



Por: Gloria Morgan
VICEPRESIDENTE DE PREVENCIÓN POSITIVA

Cambio en el Perfil de Morbimortalidad de Colombia en el Postconflicto

En el escenario mundial, una serie de estados no han logrado finalizar conflictos bélicos con importantes implicaciones demográficas, sociales, económicas y culturales. En particular, Colombia se ha visto afectada por un conflicto de más de 50 años con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, grupo con el cual el pasado 24 de noviembre, el gobierno colombiano firmó acuerdos de paz refrendados por el Congreso de la República el 30 de noviembre de 2016. Se está en proceso de concluir el enfrentamiento más antiguo del hemisferio occidental y uno de los 18 actuales en el mundo.

En el anterior contexto, resulta de vital importancia para el país, para el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y particularmente para Positiva Compañía de Seguros en su calidad de compañía pública, preocuparse por las posibles implicaciones de estos cambios en el perfil de la población afiliada, de manera tal que podamos ajustar nuestros programas y productos a las nuevas características. En este sentido, el presente artículo evidencia el perfil de morbilidad de Colombia, algunos de los fenómenos observados en las sociedades en postconflicto, análisis de los posibles cambios esperados y finalmente plantea reflexiones alusivas a los retos para los actores empresariales y las aseguradoras.

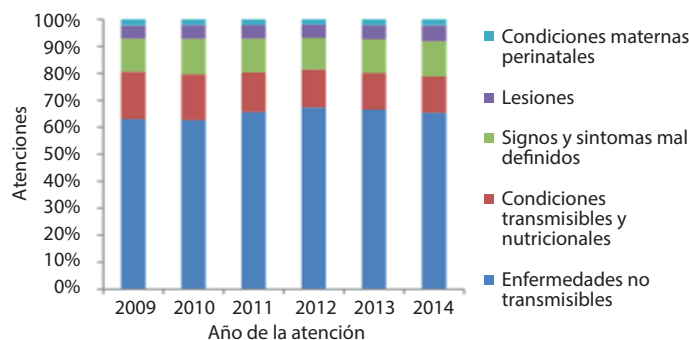
Perfil de morbilidad general en Colombia

Al revisar la morbilidad en Colombia durante 2009-2014 descrita por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), el Pareto lo conforman dos grandes causas, las enfermedades no transmisibles 67% y las condiciones transmisibles y nutricionales 13% (Ver Figura 1). Respecto a la salud mental, aspecto que cobrará vital importancia en el postconflicto, su autopercepción muestra una apreciación positiva generalizada que disminuye a medida que avanza la edad; y el 7.9% de la población de 18 años en adelante reporta haberse expuesto a conflicto armado como evento traumático y cerca de la mitad de esta población refiere haber presentado trauma psicológico derivado de esta exposición.

En lo concerniente al perfil de discapacidad en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE, solo 1.121.274 personas se encuentran inscritas en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) que corresponde al 2.1% de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a), información que contrastan con las estimaciones de la OMS, que refiere que 15% de la población mundial vive con discapacidad, lo que podría indicar un subregistro nacional. Al analizar la causalidad de la discapacidad de las personas inscritas, se evidencia que el conflicto armado y la violencia en el país, representan una proporción baja en comparación con las demás causas (aprox. el 1% y 2.4% respectivamente).

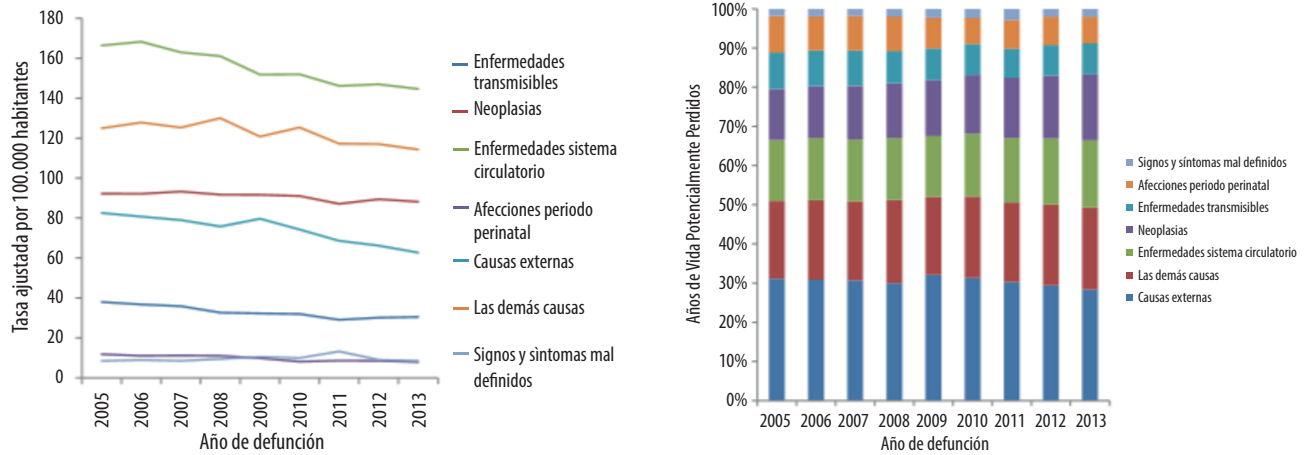
Respecto al perfil de mortalidad, entre 2005 y 2013 en Colombia se produjeron en promedio 196.536 defunciones no fetales anuales, en general, mostrando una tendencia decreciente. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud y Protección Social (2015a) las más elevadas son las producidas por las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por diagnósticos residuales (diabetes, deficiencias nutricionales, etc.), las neoplasias y las causas externas conformadas por accidentes y violencia (autoinflingida, interpersonal y colectiva) (Ver Figura 2)

Figura 1. Morbilidad atendida según agrupación de causas. Colombia, 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Análisis de la situación de salud, Colombia 2015.

Figura 2. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos según grandes causas. Colombia, 2005-2013



Para la OMS más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y en contextos de crisis humanitaria y en Colombia hay cerca de seis millones de desplazados y es el segundo país con la mayor crisis humanitaria, después de Siria, advirtió la Agencia de la ONU para los Refugiados ACNUR (2015).

El acceso y uso de los servicios de salud está relacionado con la autopercepción del estado de salud APES, la cual se indaga a través de encuestas. La APES en Colombia entre 2000 y 2010 ha mostrado una ligera mejoría; sin embargo, la mayor prevalencia de mala APES, se encuentra en personas menores de 65 años en el área rural. La ACNUR (2015) anunció que las cinco décadas de conflicto en Colombia, han limitado el acceso de millones de personas al ejercicio de sus derechos, incluyendo el derecho a la salud.

Panorama de la Enfermedad Laboral y Accidentalidad:

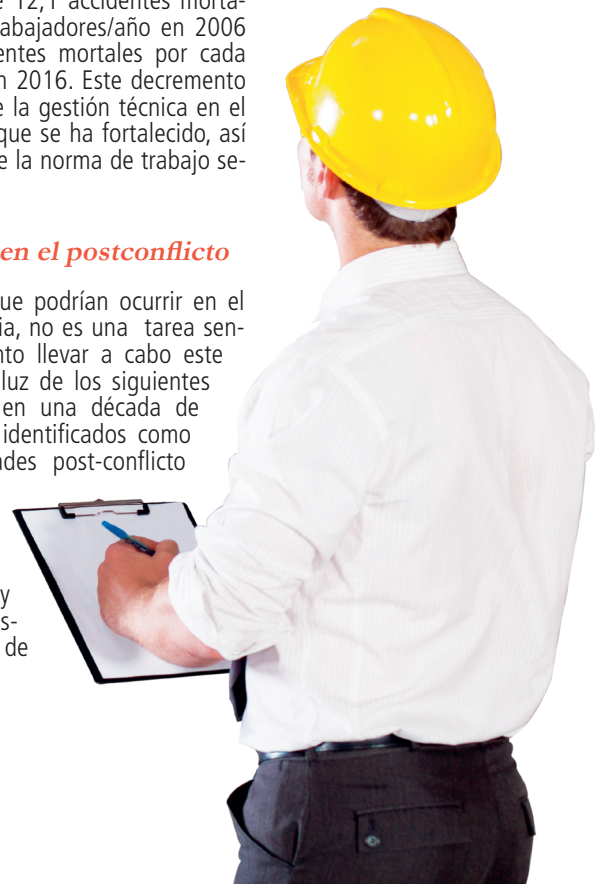
En cuanto al panorama nacional de la enfermedad laboral, la gestión sistemática de la seguridad y salud en el trabajo ha mostrado en las últimas décadas, beneficios sin precedentes. Sin embargo, la enfermedad laboral continúa siendo una problemática de grandes magnitudes, hoy en día considerada "la epidemia oculta". La tasa de enfermedad laboral en el SGRL durante 2016 fue de 105.3 casos por 100.000 trabajadores/año. Sin embargo, esta tasa aún dista mucho de las estimaciones de 300 a 500 casos por 100.000 trabajadores/año de la OMS. Ocho de los diez diagnósticos más frecuentemente calificados en el período 2000-2011 corresponden a desórdenes músculo esqueléticos (DME) y los sectores económicos con las mayores tasas de enfermedad laboral (mayo

2015- mayo 2016) son agricultura/ganadería, minería y manufactura.

Respecto a la accidentalidad general calificada, esta tuvo una clara tendencia alcista de 2009 a 2012 y su comportamiento ha sido estable hasta 2016, año en el que cerró con una tasa de 6.9 casos por 100 trabajadores/año. Esto podría atribuirse al impacto de la legislación emitida y al fortalecimiento de la cultura de reporte. Los sectores con las tasas de accidentalidad más altas son agricultura/ganadería, minería y construcción. Los accidentes de trabajo mortales han presentado una disminución sostenida en la última década, pasando de una tasa de 12,1 accidentes mortales por cada 100.000 trabajadores/año en 2006 a una tasa de 6 accidentes mortales por cada 100.000 afiliados/año en 2016. Este decremento demuestra el impacto de la gestión técnica en el abordaje de los riesgos que se ha fortalecido, así como de la expedición de la norma de trabajo seguro en alturas.

Posibles cambios en el postconflicto

Proyectar los cambios que podrían ocurrir en el postconflicto en Colombia, no es una tarea sencilla, sin embargo, intento llevar a cabo este desafiante análisis a la luz de los siguientes fenómenos observados en una década de posguerra en Angola e identificados como comunes a las sociedades post-conflicto (Rodríguez, 2014): El crecimiento de la población, un proceso de urbanización acelerada sin estructuras básicas y el colapso de la infraestructura, de los sistemas de



salud y saneamiento básico; la pobreza extrema y altos niveles de desigualdad; la escasez generalizada de profesionales y un sistema político-económico débil. Adicional a los anteriores cambios, es necesario analizar las evidencias documentadas en torno a las variaciones en el perfil de morbimortalidad en los países que han experimentado postconflicto, tales como Angola, Bosnia, Camboya, Japón, Estados Unidos, Hungría, entre otros.

Después de analizar las variables ya mencionadas y de suponer un escenario optimista en postconflicto, una mayor destinación de recursos para fortalecer los servicios de salud y mejora su acceso incluso a poblaciones dispersas, aumenta la densidad de médicos y su proporción en zonas rurales e incrementa las coberturas en saneamiento básico, podría proyectarse los siguientes cambios:


Mejoramiento de la APES particularmente en zonas rurales, aumento de la esperanza de vida en hombres, disminución de la mortalidad materna, mejoramiento de las políticas de salud mental y de violencia doméstica, disminución del subregistro de personas con discapacidad (PcD) y fortalecimiento de las entidades que aseguren su atención, fortalecimiento de la atención de enfermedades catastróficas (cáncer, suicidios y cirrosis), retorno a la tierra derivado del proceso de desminado, reactivación sectores como construcción y agricultura, fomento de resocialización a través del empleo formal, conservar el comportamiento endémico de las enfermedades transmisibles, fortalecimiento de acciones preventivas en torno al posible incremento de los accidentes de trabajo, la mortalidad por violencia y por riesgos en construcción, fortalecimiento de las acciones que permitan prevenir el posible incremento de las enfermedades agravadas por el trabajo, particularmente los DME.

Retos para las empresas

- Será necesario que las empresas fortalezcan los exámenes médicos

ocupacionales particularmente los de ingreso, consoliden sus programas de promoción y prevención en salud, afiancen los vínculos con EPS's para mejorar acciones de promoción y prevención y refuercen los programas de estilos de vida y trabajo saludables. También, deberán desarrollar y robustecer los programas de salud cardiovascular, fortalecer el desarrollo del diagnóstico de riesgo psicosocial y priorizar su intervención, consolidando los programas de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas entre sus prioridades.

Retos para las aseguradoras

- Analizar esta información nos permite proyectar los posibles cambios en las características de la población afiliada y prepararnos para robustecer los programas y productos de promoción y prevención de manera que faciliten escenarios organizacionales para la inclusión de población vinculada al postconflicto; así como la implementación de los productos derivados de los proyectos de investigación como el de Factores Psicosociales en Torno al Postconflicto, entre otros. 

Cámara Técnica de Riesgos Laborales Fasecolda (2015). Estadísticas presidenciales Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema de Información Gremial.

Díaz, D. (2008). MORTALIDAD MATERNA una tarea inconclusa. FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación.

Felizola, O. (2015). Terapia ocupacional en tiempos de paz: escenarios profesionales y propuestas de actuación en el postconflicto.

Gaviria, A. Ministro de Salud y Protección Social. Marco del evento Salud: Un puente para la paz, organizado por la OPS. Sep. 2016.

Gray, G. et al. (1996). The postwar hospitalization experience of U.S. veterans of the Persian Gulf war. *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, no. 20, 1996, pp. 1505-1513.

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud (2015). Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia.

Kullberg, P. (1986). Social visions and social control: the evolution of medical thought in postwar Hungary. *International Journal of Health Services*, vol. 16, no. 3, 1986, pp. 391-408.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015a). Análisis de la situación en Salud (ASIS), Colombia 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Organización Mundial de la Salud OMS (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad.

Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro.

Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud.

Quan Li, b. Ming Wen, b. (2005). The Immediate and Lingering Effects of Armed Conflict on Adult Mortality: A Time-Series Cross-National

Analysis. *Journal of Peace Research*, vol. 42, no. 4, 2005, pp. 471–492.

Rodrigues, N. (2014). El derecho a la salud en contextos post-conflicto: ¿Por qué las inversiones en un sistema de salud pública deben ser prioridad? las lecciones de Angola. Tesis doctoral Universidad Pablo de Olavide, España.

Valencia, L. (2016). Gastos de la guerra versus gastos de la paz. Fundación Paz y Reconciliación.