de mortalidad; así mismo, ha bajado de 5.4 a 4.3, pero sigue siendo alta. Los suicidios en Colombia en ese período del 98 al 2012, o sea 14 años, fueron 33.356 suicidios, eso representa el 1.2% de todas las muertes, pero esa es una cifra importante y cuáles son las causas, cuál es el mecanismo, entonces el 36% de los casos es el ahorcamiento, el 30% el envenenamiento, el 26% por heridas pues por armas de fuego y el 8% por otras distintas maneras.

Si vemos la tasa de mortalidad por suicidio ha disminuido, pero realmente miren la tendencia, es una tendencia que es bastante plana, no hay una tendencia que nos permita decir que realmente va hacia el descenso, si se mantiene la tendencia que estamos observando desde el año 2010 hasta la actualidad, podríamos decir que se ha mitigado; sin embargo, esta tendencia es diferencial y en hombres y mujeres es enormemente distinto, las barras azules son los hombres y están por grupos de edad, entonces en los hombres claramente se ve como hay dos picos es una U, en los hombres de 20 a 29 años y luego después de los 70 años de nuevo se incrementa el suicidio. En las mujeres en cambio es más en la adolescencia y disminuye con el paso del tiempo, con la edad.

El patrón geográfico también en hombres y mujeres es bien característico y ahí lo pueden ver del 98 al 2012 y aunque ha disminuido, miren que es muy constante y claramente se ven ciertos departamentos sobre todo con predominio indígena, ahí vemos en Amazonas, en Vaupés, en Guainía, vemos unas zonas muy marcadas y también en los hombres en todo lo que es el Eje Cafetero, Arauca y Boyacá. El suicidio entonces tiene una tendencia a la aglomeración geográfica, se concentra en municipios de Antioquia, el Eje Cafetero, en el norte del Valle del Cauca y en Vaupés, hay un aumento en el sur del país, la región central está disminuyendo la conglomeración, hay menos suicidios sobre todo en la región central del país y en las mujeres definitivamente el suicidio que se ve una gran diferencia de tasas muchos menores que en hombres.

Pero recordemos que la enfermedad no solamente causa muerte y discapacidad, la enfermedad obviamente produce gasto en salud y eso es un análisis puntual que ustedes conocieron, qué hizo el observatorio respecto a chikunguña, entonces en este básicamente, esto es un ejercicio puntual y circunscrito, quiero aclarar a lo observado en aquellos municipios donde inició la epidemia, obviamente el comportamiento posterior en la medida en que la epidemia se propaga en el país y hay un conocimiento ya previo ya en otros municipios, el gasto en salud necesariamente tuvo que haber cambiado, pero en el momento de inicio de la epidemia este ejercicio permitió haciendo mediante un muestreo por conveniencia, en muestreo de adultos en un muestreo aleatorio en pacientes pediátricos, se constataron las historias clínicas de esos lugares en Bolívar, de esos hospitales y clínicas donde se atendieron digamos esos casos iniciales. Entonces se hizo un microcosteo para ver cuál es la frecuencia de uso de consultas, de medicamentos, de exámenes de laboratorio, de procedimientos, de estancia hospitalaria y se utilizaron la facturación de la IPS, el tarifario a tarifas Soat y el consumo de medicamentos en Sismed. Con eso si hizo como se hace con un costo por actividad, el costo por actividad se sacó de la frecuencia de uso por el costo unitario y luego el costo por paciente se sacó de la suma de todas las frecuencias por todos los costos unitarios dividido por los pacientes, de esta manera se obtuvo unos valores estimados más o menos por paciente en una fase inicial de la epidemia con una mediana en unos rangos intercuartílicos.

Adicionalmente, se entrevistaron personas para comprender cuál es la información sociodemográfica el ingreso laboral los días perdidos por la incapacidad o simplemente que no fue a trabajar y así se calculó la pérdida de la productividad con un salario diario por el número de días con enfermedad, porque muchas de esas personas eran trabajadores informales. Lo que encontramos es esto, un paciente adulto ambulatorio, un paciente hospitalario adulto vale 10 veces lo que un paciente ambulatorio en chikunguña se vio así y un paciente pediátrico vale 5 veces lo de un paciente ambulatorio, cuando lo hospitalizan el costo aumenta 5 veces al niño y cuando hospitalizan al adulto el costo aumenta 10 veces. Si vemos cuál es el rubro digamos de mayor consumo, claramente los medicamentos predominan en el rubro, pero también seguido de los laboratorios de imágenes diagnósticas, en los medicamentos sobre todo en niños y los de imágenes diagnósticas y laboratorios sobre todo en adultos. En resumen el gasto de bolsillo que observamos creo es de $12.000, en transporte $2.000, en medicamentos $10.000 y en costos indirectos $193.000, se pudo concluir entonces con los costos directos totales del gasto, de la plata gastada por el sistema, más los costos directos médicos, el gasto de bolsillo y los indirectos, más o menos una persona en la fase inicial de la epidemia costó $360.00 mezclando lo que pagó el sistema y lo que pagaron las propias familias.

Ahora la pregunta con este vistazo, porque esto yo sé que ha sido un repaso pues muy rápido, la pregunta sería ¿Y la enfermedad ocurre de la misma manera en todas las personas?, o sea ¿Todas las personas, todos los colombianos, toda la gente que habitamos en Colombia tenemos la misma probabilidad de enfermar o morir?, o ¿Por qué no?, entonces recordemos este que es como la esencia del análisis que es el modelo de los determinantes sociales de la salud y es bajo la lógica, una de las lógicas sobre las cuales fue construido el Plan Decenal de Salud Pública, este modelo determinante lo que dice y solo para recordarlo, es que no todas las personas nacen con las mismas ventajas o desventajas que los demás, hay ciertas circunstancias en la vida, en las cuales se nace, que harán que la persona sea más fácil o más difícil obtener un mismo resultado en la vida, en cualquier asunto, esas circunstancias son la clase social, el género, la etnia, la posición económica, son circunstancias con las cuales se parte para tener más facilidades o menos. Adicionalmente, hay otras circunstancias, al lado derecho, que son los determinantes intermedios, que son circunstancias materiales que rodean la vida, como las condiciones de vida, la seguridad, el entorno donde estoy, la disponibilidad de alimentos, el tener alimentos y el tipo de alimentos que tengo disponibles y que puedo adquirir, el trabajo, el tipo de trabajo al que puedo acceder, la educación a la que puedo aspirar y los servicios de salud que son un determinante intermedio, el acceso a ellos y la calidad de los servicios. Factores biológicos como la herencia o la discapacidad y factores conductuales y psicosociales y culturales como el entorno, los hábitos que se tienen, esas circunstancias digamos vienen a agravar la situación de una persona o a mejorarla, eso repercute y crea entre unos y otros desigualdad, porque lo que uno mide entre una persona y otra es desigualdad, no se mide inequidad, se mide desigualdad, la inequidad es la explicación de por qué hay la desigualdad. Entonces esas situaciones producen desigualdad entre una persona y la otra, pero adicionalmente en el contexto económico y político que rodea una persona, hay circunstancias de políticas públicas, políticas macroeconómicas, políticas de mercado de trabajo, de vivienda, de tierra, de cultura, de valores sociales, de eso que lo rodea a uno, que son también determinantes estructurales, que hacen que la vida sea digamos más fácil o con mejores resultados para una persona respecto a otra, este modelo de los determinantes lo único que dice es que se necesita, o lo que concluye es, se necesita inversión diferencial porque hay necesidad diferencial y hay obligación de reconocer la diferencia, para que la inversión sea justa, ese el derecho es igual para todos, pero la inversión para procurar la equidad debe ser diferencial y así debe ser en todas las políticas, en todos los asuntos siempre debe tenerse presente eso.

Estas son unas palabras del discurso de posesión del Presidente en el 2014 y dice en resumen de ese cuadro, dice que: “Nos cansamos de “pensar en pequeño”; de creer que estamos condenados a la violencia, a la desigualdad, al atraso, a la falta de oportunidades. ¡Porque no es así!... Una paz total no es posible si no hay equidad…”. Realmente la equidad promueve que las personas tengan el chance de obtener resultados en salud o en el trabajo o financieros o en la vida, que permita cerrar esa enorme diferencia, esa enorme dificultad o ese enorme esfuerzo diferencial que hay en unos y en otros.

Entonces, este informe, el sexto informe que habla de desigualdades, lo que busca es hacernos un llamado a como se ven en Colombia, aquí lo primero que pueden observar es respecto al trabajo y empleo, aquí en la gráfica de la izquierda está la tasa de desempleo dependiendo del máximo nivel educativo obtenido, entonces como pueden ver, entre más alto nivel educativo tiene la persona, menor desempleo tiene, suena pues muy obvio, pero se comparan dos años y se ven que efecti-

vamente que del año 2008 al año 2014 hay un progreso y entre más alto el nivel educativo, el desempleo logra ser menor. Cuando se ve por quintil de ingreso pues claramente entre más alto el nivel de ingreso que tiene una persona, tiene menor desempleo, tiene mayor posibilidad de estar empleado, si son jóvenes en cambio entre 15 y 24 años cambia completamente el panorama, el desempleo es muy alto en general en todos los grupos, tanto los que han estudiado como los que no, como pueden ver en esa gráfica de la izquierda, en el año 2008 se veía que entre más alto el nivel educativo menos desempleo, pero en el año 2014 se ve que hay desempleo en todos los niveles educativos de los jóvenes, o sea solamente la población joven, si se mantiene que entre más alto el ingreso, entre más riqueza se tiene menor desempleo.

Hablando de estar pensionado o estar en Fondo de Pensiones, entre más alto el nivel educativo más posibilidad de estar en Fondo de Pensiones o pensionado, que cuando el nivel educativo es bajo, igualmente, entre más alto el ingreso, entre más alta la riqueza, quiere decir que los que tienen mayor ingreso tienen más posibilidad de estar pensionados o en Fondo de Pensiones.

Si miramos el analfabetismo en los jóvenes de 24 años, entre más alto el ingreso, entre más alto el quintil de ingreso, más bajo el analfabetismo, o sea hay menos población analfabeta de 15 a 24 años y los niños de 4 a 18 años, es decir, los que deberían estar estudiando, hay más porcentaje estudiando entre más rico se es, entre más rico se es más porción de los niños estudian y entre más pobre se es, una porción más grande de niños no estudia.

Si hablamos de cuántos terminan el bachillerato, entonces se puede ver que en el quintil más alto, prácticamente más del 90% terminan el bachillerato, mientras que en los quintiles más bajos de ingresos, pues una gran proporción mucho más del 60% no terminan, no logran graduarse de bachillerato.

Y si hablamos por grupos indígenas el índice de alfabetismo de la población de 15 años y más en población indígena, vemos que tanto en hombres como en mujeres se encuentran índices de analfabetismo más o menos del 40% en población indígena.

Si miramos respecto a desigualdades en vivienda y servicios públicos el porcentaje de hogares o viviendas en condiciones de hacinamiento por quintil, pues es mucho más alto en los quintiles de ingreso más bajo y los hogares que tienen servicios inadecuados es también mucho más alto en los quintiles más bajos.

Qué pasa con esas desigualdades que son simplemente un brochazo, podrían analizar siete tipos de variables que dan x pero que significan en el daño en salud, en el impacto para la salud, a modo de ejemplo modifican la expectativa de vida al nacer, la morbilidad por supuesto, la mortalidad, la salud percibida y en general las condiciones de vida saludable. La expectativa de vida en Colombia como ustedes lo saben porque aquí lo hemos dicho muchas veces, ha aumentado ostensiblemente, en el 2013 la expectativa de vida en hombres fue de 76.5 en hombres y en mujeres de 82.7, la expectativa de vida ha aumentado muchísimo en Colombia, desde el día que nacemos tenemos muchas más probabilidades de llegar pues siendo mujer pues hasta los 82 años, que los que nacen hoy en día que los que nacíamos hace 40 años. Aquí se ve el patrón de expectativa de vida básicamente para que lo puedan ver rápido, el amarillo significa que es una expectativa de vida inferior a 76 años, miren cómo más las mujeres se han ido convirtiendo en azul o sea en expectativa de vida alta a tratar de llegar a los 90 y los hombres también en el último cuatrienio se ve ya un mapa verde con pocas zonas amarillas, o sea con una expectativa inferior a 76 y procurando también llegar a edades más avanzadas.

Lástima que no se ve muy bien pero este es un modelo de regresión lineal en que muestra que claramente la expectativa de vida está directamente relacionada con el Gini, por departamentos, entre más alto el Gini o sea mayor desigualdad, se ve menor expectativa de vida en el departamento, directamente relacionada esa inadecuada distribución digamos de la riqueza con la expectativa de vida. Si vemos la morbilidad, o sea enfermarse, podemos ver en bajo peso al nacer, que definitivamente tanto en el año 2005, como en el año 2010 ha aumentado, ha aumentado ostensiblemente el bajo peso al nacer, tenemos, ya lo hemos dicho en otros momentos, un crecimiento permanente de los niños que nacen con bajo peso; sin embargo, quiero resaltar allá en esa gráfica dos, el modelo de regresión logística para bajo peso al nacer muestra dos asociaciones muy importantes, está asociado al nacer con bajo peso la pobreza de la madre, cosa que hemos sabido desde siempre, porque el bajo peso materno es directamente relacionado con el bajo peso al nacer, pero ahora tenemos algo que supusimos que es la práctica excesiva de la cesárea, nos da la asociación, entonces tenemos como una doble carga por la pobreza en aquellas mujeres que tienen un bajo peso preconcepcional, baja nutrición durante el embarazo y se ubicaban sobre todo en las costas Caribe y Pacífica y ahora tenemos un nuevo bajo peso al nacer que estamos viendo en ciudades como Bogotá, Medellín y Cali que es un bajo peso adicional y la asociación nos da con el uso aumentado de la cesárea que está por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la cual debería obedecer a una indicación médica específica y no a una práctica electiva.

Si hablamos de desnutrición, la desnutrición claramente está ligada al nivel educativo, o sea el nivel educativo de la madre entre más pobre se es mayor desnutrición y lo contrario y entre más alto el ingreso menor desnutrición, claramente entre más pobre y menor nivel educativo de las mujeres, mayor desnutrición.

Si vemos el lugar de residencia, es mayor la desnutrición en la zona rural, lo era así para el año de comparación anterior y lo es para el último año de comparación y en la etnia claramente la desnutrición está mucho más presente, tanto en niños como en niñas en las poblaciones indígenas, pero en niños también es mucho más predominante en poblaciones afro.

La obesidad presenta un patrón similar pero contrario, entre más alto el nivel educativo de la madre mayor obesidad infantil y entre mayor riqueza mayor obesidad infantil, no es así sin embargo lo que les digo de la riqueza la siguiente, en etnia, porque en etnia estamos viendo la doble carga, mayor desnutrición en grupos indígenas y mayor obesidad en grupos indígenas, por la calidad de la dieta, la calidad de aquello a lo que se pueda acceder, tienen la doble carga en infantil, obesidad y desnutrición.

Y el lugar de residencia en cambio de la obesidad, al contrario de lo que vimos que la predominancia en la desnutrición es rural, la predominancia en la obesidad

es urbana. Esta gráfica es un buen resumen tanto de desnutrición crónica, global y de sobrepeso y lo que ve es que a más bajo el nivel educativo, mayor desnutrición y más alto nivel educativo, mayor obesidad de los niños.

Si hablamos ya de la mortalidad o sea la probabilidad de morir, aquí vemos la mortalidad infantil en Colombia con una serie de tiempo y proyección hasta el 2021 en el que la mortalidad infantil en Colombia es claramente uno de los mejores indicadores del país y está directamente relacionado también con la expectativa de vida que les mencioné que ha aumentado, la mortalidad infantil en general en Colombia ha mejorado ostensiblemente y eso no tiene discusión.

(Pregunta no audible)

Y las que siguen, no porque recuerden que el DANE va a sacar unas cifras reales, pero nosotros vemos las cifras preliminares y sigue cumpliéndose, el asunto no es de promedio nacional, recuerden eso, cuando ya miramos la mortalidad infantil disgregada, separada por diferentes cosas, porque hay muchos asuntos que dan gradiente, el ingreso económico, la ubicación geográfica, la etnia, o sea hay diferentes características que le dan a uno diferencia, entonces en este ejemplo que es la mortalidad por infección respiratoria aguda a menores de 5 años, pero ligado en este caso al ingreso, entonces ahí vemos en esa curva de concentración vemos como claramente el 20% de la población más pobre pone el 50% de los muertos en niños muertos por infección respiratoria aguda, claramente concentran la mortalidad, o sea ponen la mitad de los muertos, la población más pobre.

Entonces las cifras de la disminución de la mortalidad infantil en Colombia que les mostré, que son así, está dada a expensas de la población más rica, pero siguen, cada vez es más difícil, unos reductos de población con más dificultades que vive en una zona rural dispersa, que tiene menor ingreso, que tiene ese reducto de mortalidad que es más difícil de reducir y en el modelo de regresión lineal que ven a la derecha, lo que se observa es muy parecido a lo que les mostré de expectativa de vida del índice de Gini, claramente entre más alto del índice de Gini mayor desigualdad, mayor mortalidad infantil y si vemos otros ejemplos, por ejemplo mortalidad por diarrea, entonces claramente ambas curvas, una compara la mortalidad por diarrea y la vivienda inadecuada y la otra la mortalidad por diarrea y los servicios públicos inadecuados. En resumen el 50% de la población más pobre concentra o pone el 70% de la mortalidad de niños muertos por diarrea en el país, entonces la reducción de la mortalidad no tiene discusión, pero la diferencia es enorme entre niños digamos, ricos y pobres y la diferencia sigue siendo grande desligadas a asuntos por ejemplo como la dispersión geográfica, la zona rural dispersa y la etnia.

Si miramos la mortalidad materna tiene algo similar y ya ha sido analizado en otros momentos aquí en este mismo recinto, la mortalidad materna lo que muestra claramente, ahí en esa gráfica de las barras está analizado cuatrienio, cierto, del 1998 al 2001, del 2002 al 2005, del 2006 al 2009, del 2010 al 2013, se ve una disminución de la mortalidad materna, ha bajado, si uno mira el último cuatrienio comparado con otros ha bajado la mortalidad materna y si yo les mostrara una gráfica como la que les mostré de mortalidad infantil, ha bajado muchísimo; sin embargo, cuando ya la miramos por ingreso, como pueden ver la curva de la derecha, claramente el 50% de la población más pobre pone el 60% de las muertes maternas, entonces, insisto, los promedios y claramente han mejorado y el país tiene que sentirse contento por eso, pero ese esfuerzo para esos reductos de población más pobre debe hacerse y por eso es que el Ministerio reiteradamente dice necesitamos un modelo diferencial que reconozca la diferencia y haga una intervención diferencial.

Cuando miramos por nivel educativo y aseguramiento la mortalidad materna, pues igual que en la desnutrición infantil, a más bajo el nivel educativo de las mujeres mayor mortalidad materna, de hecho el nivel educativo de las mujeres es determinante en la mortalidad infantil, en la desnutrición infantil, en la mortalidad materna, en las enfermedades permanentes de la infancia, o sea es un factor protector, entre más alto el nivel educativo de la madre de todo eso que les acabo de mencionar, disminuye y claramente en ambos periodos de análisis se ve mucha mayor predominancia en mortalidad materna en la población no asegurada y en la población que pertenece al Régimen Subsidiado.

Si miramos además la salud percibida, la salud percibida como una medición del estado de salud, entonces hay dos estudios que utilizó el Observatorio Nacional de Salud para ver la salud percibida, uno es el estudio ecológico en que se elaboraron dos indicadores departamentales, uso de servicios de salud, barreras de acceso y se ajustó con una regresión lineal y el otro es un estudio individual que es el análisis secundario de la ENDS de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud con un modelo de regresión logística.

Este es básicamente el resumen que mostró, teniendo como referente digamos en el nivel educativo superior, o sea es el tope, el nivel educativo superior se observa que cree que tiene peor salud o sea dice tener peor salud es la persona sin educación o digamos una educación que ni siquiera termina la primaria, también creen tener peor salud las personas que están en el Régimen Subsidiado y creen, manifiestan tener peor salud las personas que viven en la Orinoquía y en la Amazonía, en comparación en el país esas personas que tienen esas características son las que manifiestan que su salud es peor digamos que la del resto de la población.

Si miramos las condiciones de vida en este caso representadas en el consumo de frutas y verduras, en la práctica de la actividad física y en el embarazo adolecente, podemos ver que en el consumo de frutas y verduras pues es más alto, entre más alto el nivel educativo y es más alto entre mayor riqueza se tenga, quiere decir que el consumo de frutas y verduras está directamente relacionado con el ingreso, con el ingreso, se requiere tener mayor ingreso para comprar frutas y verduras, no son algo digamos barato exequible a los que tienen menor ingreso, adicionalmente también está relacionado con los comportamientos y las prácticas generales de la población. La actividad física a la izquierda, esa grafica que ven ahí tiene tres gráficas, entonces a la izquierda lo que quiere decir es que la actividad física recreativa o como una medida de protección, por ejemplo, para el riesgo cardiovascular, se ve solo, o sea entre más alto el nivel de riqueza y entre más alto el ingreso, pues más actividad física recreativa, como se llama eso, por ejercitarse físicamente tiene, las mujeres y hombres son similares en utilizar el caminar como medio de transporte, es alto muy similar, no tiene diferencias

entre si es rico o muy rico o pobre o muy pobre en el hecho de caminar, sin embargo, en el utilizar la bicicleta como medio de transporte en las mujeres es prácticamente inexistente o indiferente como medio transporte, mientras que en los hombres eso sí tiene un peso importante, pero sigue predominando el transporte como un transporte de necesidad en la población muy pobre, eso que veníamos diciendo desde hace muchos años, el transporte en bicicleta para los más pobres aunque ha crecido en las poblaciones más ricas, sigue predominando como un medio de transporte por necesidad en los hombres es más común.

Y esta gráfica que resume el comportamiento de embarazo en adolescentes, pues nos dice que el embarazo en adolescente es mucho más frecuente en las zonas rurales, más frecuente entre más pobre se es, más frecuente entre más bajo el nivel educativo de la niña y más frecuente entre más pobre es. Obviamente es causa y efecto, porque también el embarazo en adolescente produce menor nivel educativo y producirá en el futuro menor ingreso y más pobreza, entonces es a la vez una trampa de la pobreza, pero es un círculo vicioso digamos el comportamiento del embarazo adolescente.

Si miramos algunos análisis específicos de las causas y las causas el Instituto hizo un análisis específico para La Guajira y en resumen esto es lo que se encuentra hablando de hambre y desnutrición en La Guajira, en la gráfica de la izquierda en las líneas inferiores pueden ver la mortalidad en menores de un año y la mortalidad en niños de 1 a 5 años y en las gráficas, esas son las de Colombia y en las de arriba pueden ver la misma mortalidad en menores de 1 año y en las de 1 a 5 pero en la Guajira, esa es Colombia abajo comparado con La Guajira arriba y unas grandes indicadores que nos permiten tener un panorama general, el 9.6% de las muertes en menores de 1 año que registraron como causa básica en la Guajira, perdón en la Guajira fue de 9.6% y en Colombia el 4.3% es el doble el comportamiento de la Guajira respecto a Colombia. Y si hablamos de niños de 1 a 4 años en Guajira fue del 24.6% y en Colombia del 7.5%, de esto tendríamos que hablar de todo un contexto sociodemográfico que ustedes ya conocen porque aquí lo han hablado, del tipo de alimentación jerárquica que existe, del tipo de digamos de creencia de hasta cuando adquiere digamos el alma una persona, etc.

Pero en la Guajira, en Colombia ha sido el país y tiene la reducción relativa más baja, o sea, el departamento que menos ha logrado reducir las tasas de mortalidad infantil por desnutrición en todo Colombia a lo largo del tiempo, a lo largo de muchos años no de estos últimos años, de muchos años, el riesgo de muerte por desnutrición en La Guajira, en los indígenas es 30 veces comparado con el resto de la población no indígena y el riesgo de muerte por desnutrición es mayor en quienes habitan en zona rural dispersa y en los no afiliados. Con este modelo de regresión logística se encontraron las siguientes anotaciones: Del sexto hijo en adelante aumenta la probabilidad de sufrir desnutrición, aumenta ostensiblemente la probabilidad de sufrir de desnutrición, hay un riesgo muchísimo mayor en la población no afiliada, la afiliación de hecho es un factor protector y si produce diferencias estadísticamente significativas, la Guajira no tiene evidencia de transición demográfica como el resto del país, quiero decir que la expectativa de vida sigue siendo muy baja porque la mortalidad infantil en general históricamente es sumamente alta y eso que se cree que la cabalidad del registro es 50% o menos y adicionalmente tiene un índice de dependencia único en el país, en La Guajira por cada 1.000 personas en edades productivas, 703 personas que dependen de ellas, o sea el índice de dependencia es enorme, es casi 1 a 1, por cada 1.000 que producen, 703 dependen de ellos, entonces la productividad no es muy alta y la dependencia es muy alta. La tasa de analfabetismo entre los mayores de 15 años es del 13%, mientras que en el país es del 5,9% y hay grandes rezagos en las condiciones de vivienda, de hacinamiento tiene un 28,9% de hacinamiento en sus viviendas, mientras que el país tiene el 11% y en servicios públicos pues ya lo sabemos hay bajas coberturas sobre todo en el tema de agua y deficiencias en el suministro.

Hablando de otro análisis específico que se hizo y en el informe lo encuentran amplio y con mucho detalle, el tema de minería y Chocó, lo que se usó digamos como trazador fue el tema de malaria en los municipios de producción aurífera, el objetivo era evaluar la asociación entre la producción de oro y el número de casos de malaria entre el 2007 y el 2014, se utilizaron pues el Sivigila, la población a riesgo de malaria y el Sistema de Información Minero de Colombia en la producción de oro. Se encontró el mayor riesgo en los hombres que son obviamente los más ligados, no los únicos pero los más ligados a la producción de oro y hay dos características que muestra la asociación, los municipios que se encuentran entre el segundo y tercer cuartil de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), son los que más casos de malaria tienen, o sea Atrato, Bagadó, Bajo Baudó, Cértegui, Condoto, Istmina, Lloró, Nóvita, Río Íro, Riosucio, Tadó, Unguía y además esos son los que tienen más, los lugares con más Necesidades Básicas Insatisfechas, pero también los municipios que producen más de 250 kilos de oro, también tiene más casos de malaria: Alto Baudó, Atrato, El Cantón del San Pablo, Cértegui, Condoto, Istmina, Medio Baudó, Nóvita, Quibdó, Sipí, Tadó y Unión Panamericana, están directamente relacionados los casos de malaria con la producción de oro y tiene que ver exactamente con las zonas y la dinámica poblacional y social que se crea alrededor de la producción de oro y directamente relacionado con el aumento del precio del oro obviamente, aumenta el precio del oro, produce una dinámicas poblaciones, aumentan los casos de malaria.

En el Informe sobre Discapacidad y Goce Efectivo de Derechos se hizo un análisis cualitativo, básicamente, se analizaron unos casos con diferentes tipos de discapacidad, de vulneración extrema de discapacidad, discapacidad física congénita, cognitiva, discapacidad psicosocial y un caso de personas con discapacidad de defensa, se hicieron unas entrevistas a profundidad, se revisó la literatura y se abordó el análisis cualitativo bajo tres modelos, un enfoque médico, un enfoque social, un enfoque de derechos humanos, se revisó la normatividad nacional y claramente desde el Congreso de la República pues se ha avanzado muchísimo en promulgación de leyes tendientes a proteger la discapacidad y a mitigar, el Sistema Nacional de Discapacidad, la Ley 1618 de Goce Efectivo de Derechos de las Personas con Discapacidad, la Política Nacional de Discapacidad y además la Corte Constitucional ha sido clave para promulgación jurisprudencia sobre el tema. Los entrevistados, sin embargo, identifican el goce efectivo de derechos con el ejercicio efectivo de todos los derechos y asocian la capacidad del Estado

con cada tipo de discapacidad, pero la gran mayoría asoció el término pensando que la respuesta debe dársela el Ministerio de Salud, la mayoría coincide con la necesidad de una institucionalidad robusta para este fin, todos identifican que se necesita, como si existiera una autoridad digamos que no existe, que integre las políticas sociales suprasectorialmente. Y en los derechos vulnerados manifiestan principalmente que son los de primera generación, en el tema de ciudadanía e igualdad, es lo que más se vulnera y los derechos de la dignidad humana, la capacidad jurídica, la educación, el trabajo, el transporte, el acceso a espacios públicos e información es lo que se siente más vulnerados y como responsables de la vulneración dicen que es el Estado y a la sociedad en general. Dicen que los mecanismos de acceso son organizarse colectivamente, la tutela, la red de apoyo familiar y la visibilización de la población para tener incidencia política, pero sus limitaciones son en la fragmentación del movimiento social de la discapacidad, falta de conocimiento de las entidades del Estado sobre esa norma y falta de recursos para lograr un mayor impacto con una agencia o un ente suprasectorial.

¿Qué se viene haciendo y qué falta por hacer? Se hizo un análisis de la respuesta de políticas en Colombia y en otros países, lo que se mostró es lo que ya les he dicho el concepto es que la posición social, el estrato socioeconómico, la localización territorial urbano y rural, la etnia, el género son aquello que marca diferencia, son los que da gradiente en la vida digamos así. Y cuál es el origen, la estructura social y política, económica y cultural, la violencia obviamente como situación agregada consecuencia de las primeras y las expresiones son la pobreza, la escasa movilidad social, el desempleo, la informalidad, el acceso precario a bienes y servicios, la falta de infraestructura, servicios de salud segmentados territorialmente y mortalidad y desnutrición en regiones y grupos sociales, eso es como el efecto, el daño que vemos finalmente.

Se hizo una revisión en diferentes países que la pueden encontrar en el informe de cómo los países abordan esa situación de desigualdad, procuran mitigar las desigualdades, ahí están en Argentina las diferentes programas interministeriales, programas ministeriales, ellos tienen una Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud y Relaciones Sanitarias, tienen como un Ministerio que une a todos los sectores. En Brasil algo parecido con la política de Promoción de la Salud que es obviamente más allá del sector salud, tienen una diferencia y si quieren un gran énfasis en el tema étnico. En Chile tienen dentro de su objetivo sanitario central tienen la reducción de inequidades, en Colombia tenemos pues el Plan Decenal de Salud x en su enfoque de determinantes, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, de Cero a Siempre, el programa Colombia Mayor, Familias en Acción, programa Gestión de Maternidad Segura y los 100 primeros días en primer año, 40.000 primeros empleos para jóvenes, Ser Pilo Paga, todo ese tipo de programas.

En Costa Rica tienen algo similar a Brasil, en México tienen sobre todo el tema que tiene que ver con el tema de oportunidades laborales y el tema de Seguridad Alimentaria y en general el análisis cualitativo mostró que los países examinados en su mayoría han tenido diferentes formas de desigualdad con un enfoque de focalización, pero el asunto es, para resumirles esta diapositiva, que casi todos los países centran, dicen voy a reducir la desigualdad y lo que hacen es priorizar poblaciones más vulnerables, priorizan poblaciones objetivo, voy a trabajar con el grupo indígenas, voy a trabajar con los niños, voy a trabajar con la población de zona rural dispersa, o sea, lo que hacen es una focalización de los vulnerables, que no es lo mismo que trabajar en los determinantes estructurales. Casi todos los países incluida Colombia han procurado, obviamente es una etapa inicial de trabajar en determinantes intermedios, no en estructurales, yo confío y yo creo que muchos de nosotros, que con el paso del tiempo sucesivos Planes Decenales, se trabajará más en los estructurales, solo algunos países han avanzado en la evaluación de impacto, la evaluación de impacto es fundamental para comprender si cada una de esas políticas, cada una de esas normas realmente modifica esas desigualdades que se están pidiendo. Colombia como casi todos los países del vecindario trabaja con un enfoque de focalización de grupos específicos y con un enfoque de mitigar desigualdades intermedias.

Con esto termino, con cinco recomendaciones que se pueden hacer, muchísimas cosas obviamente esto no es exhaustivo, en relación con las condiciones de vida y de trabajo a lo largo del ciclo vital, es importante garantizar equidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios mediante la implementación de un Modelo de Atención Diferencial, esa es la apuesta que está haciendo el Ministerio de Salud con el MIAS, con el país la política de atención integral en salud y con el Modelo Integral de Atención en Salud, que lo que dice es hay varias Colombias dentro de Colombia y hay modelos diferenciales para zona rural dispersa, zona rural y zona urbana.

Debe además desarrollarse un programa suprasectorial para la atención multidimensional para las mujeres embarazadas, el tema de las mujeres embarazadas no es un tema del sector salud, claramente está demostrada su alta carga externa y desde que no sean, las embarazadas no sean como una responsabilidad social en general de todos los sectores, no podremos disminuir la mortalidad materna porque queda como les digo, unos reductos en las zonas más marginales respecto a ingresos y respecto a ubicación geográfica. Se debe recuperar la lactancia materna efectiva como medida de intervención con evidencia demostrada, la lactancia materna podríamos hablar acá una hora de todos los beneficios que tiene, así como la educación de las mujeres, tiene efectividad demostrada, luego no tiene discusión técnica ni teórica sobre el beneficio de promulgarla.

Promover políticas de inserción para las madres que han perdido o abandonado su actividad laboral, la reinserción de la madre digamos que hace el ejercicio de crianza en los primeros años es muy difícil o casi imposible. Convertir el pleno empleo y la equidad del empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas nacionales y fortalecer el vínculo entre la educación y el trabajo, es decir, la educación aplicada y útil para el trabajo práctico.

En el tema en relación con la educación, debe fortalecerse la cobertura de la educación pública con énfasis en las mujeres, porque la educación de las mujeres es un factor protector de múltiples desenlaces y con respeto les digo no así la educación de los hombres, la educación de los hombres no muestra diferencias como factor protector para muchos desenlaces como la mortalidad infantil, la desnutrición en muchas otras cosas,

incluyendo la violencia. Se deben fortalecer estrategias para aumentar el ingreso a la educación y la permanencia en la educación en las áreas más marginadas en las zonas rurales dispersas, mecanismos que existieron, internados totales, parciales, una cantidad de alternativas para que sobre todo la gente de zona rural dispersa o marginal pueda ingresar y permanecer. Mejorar la nutrición en establecimientos educativos públicos y corrijo no solamente educativos sino laborales, en aquellos sitios donde trabaja la gente, la calidad en la comida, el acceso a ella.

En relación con los entornos se debe promover la práctica y aceptación de la lactancia materna en todos los entornos, como una práctica natural y protectora. Se deben generar normas y políticas que garanticen que el ASIS territorial que hacen los municipios y departamentos y el diagnóstico participativo que hacen con base en la equidad en salud, siempre sea incorporado por gobernantes, el ASIS el ejercicio de diagnosticar un territorio debe ser utilizado por el gobernante. Se debe contemplar el abastecimiento de agua y saneamiento básico y la disponibilidad de alimentos, como una condición esencial para la salud, es decir, los otros sectores para el sector salud pueda funcionar, deben garantizar agua, saneamiento y disponibilidad de alimentos. Se debe enfocar la gestión y la planificación urbana alrededor de las prioridades sanitarias es un trazador de oro y ya lo tiene el ASIS lo da.

Se debe luchar contra la distribución desigual de los recursos, del dinero, así como hay que fortalecer en serio la participación de los sectores en la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) que fue creada por el Congreso de la República. Se debe fortalecer la colaboración entre sectores incluyendo otros sectores que no están como el Ministerio de Hacienda que es fundamental en esa Comisión Intersectorial y en el nivel departamental y municipal debe en pequeño, haber un reflejo de la Comisión Intersectorial que permita la articulación en lo local de los diferentes sectores. Y la financiación privada debe ser orientada a actuar sobre los determinantes.

Y la última evaluar el impacto de las intervenciones, es fundamental incorporar, dedicar presupuesto que a veces parece que no tenemos y es fundamental dedicar presupuesto para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades lo que me preguntaban, ¿Por qué es desigual? Pues las causas deben ser investigadas, pero también la efectividad de las intervenciones que hacemos y el conocimiento y el análisis ampliado de los determinantes debe ser parte de la formación obligatoria de la gente que estudia temas en salud, de todo el personal que se forma en las diferentes áreas de la salud, para que la visión de la salud sea ampliada y no medicalizada y curativa, básicamente eso permite que los planificadores y los gestores de servicio logren modificar el ASIS de Colombia, porque la mayoría de carga el 70% de los resultados en salud pertenecen a lo externo, solo el 11% puede ser modificado por los propios servicios de salud. Senador, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Senador bien pueda tiene alguna. Muy bien de verdad un informe muy completo, aquí tuvimos la oportunidad de escuchar en estos tres temas fundamentales en lo que tiene que ver con las cargas de enfermedades crónicas, todo lo que tenía que ver con las desigualdades en salud en Colombia, especialmente un análisis en salud, una mirada desde el ASIS, vamos a darle la oportunidad al señor Viceministro el doctor Fernando Ruiz, unos 10 minutos nos va a hacer algunos planteamientos en torno a este punto, luego avanzamos rápidamente en unas proposiciones, dos proposiciones y anuncio de proyectos para cerrar la sesión en el día de hoy. Bien pueda, señor Viceministro.

Viceministro de Salud, doctor Fernando Ruiz Gómez:

Muchas gracias, señor Presidente. Un saludo muy especial a los Senadores, esta que es muy especial para el tema de la salud pública, porque realmente pocas veces se tiene la oportunidad de mirar ese panorama completo de la salud pública en el país. Yo resaltaría algunos temas que me parecen muy relevantes; en primer lugar, Colombia está en una situación transicional, la salud pública del país es transicional, tenemos una transición demográfica, el país está envejeciendo a un ritmo muy acelerado, en el año 1950 por cada 100 menores de 15 años había 15 mayores de 65, para el año 2020 vamos a tener por cada 100 menores de 15 años 50 mayores de 65, es un cambio supremamente grande, una transición demográfica y una urbanización también muy acelerada y esto lleva a una transición epidemiológica donde definitivamente las enfermedades crónicas, aquí hubo una que no se hizo tanto énfasis porque no está tan determinada la mortalidad, pero el perfil de carga de enfermedad de Colombia habla de que el 83% es enfermedad crónica, de ese 83% el 20% por enfermedad cardiovascular, el 8% es cáncer y el 13% es enfermedad mental y la enfermedad mental obviamente no tiene una representación tan grande en la mortalidad, pero sí muy grande en la discapacidad porque este es un reto también supremamente grande. Transición nutricional que nos combina a un país que está teniendo al mismo tiempo problemas de desnutrición focalizados en algunas regiones del país, en particular, pero también un crecimiento muy grande de los patrones de sobrepeso y obesidad, afectando en particular ya a niños muy jóvenes y también a mujeres como decía la doctora Martha, mujeres de características rurales, y mujeres de clase, de estrato medio a bajo y mujeres trabajadoras que tienen que convivir diariamente y que se están alimentando en una situación bastante compleja.

Y obviamente una transición epidemiológica con una clase media creciente que nos está afectando de manera importante, la demanda de los servicios de salud, frente a eso muy relevantes las diferencias regionales y poblacionales que tenemos, también está el problema étnico de una población indígena con unos riesgos muy grandes concentrado que hemos visto en temas como la desnutrición, en temas como la desnutrición, en temas como el suicidio, en asuntos como la concentración de malaria y en algunas zonas del Amazonas, en los problemas severos de desarraigo y de problemas psicosociales relacionados con estas poblaciones, pero igualmente unas diferencias poblacionales relevantes de unos departamentos que están como previos a la transición y unos departamentos frente a la transición.

Frente a esto, señores Senadores, la respuesta del Ministerio fundamentalmente va en dos sentidos, primero establecer una prioridad nacional y la prioridad nacional para nosotros se llama la megameta, es situar por primera vez en el contexto del Ministerio de Salud

y el sector salud, una megameta de salud, no una megameta de cobertura, ni una megameta de crecimiento del aseguramiento, esto ya es un tema en el cual se da un mensaje que le vamos a cambiar de pasar de los instrumentos a lo que debe ser el foco del Sistema de Salud y esa mega meta se llama reducir la morbimortalidad por enfermedad crónica en el 8% para el año 2018, esto incluye el mensaje de que todo necesariamente se debe adaptar a esto.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados que ustedes tuvieron la oportunidad de ver, esto no es suficiente, nosotros necesitamos intervenciones focalizadas en algunos de los problemas más críticos en algunas regiones del país, estos problemas focalizados hasta hace muy poco tiempo estaban como un foco debajo de la mesa, no se veían y cada vez están siendo absolutamente más relevantes, los problemas de desnutrición, el problema de la minería y sus efectos tan graves y tan severos con problemas como el paludismo, pero además del paludismo todos los movimientos sociales y problemas que se generan alrededor de esta minería que nos está afectando obviamente el medio ambiente y además, pero que lleva unos efectos muy importantes en salud y también unas prioridades departamentales que nos hacen pensar que definitivamente la intervención que está planteada dentro de esa visión que traemos de la Ley 100 de un Sistema de Seguridad Social en Salud, debe hacer una complementación hacia una visión básicamente de Sistema de Salud en el cual las prioridades de salud estén en el centro de esas intervenciones, eso nos define indudablemente unas nuevas, unos nuevos retos muy importantes en términos de investigación, de capacidad de investigación del Instituto, de capacidad de investigación de los centros de investigación del país en problemas críticos de las regiones y allí es donde tenemos diferencias regionales supremamente importantes que nos preocupan.

En los departamentos donde tenemos mayor concentración de los problemas críticos focalizados, tenemos la menor capacidad de investigación en salud pública, tenemos la institucionalidades departamentales más frágiles, con mayor debilidad, es solamente un dato nos revela como la capacidad de ejecución o el nivel de ejecución de los recursos de salud pública en estos departamentos es muy inferior a la ejecución que se hace en los departamentos que tienen otro tipo de problemas, entonces, allí realmente desde el nivel central enfrentamos permanentemente esta fricción entre unos departamentos que tienen las mayores concentraciones de problemas de salud pública y unos departamentos que tienen la menor capacidad institucional y de ejecución y eso nos da una Colombia donde realmente se funden diferencias territoriales e institucionales tremendamente grandes que hay que necesariamente abordar y abordar también el tema de los determinantes sociales, los problemas de salud son el resultado casi siempre el resultado final de una cantidad de problemas previos que son los determinantes de esos problemas, nosotros en La Guajira no tendríamos problemas de desnutrición, si en La Guajira hubiera agua, si en La Guajira hubiera suficientes ingresos para la familia, si en La Guajira tuviéramos mujeres con suficiente acceso a la educación, si tuviéramos una perspectiva económica que muchas veces pasa de lado el análisis de los problemas de salud y ese es un tema que necesariamente tenemos que involucrar y yo creo que estos datos y estos resultados nos deben servir para hacer ese llamado que este es un trabajo que realmente debe ser intersectorial.

Por último, la respuesta que nosotros estamos planteando con el apoyo del Congreso de la República cuando se aprobó el artículo 65 es el desarrollo de una política de atención integral en salud, con un modelo integral de atención en salud, que diferencie los diferentes territorios y tenga capacidad de intervenir de manera focalizadas y específicas a los riesgos que tiene cada uno de los departamentos, es decir, no es posible pensar que en La Guajira o que en el Guainía vamos a tener el mismo tipo de intervención desde un modelo de salud como lo tenemos en Bogotá y ese digamos que era el paradigma con el que veníamos trabajando a los largo de los pasados 20 años, necesariamente tenemos que empezar a diferenciar el modelo de salud para cada territorio.

En Guainía el modelo es esencialmente fluvial, tiene que ser fluvial, tenemos que buscar que a través de los ríos, de los ejes de los ríos en Guainía se lleve la salud a la población en un modelo intercultural también donde se respete y donde se integre la medicina occidental con las medicinas tradicionales, en La Guajira el modelo tiene que ser necesariamente extramural, tiene que ir en nuevo modelo institucional, centrar un puesto de salud, sino un modelo que busque a la población que es lo que estamos actualmente experimentado, pero eso señores Senadores nos implica un esfuerzo muy grande a esa transformación institucional que tenemos que de alguna manera abordar para superar las rigideces que actualmente tenemos cuando tenemos un modelo donde priman las EPS, las IPS y no hay esa flexibilidad que debemos tener para poder realmente abordar estos problemas y para probablemente desinvertir en algunas deudas institucionales y empezar a invertir en un modelo diferenciado realmente, que es donde podemos realmente trabajar desde el punto de vista de la prevención.

En las ciudades tenemos un modelo esencialmente hospitalario, la atención se da en las urgencias de los hospitales de alta complejidad y esa atención tenemos que de alguna manera empezar a trasladarla bajo un modelo de atención primaria donde la mayor parte de los problemas se resuelvan en los niveles primarios de Atención, pero indudablemente ahí tenemos unos problemas muy complejos en lo que tiene que ver con la transformación de ese nivel primario.

Y para terminar, yo quisiera plantear algunos riesgos que nos parecen esencialmente preocupantes bajo los temas de salud pública, el tema de la obesidad, la obesidad y todos los factores determinantes relacionados con la obesidad va a determinar mucho la carga de morbilidad, de mortalidad en Colombia de los años futuros, tenemos problemas específicos como la baja en lactancia materna, muy preocupante, nosotros hemos venido de alguna manera hay que reconocerlo, perdiendo días de lactancia materna, esto obviamente está relacionado con las dificultades que tienen muchas mujeres para poder lactar de una manera adecuada, pero también tiene que ver mucho con el efecto de mercadeo que se hace en ciertas fórmulas y la forma en que se induce a las mujeres a consumir ciertos productos y evitar la lactancia, en eso le hemos hecho un llamado de atención muy importante a los colegas médicos, incluso la propia Sociedad Colombiana de Pediatría, so-

bre cómo abordar y debemos hablar de cómo abordar este tema indudablemente.

Otro riesgo que nos parece muy relevante es la forma en que se está atendiendo el embarazo y el parto en Colombia, que hayamos pasado de un 27% de cesáreas en el año 2003 a un 47% en el 2013, es realmente muy preocupante, es un crecimiento muy alto en el cual el parto se está dando de una manera intervenida, muy intervenida sin una posibilidad de un manejo integral en la atención del parto y básicamente con una medicalización supremamente fuerte del parto a nivel institucional, es un tema que nos parece absolutamente crítico, que el Ministerio y junto con los datos del Instituto, tenemos que intervenir.

Y el otro tema también para terminar en un cuarto riesgo importante y son todos los relacionados con la población adulta mayor, tenemos una población adulta mayor creciente, pero una población adulta mayor que tiene limitaciones muy importantes de ingreso, de cuidado en la atención y en el disfrute de la vida diaria y esto nos puede llevar a, nos ha llevado a situaciones donde los riesgos se pueden estar expandiendo de una manera muy importante.

Esos son, señor Presidente, los mensajes más relevantes que tendríamos y los análisis que a partir de estos se nos suscitan en el Ministerio de Salud. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

A usted señor Viceministro. No, realmente ha sido muy importante haber tenido la oportunidad de escuchar estos informes y sobre todo cuando usted está planteando algunas acciones que hay que tomar, sí me gustaría que próximamente por parte del Ministerio de Salud, esas recomendaciones de cambio de políticas, de acciones concretas, volver a presentarlas aquí a esta Comisión y ver, precisamente, cuál sería nuestro compromiso para avanzar, es decir, ya hay que dar el salto hay que tomar decisiones en cambiar todo lo que yo he llamado la rutina como se manejan las cosas en el país; entonces, es el momento que esta Comisión, el Senado está totalmente abierto a dar esta discusión. Senadora Sofía.

Honorable Senador Sofía Gaviria Correa:

Solamente para hacerle un reconocimiento al Ministerio y en particular al Ministro Alejandro Gaviria sobre el tema particular, ya están andando dos iniciativas de intervención específica en dos departamentos pues con una situación de problemática de desnutrición y de muertes por diarrea, yo las asocio siempre a altos niveles de desnutrición, pero digamos en el informe se desglosan y es un modelo especifico con la población Wayuu directamente con el Ministerio en La Guajira y otro modelo que se va a implementar en Bojayá con la población Embera, donde presentamos los resultados que como muy bien explica la doctora Martha y el Viceministro, había un subregistro histórico de estas muertes por desnutrición y ahora que se está implementando un modelo para sacar a flote toda esta estadística, estamos abordando con las comunidades dos modelos importantes que me parece que es muy válido y que es lo que pues la sugerencia en esa dirección.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, muchas gracias doctora Martha, señor Viceministro muy amable. Señor Secretario continuemos con el Orden del Día, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Proposiciones y varios, señor Presidente y honorables Senadores, ante la Secretaría de la Comisión hay dos proposiciones radicadas, una dice:

Proposición

Cítese al señor Ministerio de Salud y Protección Social y al Superintendente Nacional de Salud para que en debate de Control Político se sirvan informar sobre la situación actual de la salud en el Distrito de Buenaventura, hay un cuestionario adjunto.

Firma Édinson Delgado Ruiz, Senador de la República.

Y hay una segunda proposición del honorable Senador *Jorge Iván Ospina Gómez* sobre el tema de homicidio y lesiones personales por arma de fuego en Colombia y pide que se cite a debate de Control Político al señor Ministerio de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria; al señor Ministro de Defensa, Luis Carlos Villegas; al señor Director del Instituto Nacional de Medicina Legal, Carlos Eduardo Valdez, para que en debate de Control Político resuelvan el siguiente cuestionario sobre muertes violentas en Colombia por arma de fuego, armas violentas de manera específica por armas de fuego, hay un cuestionario de quince (15) preguntas.

Firma honorable Senador *Jorge Iván Ospina Gómez*.

Leídas las dos (2) Proposiciones, ante la Secretaría reposan los cuestionarios, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Vamos a someter a consideración en bloque las dos (2) proposiciones, se abre la discusión, anuncio que se va a cerrar, queda cerrada. ¿Lo aprueban los colegas Senadores y Senadoras?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por el sistema de votación ordinaria, señor Presidente, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho (8) honorables Senadores presentes en este momento en el recinto, aprueban las dos (2) proposiciones, Senadora Yamina Pestana, Senador Ospina Gómez, Senadora Nadya Blel, Senador Honorio, señor Vicepresidente, señor Presidente, Senador Castilla Salazar Jesús Alberto, Senador Luis Évelis y Senador Soto Jaramillo, ocho (8) Senadores presentes en el Recinto aprobaron las proposiciones.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, correcto. Para la próxima semana el martes 9, precisamente vamos a tener aquí y vamos a citar al Ministro de Salud, al Superintendente de Salud, igualmente al Superintendente Financiero, a raíz de la Ley 1502 de 2011 que es la de Cultura de la Seguridad Social, este es un tema que habíamos descuidado nosotros en el país y allí en esa ley se identifica una serie de responsabilidades de estos funcionarios; por lo tanto, vamos

el miércoles dedicarlo precisamente a ese tema que ellos rindan un informe sobre sus responsabilidades y vamos a tomar unas acciones. Y para el miércoles 10 igualmente está contemplada en la misma Ley Informes de la Ministra de Educación, Ministra de Cultura y Ministro de Trabajo, eso es la próxima semana, bien pueda, sí Secretario una aclaración y luego el Senador.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Para que quede constancia en el acta el suscrito Secretario hace la aclaración, fue un lapsus linguae del Secretario, el honorable Senador Álvaro Uribe Vélez, también aprobó las dos (2) proposiciones y queda constancia en el acta, Presidente Uribe.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, ok, Senador Carlos Enrique.

Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:

Sí, algunas inquietudes, primero que todo a la doctora Martha Lucía Ospina, nuestro reconocimiento y al Viceministro y el amplio y claro informe que me parece muy útil. Tengo algunas preguntas, por ejemplo, se ha analizado, usted que hizo énfasis en la parte rural y que me parece tan importante, ¿Si las cocinas sin humo si realmente es un proyecto, es una política que puede haber contributivo para la salud notoriamente?, esa es la primera, y lo segundo me llamó mucho la atención sobre la diabetes y sobre el proceso en el Valle del Cauca, ¿No tiene que ver eso con la producción de caña de azúcar ni nada de esas cosas, hay algún análisis, alguna investigación al respecto que me parece importante?, y lo de Honda que es inmensamente preocupante, 31 frente a 484 muertes por cada 100.000 habitantes, ¿Cuál es la explicación que tiene el Ministerio, los científicos cuál es la explicación que dan al respecto? Y una última inquietud es que usted lo ha dicho, el derecho es igual para todos, pero no es aplicable igual para todos, se expide con igualdad para todos, pero no se aplica igual para todos y es donde está la gran diferencia, o sea es el comportamiento humano sin duda alguna, el que genera las profundas desigualdades.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien Senador, tenía algún comentario al respecto por favor.

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Sí, Senador. Respecto a la diabetes está directamente ligada a la obesidad, las dos últimas encuestas en sí la 2005 a 2010 mostró un dato increíble, un aumento de 10 centímetros la circunferencia abdominal en las mujeres en 5 años, o sea la obesidad femenina es real en Colombia y recuerden que ningún país del mundo ha logrado devolver las cifras de obesidad, es decir, lo único que se puede lograr es detener le obesidad, pero no devuelve y eso es muy muy grave, la obesidad sobre todo la obesidad abdominal realmente es la causante de la diabetes tipo 2 y un tercio de la población tiene diabetes sin saberlo y adicionalmente un tercio de la población diabética no logra o no tiene digamos el control adecuado de sus cifras, porque adicionalmente la diabetes que es una enfermedad silenciosa en su mayoría produce el daño final, el daño en los órganos blandos, a pesar de tener muy buen control médico, obviamente el control médico minimiza, retarda los daños en los órganos blando, pero la diabetes es una enfermedad silenciosa que va produciendo daños mucho más graves y costos más graves, o sea que donde está la intervención, no en el manejo de la diabetes que hay que hacerlo, sino en el manejo del precursor, que el 90% es la obesidad, esa es la obesidad. Existen numerosos estudios científicos.

Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:

Mi pregunta es si el estudio científico explica por qué esas profundas diferencias de las muertes por cada 100.000 habitantes, de 31 a 484 es una diferencia notoria y cuál es la razón, cuál es lo que sobresale en la parte alimentaria de esta comunidad que repercute la diabetes tan notoriamente.

Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Hablando de Honda, ellos tienen una gran carga de enfermedad cardiovascular en general, tienen el tema de obesidad, tienen el alto consumo de sal, tienen digamos muchas cosas, pero lo que quiero decirles es que la interpretación del ASIS, siempre tiene que ser con la comunidad, uno se lleva sorpresas bien importantes y les voy a poner un ejemplo que no es del tema, pero ilustra muy bien. Alguna vez viendo un ASIS veía unas cifras enormes de embarazo en adolecente y uno dice claro es porque no tienen planificación familiar, pero cuando uno va con la comunidad hablando le dicen sí claro doctora, es que pusieron el batallón, entonces esa es la explicación real y cuando uno va a ver por qué cuando pusieron el batallón se dispararon el embarazo adolecente, la comunidad explicaba, porque aquí solo hay un colegio de bachillerato académico y se gradúan y no tienen trabajo, aquí no hay ninguna fuente de empleo, aquí las niñas lo máximo que ven es de pronto embarazarse con un soldado e irse con un soldado, es un tema de plan de vida, entonces, le pongo ese ejemplo es para decirle que solo la explicación contextualizada nos da la respuesta, pero debe existir, porque el municipio de Honda tiene Plan Territorial de Salud y voy a hacer la tarea de ir a mirarlo para ver como describe el municipio de Honda la explicación de esa carga tan alta de cardiovascular.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, Secretario por favor sírvase anunciar proyectos, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por autorización del señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003 inciso ultimo del artículo 160 de la Constitución Política, se anuncian para consideración, discusión y votación en la sesión del próximo martes 9 de agosto, que el señor Presidente desde ya la convoca para las diez (10:00 a. m.) de la mañana, el Proyecto de ley número 186 de 2016 Senado, del cual es ponente la honorable Senador Sofía Alejandra Gaviria Correa, que fue aplazado en la sesión de hoy, queda anunciado para votación para el martes diez (10:00 a. m.) de la mañana, martes 9 de agosto. Hecho el anuncio, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias, mañana tenemos informes está ya la Comisión de Servicio Civil, mañana, se convoca para mañana a las diez (10:00 a. m.) de la mañana a las sesiones de la Comisión Séptima, muchas gracias y están todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo la una y siete (1:07 p. m.) minutos y se les recuerda a los honorables Senadores que comprometieron la asistencia al almuerzo, el cual invitó el señor Presidente con motivo de su elección, que este se llevará a cabo en el Club de Ejecutivos en la dirección que se les notificó carrera 7ª con 26. Siendo la una y siete (1:07 p. m.) el señor Presidente declara formalmente agotado el Orden del Día y convoca para mañana diez (10:00 a. m.) de la mañana en este recinto, para escuchar la sustentación de los cuatro últimos informes de la Comisión Nacional del Servicio Civil, de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1033 de 2006, feliz tarde para todos y nos vemos mañana.



En esta sesión, se aprobó la siguiente acta de la Legislatura 2016-2017, así:

El Acta número 01, de fecha julio veintisiete (27) de julio de dos mil dieciséis (2016), de la Legislatura 2016-2017, fue aprobada en esta sesión de fecha martes dos (2) de agosto de dos mil dieciséis (2016), según Acta número 02, de la Legislatura 2016-2017, con nueve (9) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de catorce (14) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación.

Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron:

Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Delgado Ruiz Édinson, Gaviria Correa Sofía, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ospina Gómez Jorge Iván, Soto Carlos Enrique, Pulgar Daza Eduardo Enrique, Uribe Vélez Álvaro.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a 5 de agosto de 2016.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo 1° y el inciso 5° del artículo 2° de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, del **Acta número 02** de fecha **martes dos (2) de agosto de dos mil dieciséis (2016)**, correspondiente a la **Segunda Sesión** de la Legislatura 2016-2017.



IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2016