

Por el derecho a morir de viejos *

For the right to die of old age

Pelo direito a morrer de velhos

Fecha de recepción: 07-04-08. Fecha de aceptación: 20-10-08

María López López **

Gustavo Arango Tamayo ***

Antonio Pareja Amador ****

* Este artículo tiene como fundamento los resultados de la investigación "Políticas de salud y su relación con la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño 1980-2000", de M. V. López, G. Arango, S. Fernández y M.P. Arbeláez. La investigación fue financiada por CODI-Universidad de Antioquia y se realizó entre 2003 y 2005.

** Docente de la Universidad de Antioquia. Socióloga de la Universidad Autónoma Latinoamericana; magíster en Medicina Social, UAM Xochimilco, México; jefa del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; co-investigadora de los grupos de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud, y Violencia Urbana, ambos categoría B de Colciencias. Correo electrónico: mvlopezlo@hotmail.com

*** Docente Universidad de Antioquia. Sociólogo de la Universidad de Antioquia; magíster en Sociología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) México; co-investigador del grupo de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud. Correo electrónico: garango@tone.udea.edu.co

**** Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana. Sociólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana; magíster en Estudios Sociales de Población, de FLACSO y el Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago de Chile. Correo electrónico: antoniopareja@epm.net.co

Resumen

Se analiza el comportamiento de la mortalidad en una región colombiana, destacando hallazgos relacionados con las causas de muerte evitable y su contribución a la esperanza de vida. Entre 1980 y 2000 predominan las muertes violentas, principalmente homicidios de hombres jóvenes. Esto hace pensar que existe una problemática social poco combatida o controlada. La eficacia de políticas públicas para garantizar la salud y contribuir a evitar la mortalidad queda en entredicho, porque más del 55% de las muertes fueron evitables. Reivindicar la vida es considerar el proceso social en términos de dotaciones y capacidades, es reconocer procesos históricos que caracterizan la región con una marcada exclusión social, económica y política, que ha facilitado la presencia de diversas formas de violencia.

Palabras clave autor: mortalidad, mortalidad evitable, condiciones de vida, violencia, esperanza de vida, planificación en salud.

Palabras clave descriptor: planificación de la salud, esperanza de vida, mortalidad, estudios poblacionales en salud pública.

Abstract

The behavior of the mortality is analyzed in a Colombian region, highlighting discoveries related with the causes of avoidable death and its contribution to the hope of life. Among 1980-2000 the violent deaths prevail, mainly homicides of young men, this makes to think that there is a social problem that is low fought or controlled. The effectiveness of a public policy to guarantee the health and to contribute to avoid a bigger mortality it is in interdict when more than 55% of the deaths could be avoided. To claim the life is to consider the social process in terms of endowments, capacities, it is to recognize the historical processes of the region which characterize it as area of high exclusion that has facilitated the presence of diverse forms of violence.

Key words: mortality, avoidable mortality, conditions of life, violence, life expectancy, health planning.

Key words plus: health planning, life expectancy, mortality, population studies in public health, old age.

Introducción

Si existe una reivindicación histórica de la humanidad, puede afirmarse que ésta es su lucha para aplazar el momento de la muerte. Desde siempre, se han intentado diversas formas de distanciar en el tiempo, ese momento final de la existencia de los hombres. Contrariamente y de manera paradójica, cada acción de la evolución humana desarrolla nuevas formas de producirla de manera más eficiente y masiva: la guerra y

las armas se hacen cada vez más sofisticadas y productivas, con lo que la lucha por la sobrevivencia y la destrucción de la vida son una pareja indisoluble.

La violencia de diversos órdenes que padece Colombia, desde hace tantas décadas, es una muestra inequívoca de este proceder y particularmente el homicidio, se concreta como la forma extrema de manifestación de las asimetrías y, por lo tanto, de expresión y resolución de los conflictos sociales entre las



personas y los colectivos [1]. En el marco de la modernidad se ha intentando por distintos medios posibles acceder a las ventajas de la medicina, de la salubridad, del confort, que signifiquen una mayor esperanza de vida, pero igualmente se incrementan las formas de ejercer la violencia que producen que los logros de lo uno opaquen o desaparezcan los de lo otro.

No sobra expresar que está identificado que la mortalidad afecta de manera diferenciada a los seres humanos, bien por causas naturales como las condiciones asociadas al sexo o la edad, como por razones sociales entre las que se destaca la pertenencia a un determinado grupo o clase social, donde cada uno configura su propio panorama de riesgos. En el conjunto de la sociedad colombiana, la esperanza de vida ha evolucionado favorablemente y se ha alcanzado la edad promedio de los 70 años; desglosar este valor revela en su interior profundas y marcadas diferencias y por tanto, resulta falaz hablar de estos logros como un hecho que representa a todo el país. No solo porque las diferencias sociales son extremadamente marcadas, con una tendencia creciente en los indicadores de población en pobreza y miseria, sino porque los factores desencadenantes de la morbilidad y la mortalidad son significativamente distintos al interior de cada uno de los grupos sociales; no es lo mismo ser pobre en el campo que serlo en las grandes ciudades.

El presente artículo analiza el comportamiento de la mortalidad en el nordeste antioqueño, destacando algunos hallazgos relacionados con las causas de muerte por violencia y su contribución a la esperanza de vida. Lo anterior, orienta a interpretar el título más que como un derecho social, como una aspiración de todo ser humano: la prolongación de su existencia.

Un propósito de los análisis demográficos, es tratar de descifrar aquellos factores que

puedan resultar más relevantes para explicar los diferenciales de la mortalidad. Bronfman y Tuirán [2] mostraron en un estudio sobre la categorización social de los riesgos de mortalidad en la niñez, las enormes dificultades de tener categorías analíticas que puedan ser autónomamente explicativas, o que siquiera permitan constituirse en ejes teóricos que conduzcan a la explicación del fenómeno y faciliten entender los determinantes de la mortalidad. Para este artículo se intentan nuevas variantes como la reclasificación de las causas de muerte en función de la evitabilidad [3], la mortalidad evitable es entendida como una manera de estudiar las causas de muerte asociadas a condiciones socioeconómicas, ambientales, características de la prestación de los servicios de salud, calidad del diagnóstico médico y avances del conocimiento científico y técnico en salud. Se profundiza en el análisis de las muertes por violencia por su significado en la reducción de la esperanza de vida en la región y de igual manera, se relaciona la mortalidad con los contextos históricos y sociales del área de estudio y con las estrategias de política implementadas por las localidades.

De otra parte, se ha reconocido que algunos factores asociados con los riesgos de muerte, han variado significativamente desde la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993. Esta transformó el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, al integrar como criterio direccionador de los servicios de salud, la búsqueda de eficiencia y rentabilidad, tornando la salud en una mercancía, circunstancia que la hace altamente dependiente de la capacidad económica de cada individuo y la expone al riesgo de su desaparición como derecho constitucional.

El análisis de la mortalidad, como el de todas las variables demográficas, depende de una buena calidad de la información, lo que no siempre resulta fácil; en el caso de



esta variable hay factores que inciden en la lectura de los resultados. En primer lugar, una estrecha asociación con la estructura por sexo y edad de la población, cuyos valores se obtienen regularmente de una base censal y de los ajustes posteriores que facilitan las proyecciones.

En numerosas ocasiones la información sobre la mortalidad de una población, dada en la forma de una distribución de las defunciones por sexo y grupos de edades, adolece de importantes subregistros de los hechos y de declaración sesgada de la edad de los fallecidos. Esta falta de cobertura de los hechos de mortalidad en los diferentes grupos de edades hace que tanto el cálculo de la tasa bruta de mortalidad como de las tasas específicas por edad no representa adecuadamente la mortalidad tanto a nivel general como de esos grupos de edades. Por otra parte, la información censal acerca de la distribución de la población por sexo y grupos de edades presenta sesgos de tipo parecido. Es notable, en muchos casos, el importante grado de subnumeración de los menores de edad y la declaración errónea de la edad para las personas mayores [4].

Esto quiere decir que el camino no es simple y que en casos, como en el presente debe hacerse un esfuerzo para obtener información de calidad, eliminar los errores que ésta pueda contener y resolver las carencias que trae consigo la falta de conciencia sobre la responsabilidad en los registros disponibles en el país. La información sobre la mortalidad está atada a los procesos previos de morbilidad, por lo que un adecuado sistema de registro en salud se hace indispensable. El departamento de Antioquia se caracterizó por tener uno de los mejores sistemas estadísticos en el país, sin embargo esta iniciativa no ha tenido la continuidad deseada en el tiempo; las oficinas de Planeación Departamental y del Servicio Seccional

de Salud disponían de equipos humanos y técnicos para hacer oportuna recolección y difusión de datos, que hoy no operan en la misma forma.

En el tema de las políticas públicas en salud, la mayor parte del período sometido a análisis transcurre bajo la vigencia de la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud que en su preámbulo dispuso:

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad [5].

Cuando se trata de analizar los efectos de las políticas de salud sobre la mortalidad evitable, se debe hacer el acercamiento entre lo dispuesto por la normatividad, las acciones abiertas y encubiertas desde el gobierno central para dar cumplimiento a las normas, pero también y más especialmente en este caso, a la forma como están organizadas localmente las comunidades para acceder a lo dispuesto, cuál es su condición histórica y cuáles son las condiciones sociales en que se desarrolla el proceso.

Obviamente no existe un consenso entre los analistas sobre el concepto y alcance de las políticas públicas, pues cada uno, desde su óptica, define los alcances y responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores del sistema. El proceso de descentralización y asignación de responsabilidades



a las municipalidades hace más complejo el tema. Cada uno de los actores espera una mayor corresponsabilidad de los otros y delega obligaciones que le pueden ser propias; la ley también ha definido espacios de participación organizada de la comunidad para hacer valer sus derechos o para garantizar la calidad del servicio, pero poco se ha avanzado en ello.

El Sistema de Seguridad Social en Salud estipuló entre sus principios los de la universalidad y la solidaridad, con lo cual se esperaría que las políticas de salud cubrieran por igual a todos los ciudadanos, de cualquier condición y en cualquier situación, por lo que los riesgos de mortalidad deberían estar signados fundamentalmente por factores distintos a los sociales, lo que efectivamente no se cumple [6] como ya se indicó y se discute más adelante en el análisis de los resultados.

El contexto regional

La investigación tuvo como referencia la regionalización geográfica y administrativa del departamento de Antioquia y concretamente las subregiones suroeste y nordeste. El presente artículo se centra en esta última subregión, la cual ha sido caracterizada por su exclusión económica y social. Fue vinculada al contexto histórico desde los inicios de la conquista y colonización por su riqueza minera, concretamente del oro, circunstancia que le permitió durante mucho tiempo ser espacio de extracción aurífera fundamentalmente para la exportación a España y para la acumulación originaria de capital, que permitió el desarrollo de otras regiones de la Nueva Granada y posteriormente del departamento y el país.

La no reinversión de la riqueza extraída en su territorio parece ser una constante que ha incidido en su exclusión del desarrollo

agroindustrial; en la conformación de la red vial nacional o subregional y en el desarrollo industrial de Antioquia, como evidencia de su incipiente vinculación al proyecto ético cultural antioqueño. Este proyecto se entiende como la manera de pensar y actuar de los habitantes, que se identificaron con normas y valores consideradas específicas de la región antioqueña y que los cohesionó como conglomerado relativamente homogéneo, en oposición a otras regiones del contexto nacional. De acuerdo con María Teresa Uribe [7] entre los valores que este proyecto enarbó están el trabajo honrado como fuente de riqueza, la familia como espacio de cohesión y control social, la necesidad de ampliación de la ciudadanía con los iguales o los considerados como tales, valores estos que exigieron a los diferentes renegar a su identidad para ser integrados (caso de los negros, los indígenas, los no católicos y otros excluidos), al proyecto vigente hasta la primera mitad del siglo XX. Estas mismas circunstancias contribuyeron al aislamiento con respecto a los centros decisivos y en alguna medida a la configuración de espacios de menor control estatal, con el consecuente riesgo para la seguridad poblacional y territorial.

La subregión tiene una extensión de 8.544 km² y una población de 180 mil habitantes, lo que equivale al 3,2% del total departamental, distribuida en 10 municipios¹, de los cuales el más poblado (Segovia) tiene el 22,7% de la población subregional. El porcentaje de residentes en las cabeceras asciende al 51,8%, siendo el mismo municipio mencionado el que mayor concentración tiene en esta área, alcanzando el 90,8%. La población del nordeste se distribuye sobre un territorio de 8.544 km², equivalente al 13,6% de la extensión departamental; esto revela una baja densidad poblacional con efectos

1 Amalfí, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó.

adversos en la vinculación de los habitantes a los programas sociales.

Como se desprende de los datos previos, la región no es uniforme en la ocupación del territorio; el municipio de Santo Domingo solo tiene el 22,1% de su población residiendo en la cabecera, pero a su vez es uno de los más próximos a la capital del Departamento; circunstancia que se acompaña de unas condiciones de menor exclusión social, por la posibilidad de incidir en las decisiones de la capital del departamento.

La ocupación del territorio data de varios siglos atrás y la fundación de sus principales centros poblados se remonta a la época de la Colonia (1560 para Remedios y Yolombó), asociada con las actividades mineras de explotación de yacimientos auríferos, con fuerte presencia de población afrodescendiente; sin embargo, como ya se mencionó, las condiciones de comunicación vial entre los municipios y con sus zonas rurales, es bastante precaria, generando aislamiento entre los distintos asentamientos con las consabidas implicaciones sociales y económicas.

La dinámica demográfica ha estado marcada tradicionalmente por la emigración, aunque en el período intercensal de 1973 a 1993, se identifican algunos procesos de inmigración asociados principalmente con algunos proyectos socioeconómicos como: el desarrollo de infraestructura, la actividad cafetera en los municipios de la zona localizada en la parte cordillerana y alguna actividad adicional en la minería para la zona más baja en proximidad a los ríos Cauca y Nechí.

La región presenta una alta concentración de la propiedad rural: 7,8% de los predios abarca el 62,2% del área total, en tanto que el 31,6% de los mismos no alcanzan a disponer del 1% del territorio, según información de un censo realizado por el Ministerio de

Agricultura en 1994. Esta condición de concentración de la propiedad, encarna una situación de violencia social que seguramente va a encontrar mecanismos de escape por la vía de la violencia física, bien por las situaciones de desarraigo que genera, como por la confrontación de clases (propietarios – no propietarios) que ello configura.

La tasa de escolaridad para la educación primaria en la subregión alcanza el 96,4%. Sin embargo las condiciones de retención escolar no son las mejores; según el Departamento Administrativo de Planeación del Departamento de Antioquia, la tasa de retención en este nivel es de solo el 34,6% en 1998. Estos niños y jóvenes que salen del sistema escolar sin haber avanzado significativamente en su proceso de formación, seguramente tendrán mayores riesgos por la violencia social y política agudizada en la región.

En cuanto a seguridad social en salud, 39,2% de la población tiene derecho a los subsidios establecidos por la Ley 100 de 1993 para atender sus necesidades en salud, con diferentes asignaciones de acuerdo con el estrato social en el cual está clasificado, porcentaje este inferior al promedio del departamento. En cuanto a los servicios públicos de agua potable, electricidad y disposición de residuos, el nordeste se ha caracterizado por menores coberturas que otras regiones. Igual circunstancia se presenta con respecto a la densidad vial y a déficit de vivienda y de electrificación.

Metodología

El estudio de referencia tuvo como marco de análisis, la exclusión social siendo base del fundamento explicativo en el cual se presenta la mortalidad evitable y específicamente la causada por violencia. El trabajo original trató de definir las zonas de exclusión que



caracterizan el nordeste antioqueño, siguiendo derroteros propuestos por el Consejo Nacional de Población de México [8]. Se aplicó el método estadístico de componentes principales, el cual permite explicar con un número reducido de variables un factor que privilegia los aspectos más relevantes de un determinado experimento [9]. El factor resultante integra las variables que de acuerdo con el procesamiento, son más explicativas del fenómeno —en este caso, de la exclusión—. Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores del último Censo Nacional de Población 1993:

Porcentaje de ocupantes en vivienda particular sin acueducto, energía ni alcantarillado; porcentaje de viviendas sin drenaje ni excusado; porcentaje de ocupantes en vivienda particular con piso de tierra; porcentaje de ocupantes en vivienda particular con algún nivel de hacinamiento (ocupación de una habitación por tres y más personas); porcentaje población analfabeta, y porcentaje población sin educación de primaria completa.

Luego de aplicar el procedimiento correspondiente al método de componentes principales, se obtuvieron los siguientes resultados como delimitación de áreas relativamente homogéneas al interior de la región, seleccionando dos indicadores que explican el 42% de las variaciones de las características socioeconómicas, estos son “viviendas en hacinamiento” y “viviendas sin disponibilidad de drenaje y sin excusado”. Las puntuaciones factoriales obtenidas para la delimitación de las zonas de exclusión, son las siguientes: *baja exclusión* (0 a -0,2019673) correspondiente a dos municipios, que equivalen a solo 5,7% de la extensión de la región y 17% de los habitantes, *media exclusión* (0,2019674 a 0,00308) con tres municipios equivalente a 28,6% del territorio, y *alta exclusión* (mayor a 0,00308) con cinco municipios equivalentes a una extensión de 65,7% de la región y 44% de la población.

La evitabilidad se interpretó relacionada con el avance en el conocimiento científico y técnico en salud y con el acceso a los servicios, como circunstancia que, en la medida en que no sea considerada, implica una violación al derecho relacionado con la salud. No obstante lo anotado, esta manera de considerar las causas de muerte, puede interpretarse como adhesión a las reformas en salud que privilegian la lógica del mercado, al orientar criterios mediante los cuales se prioricen las respuestas estatales hacia las causas evitables en función de la racionalidad económica. Sin embargo para esta investigación se consideró que, en la medida en que la evitabilidad se analice en los contextos históricos, económicos, sociales y culturales brinda diagnósticos que aportan posibilidades para el reconocimiento de los derechos, por cuanto el abordaje se torna en indicador indirecto de condiciones de vida de la población y la evitabilidad contextualizada deja de ser útil, para justificar la pertinencia de una política de salud que se concreta en los paquetes mínimos en salud.

Para el análisis de la mortalidad se recurrió a la base de datos de Estadísticas Vitales disponibles en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, para el periodo de 1980-2000. Las causas de muerte se analizaron con base en la IX y X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-OMS^[10]. Para compatibilizar estas versiones se tuvo en cuenta la propuesta de Rodríguez [11].

Para dicho análisis se partió de procesar los registros individuales de las muertes ocurridas en la región. Las causas se clasificaron siguiendo la propuesta de Taucher^[12] la cual considera los siguientes grupos: defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo; defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz; defunciones evitables por saneamiento ambiental; defunciones evitables por medidas mixtas;

defunciones difícilmente evitables; defunciones mal definidas, y otras causas (ver anexo 1). El presente artículo privilegia el análisis de la mortalidad evitable por medidas mixtas y concretamente por causas violentas.

Para las tasas por evitabilidad, se tomaron las muertes por promedios trianuales, lo que permitió suavizar las series anuales y obtener representatividad de la información en el periodo de estudio y en los cuatro momentos (1980, 1985, 1990, 1995). Para la población base del cálculo, se tomó el año central del trienio.

Se aplicó el subregistro de mortalidad reportado para Colombia para 1993 [13], este procedimiento se realizó partiendo del supuesto de un comportamiento similar en el resto del período y para la región, el reajuste permitió calcular aproximadamente el volumen de muertes que se estiman no registradas, este ajuste se aplicó para la estimación de las tasas globales de mortalidad y por grupos de edad. La evaluación de los datos se hizo teniendo en cuenta criterios de consistencia y coherencia interna de la información [14].

Para el análisis de la contribución a la esperanza de vida se construyeron tablas de vida abreviadas y se aplicó el Método Pollard, a través del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados. EPIDAT versión 3.0 [15].

Resultados: exclusión, violencia y muerte: una explicación posible

La información recolectada en el período 1980-1995 dio cuenta de la ocurrencia de 36.866 muertes, en las que predominan las muertes violentas, cuyo origen eminentemente social lleva a la inmediata conclusión de que a la población de la subregión del nordeste se le ha negado la aspiración o

el derecho a morir de viejos. Las muertes causadas por los homicidios suman un total de 6.479, que representan cerca de la tercera parte de la mortalidad evitable calculada para el período. El gráfico 1, da cuenta del comportamiento para las cinco primeras causas.

Como se puede observar, exceptuando el año de inicio (1980), para los tres años siguientes de referencia las muertes violentas marcan la primacía, con su mayor expresión en el año 1990.

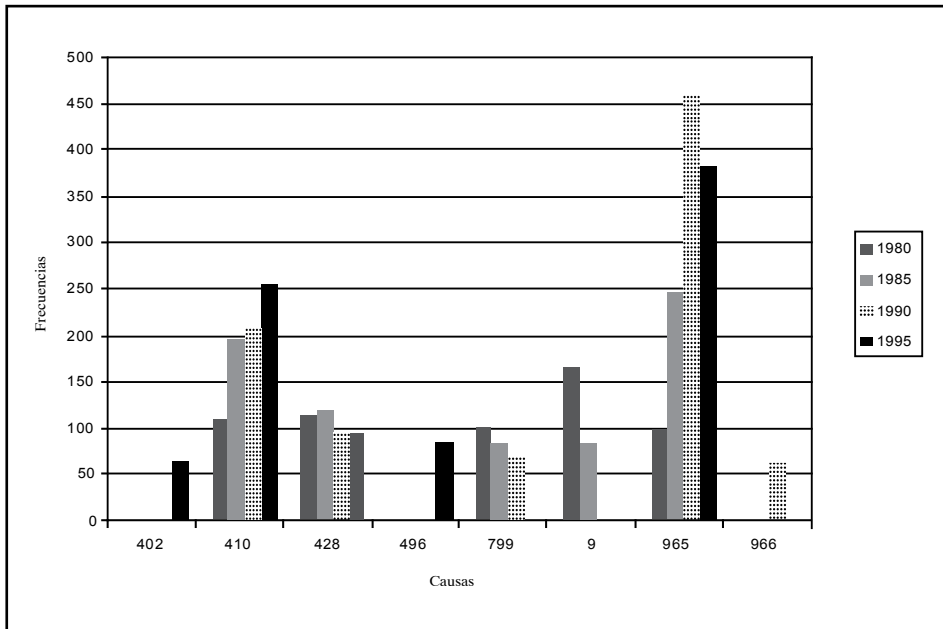
La subregión ha estado signada permanentemente por la presencia de diversas formas de acciones violentas, ligadas a motivos de la organización social o con la presencia de factores políticos; durante este período está vigente la confrontación entre grupos armados de la guerrilla y de autodefensas, que producen muertes violentas no solo entre sus combatientes, sino también entre la población civil no armada.

La eficacia de las políticas públicas para garantizar la salud de la población y, por ende, contribuir a evitar una mayor mortalidad queda en entredicho cuando se evidencia que el 55% o un poco más de las muertes estuvieron asociadas con causas evitables, con una mayor presencia de las asociadas a medidas mixtas, que incluye factores como las afecciones de las vías respiratorias. El comportamiento indicado se observa en la tabla 1.

Cuando se mira el detalle del comportamiento de este grupo de causas de muerte para ver el significado de las muertes violentas, se llega a identificar que entre la población joven y adulta joven, la tasa alcanza un valor extremo de 476,5 por 100.000 habitantes en 1995, cuando el 67% de las muertes fueron homicidios.



GRÁFICO 1
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN EL NORDESTE ANTIOQUEÑO
1980, 1985, 1990, 1995



02. Enfermedad cardiaca hipertensiva

410. Infarto agudo del miocardio

428. Insuficiencia cardiaca

496. Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas en otra parte

799. Otras causas mal definidas y desconocidas de morbilidad y mortalidad

9. Infección intestinal mal definida

965. Ataque con arma de fuego y explosivos

966. Ataque con instrumentos cortantes y punzantes

Fuente: proyecto "Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de salud 1980-2000".

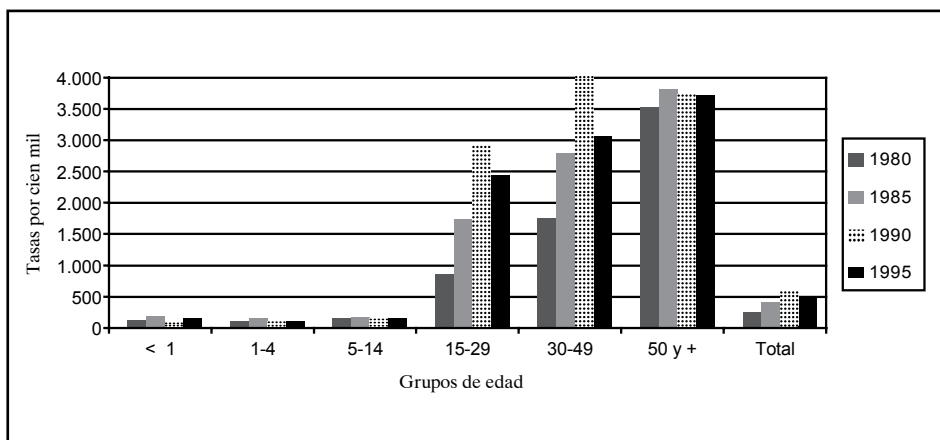
TABLA 1
CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EVITABILIDAD
NORDESTE ANTIOQUEÑO 1980, 1985, 1990, 1995

	1980	%	1985	%	1990	%	1995	%	Total región	%
Evitabilidad										
Mortalidad	1.219	56	1.288	54	1.298	58	1.186	54	20.309	55
Evitable										
Difícilmente	651	30	814	34	731	33	824	37	12.594	34
evitable										
Mal definidas	156	7	139	6	93	4	97	04	1.839	5
Otras causas	144	7	166	7	99	4	99	04	2.124	6
Total	2.170	100	2.407	100	2.221	100	2.206	100	36.866	100

Fuente: proyecto "Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de salud 1980-2000".



GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS MUERTES VIOLENTAS
NORDESTE ANTIOQUEÑO 1980, 1985, 1990, 1995



Fuente: proyecto “Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de salud 1980-2000”.

En el borrador de un estudio sobre los costos de la violencia en Colombia, un grupo de técnicos del Departamento Nacional de Planeación, identificó una relación directa entre las muertes violentas por homicidio y otros factores, tales como la coincidencia con otros hechos delictivos como el hurto, así como una posible mayor capacidad de reacción violenta entre los hombres que los podría conducir a ser víctimas, como ocurre en el caso de las riñas.

El grupo de población entre los 15 y los 49 años, representa el 24,4% de la población total de la subregión en 1995. Utilizando información del Instituto Nacional de Medicina Legal, el grupo de técnicos señalado previamente, detectó que en 1996 solo el 9% de los homicidios ocurridos en Colombia estaban relacionados con enfrentamientos armados, en tanto que los eventos relacionados con ajuste de cuentas ascendió al 31% y las muertes en riña al 21%, con lo cual estos dos factores ya totalizan más de la mitad de las muertes por homicidio.

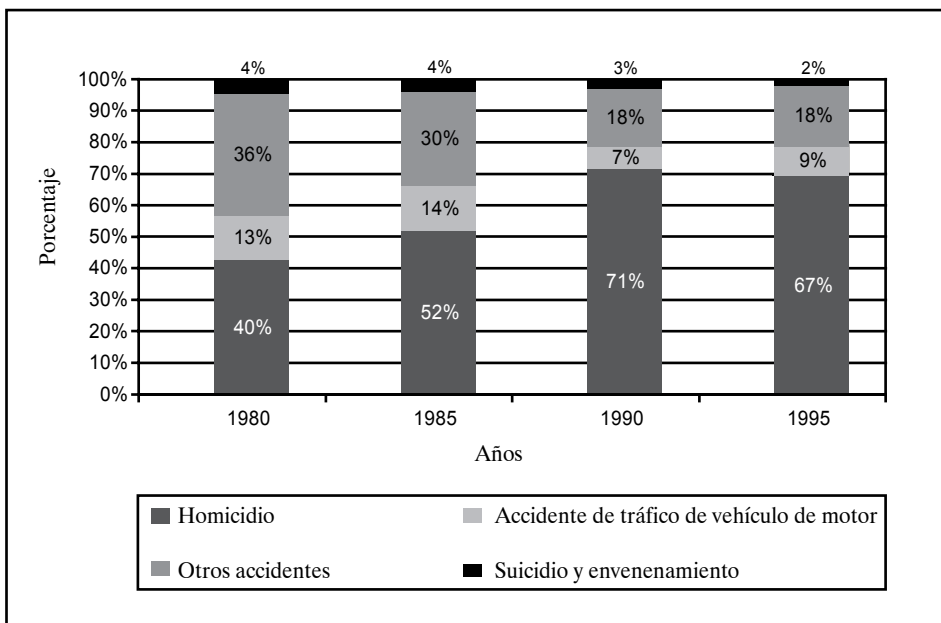
Estas causas de muerte violenta necesariamente hacen presencia en el escenario del nordeste Antioqueño, lo que demanda una mayor capacidad de control social y de intervención directa del Estado que podrían contribuir a reducir tan altos niveles de mortalidad. Igualmente hay otros factores que contribuyen a incrementar la mortalidad causada por los homicidios, como se observa en el gráfico 3.

Como consecuencia de este comportamiento de la mortalidad, las ganancias en la esperanza de vida logradas por la adopción de algunas medidas de prevención y control como la vacunación, particularmente a los infantes, el saneamiento ambiental básico, algunas mejoras en los sistemas de atención hospitalaria, se perdieron.

Resulta paradójico que cuando se trabaja en programas para mejorar la atención en salud y las condiciones de vida de los menores de edad, con resultados favorables, todo el esfuerzo en conjunto se pierda unos pocos años más adelante, cuando la violencia empieza a



GRÁFICO 3
COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE VIOLENTA
NORDESTE ANTIOQUEÑO 1980, 1985, 1990, 1995



Fuente: proyecto “Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de Salud 1980-2000”.

cobrar de manera significativa y primordialmente la vida de los adolescentes varones. Si no fuera por estos efectos perversos, las condiciones de la población del nordeste podrían mostrar valores significativamente mejores.

El problema de las muertes violentas debe considerarse como una epidemia y las acciones de prevención, centradas de manera sesgada, en la resolución del conflicto político armado, no son suficientes. La incidencia de los homicidios y de otras formas de muerte violenta no procede necesariamente de las acciones bélicas de los grupos alzados en armas, como se ha demostrado en diversos estudios sobre la violencia en Colombia. Se estimó en el estudio que la contribución a la esperanza de vida por las muertes violentas, incluidos los accidentes y los envenena-

mientos, es negativo de manera ostensible en pérdida de años como se aprecia en la tabla 2.

Obviamente y como se expresó atrás, la mayor participación de esta situación se da con los hombres jóvenes, que desde el grupo de 15 a 19 años empiezan a señalar estas pérdidas en la esperanza de vida, llegando al punto culminante en el grupo siguiente de los 20 a los 24 años de edad, cuando la pérdida estimada es superior a los dos años de vida. Con las mujeres la situación no es tan dramática aunque también se revelan pérdidas en estos dos mismos grupos de edad. Esto significa que la comunidad del nordeste está perdiendo, por causas evitables y que socialmente son conocidas, un número importante de sus miembros que apenas empiezan la vida productiva y sobre los cuales la

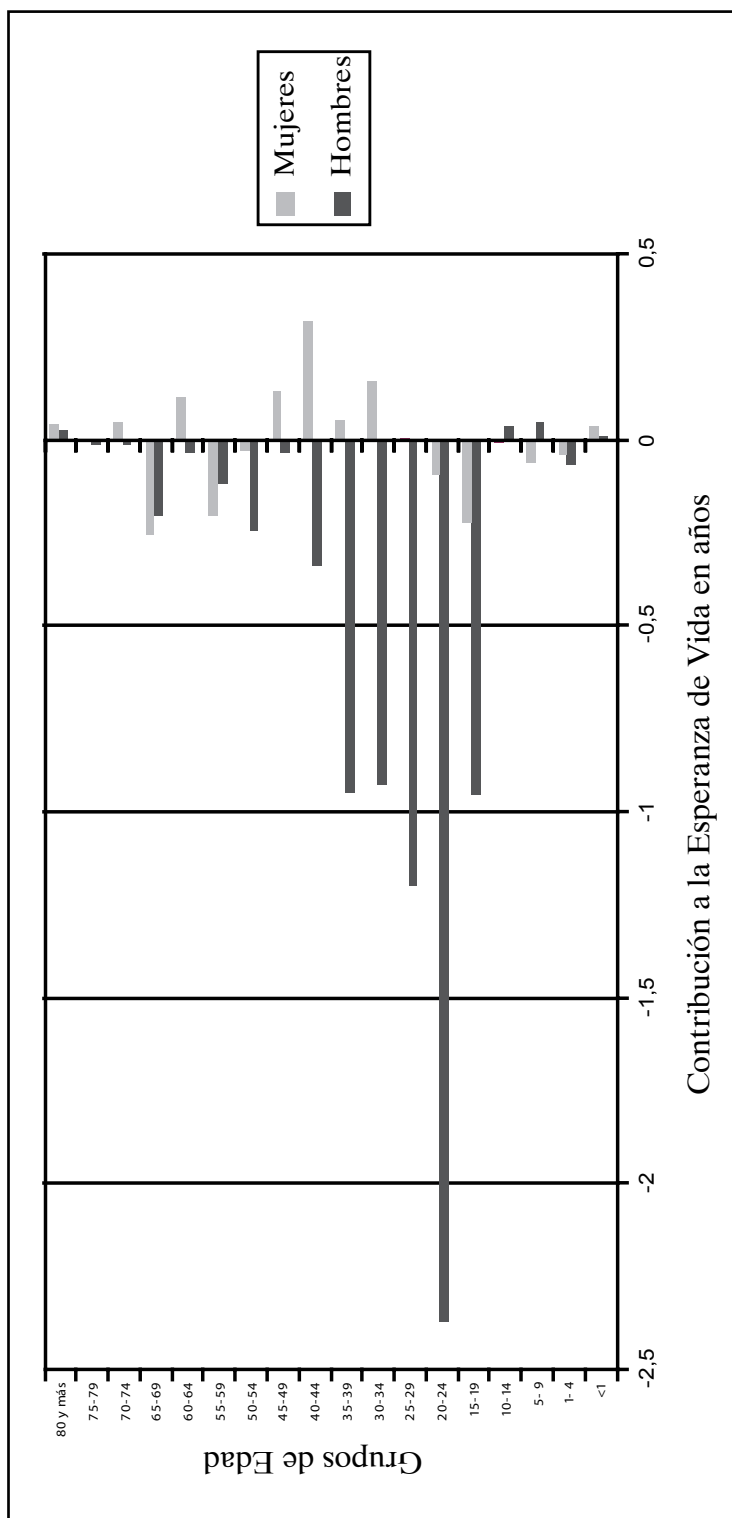


TABLA 2
PÉRDIDAS Y GANANCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA POR GRUPOS DE CAUSAS
NORDESTE ANTIOQUEÑO 1980, 1985, 1990, 1995

	Grupos de causas		Total	Hombres	Mujeres
E1	Causas evitables por vacunación y tratamiento preventivo		0,2537	0,2171	0,2881
E2	Causas evitables por tratamiento médico y diagnóstico precoz		-0,0807	-0,3439	0,3432
E3	Causas evitables por saneamiento ambiental		1,8054	1,6259	2,0373
M1	Causas evitables por medidas mixtas: infecciones de vías respiratorias		0,1347	0,096	0,165
M2	Causas evitables por medidas mixtas: perinatales y de la infancia		0,5092	1,3867	0,6519
M3	Causas evitables por medidas mixtas: tuberculosis, embarazo, parto y puerperio y cirrosis hepática		1,6626	0,39	2,03
M4	Causas evitables por medidas mixtas: accidentes, envenenamientos y violencia		-4,144	-7,3693	-0,0237
	Total		0,1409	-3,9975	5,4918

Fuente: proyecto "Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de salud 1980-2000".

GRÁFICO 4
PÉRDIDAS Y GANANCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA POR GRUPOS DE EDAD
NORDESTE ANTIOQUEÑO 1980, 1985, 1990, 1995



Fuente: proyecto “Comportamiento de la mortalidad en el nordeste y suroeste antioqueño en el contexto de las políticas de salud 1980-2000”.



sociedad seguramente ya ha realizado alguna inversión significativa como la educación y el mantenimiento de la salud.

La preocupación manifiesta por la problemática de la violencia no ha logrado resolver de manera significativa ni las causas ni las consecuencias del fenómeno, razón por la cual las acciones que deben adoptarse deben ser de una mayor trascendencia y posiblemente miradas con otra óptica de la acción social. La confrontación violenta para resolver todo tipo de conflictos conduce a estos elevados niveles de mortalidad, que solo podrán manifestarse de manera descendente cuando se eliminen las causas que lo provocan y entre ellas figuran una mayor efectividad de la justicia para atender a la sanción oportuna de los delitos con lo cual la justicia por propia mano podría sentir algún desestímulo, como la presencia de una “subcultura de la violencia” que elimina la posibilidad de la solución pacífica de los conflictos, entre los cuales se contaría una capacidad para controvertir abiertamente las opiniones del contrario.

Este es un escenario que no se construye únicamente desde las acciones locales ni es responsabilidad de los organismos de salud, pero si hay entre ellos una corresponsabilidad para generar escenarios distintos que ayuden a resolver el problema planteado.

Consideraciones finales: primero la vida

La situación analizada está identificada y así lo manifiesta se reconoce en el Plan Estratégico de Antioquia (PLANEA)², que señala que en este departamento es evidente

2 El PLANEA o Plan Estratégico de Antioquia es una iniciativa de carácter no gubernamental que pretende incidir de manera directa en las políticas institucionales a través de propuestas concertadas con el sector público y la comunidad misma, por medio de procesos participativos.

la heterogeneidad subregional en materia de salud. Uno de sus indicadores es el comportamiento de la esperanza de vida al nacer. Así, mientras en 1999 el Valle de Aburrá se alcanzó una esperanza de vida de 69,1 años en la subregión del nordeste esta solo fue de 65,1 años. Además, se reconoce que en el periodo de estudio la violencia es la principal causa de muerte en el departamento y estas causas de muerte representan la mayor pérdida de vida potencial porque afecta fundamentalmente a los jóvenes, lo que, además, trae serias implicaciones de tipo social puesto que el grupo más vulnerable es aquel en el que se sustenta la actividad productiva del departamento [16].

La anterior afirmación solo acentúa lo manifestado por la comunidad en la construcción de la visión de futuro para la región del nordeste, definida en 1998 por la misma organización, cuando identificó entre sus debilidades el ser uno de los principales escenarios del conflicto y de la profundización del enfrentamiento armado [17]. Sin embargo, la mortalidad por causas asociadas a la violencia no es solo producto del conflicto armado y político que se vive en la región. La violencia engendra violencia es una frase que puede ir más allá del estereotipo; en un trabajo reseñado por las Cuartillas de Economía [18] se afirma que en el largo plazo un homicidio genera 4 más y que este evento tiene directa relación con la ineficiencia del sistema judicial y en los ciclos más recientes, con el narcotráfico y el conflicto armado.

La problemática de la violencia en la región, se presenta en un espacio geográfico y de relaciones marcadas por la exclusión social, circunstancia ésta explicada en mayor proporción, según las variables utilizadas en el estudio, por el efecto del tipo de vivienda con sus carencias de servicios sanitarios y alto grado de hacinamiento en la caracterización de estas localidades. Ello invita a su

consideración en la planificación local, con el propósito de incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Las decisiones respaldadas por las políticas de salud no son consecuencia únicamente de una estrategia para resolver los problemas de la presencia de enfermedades o de control de los factores degenerativos de la vida. La alta mortalidad por causas violentas y principalmente por homicidios de hombres jóvenes hace pensar en una problemática social no controlada y poco combatida.

Las ganancias en la mortalidad evitable deben reflejar el resultado de las políticas de salud adoptadas en la región, las cuales tienen mayor incidencia en los primeros grupos etáreos, en particular para los menores de 5 años como efecto de las mejoras en los patrones de control ambiental, en la ampliación y cobertura de los programas de vacunación entre otros, pero también de pérdidas significativas en la esperanza de vida de los adultos varones como consecuencia de la violencia social y política imperante en el área del estudio.

Asimismo, las muertes violentas y específicamente por “accidentes, envenenamientos y violencia” están contempladas en las causas evitables por medidas mixtas en la clasificación referenciada. En nuestro caso, este grupo de causas de muerte es el que más años resta a la esperanza de vida en la región; las medidas mixtas invitan a incluir entre ellas algunas con efectos de largo plazo como es la educación y específicamente los procesos de socialización, mediante los cuales los adultos integran en la vida social a las nuevas generaciones. Aun conscientes de la temporalidad de dichas medidas, considerarlas es un paso adelante mediante el cual se debe poner en la cima de la discusión la vida como el máximo valor de la sociedad.

Reivindicar la vida es considerar el proceso mediante el cual ésta se posibilita en términos de dotaciones, capacidades y titularidades históricamente construidas, es reconocer los procesos sociales y culturales que ha experimentado la región, los cuales han conducido a su caracterización como zona de marcada exclusión en el contexto departamental. En este proceso es necesario vislumbrar todas las posibilidades que excluyen al interlocutor como sujeto de palabra y poner como eje fundamental de las relaciones el reconocimiento, no solo retórico, de las diferencias y que sea a partir de estas que se construya el tejido social.

No se trata de solo pensar la vida desde lo ideal, sino considerarla desde las posibilidades reales de convivencia de sujetos diversos en lo económico, lo laboral, lo político, lo cultural e integrando, además, las posibilidades de los diferentes grupos en que se participa.

Es importante reconocer que la mayor incidencia de estos actos es en las edades productivas con su efecto en la generación de ingresos mediante el empleo, ello implica que este periodo anterior a la vinculación laboral, será propicio para incidir en el cambio de actitudes consecuentes con una generación de valores en los cuales la vida sea efectivamente reivindicada. Los logros de este proceso socializador requieren mantenerse en el tiempo, no obstante las dificultades con la diversidad de intereses y actores en pugna.

El redimensionamiento del proceso socializador y específicamente educativo requiere complementarse con otras acciones, entre las cuales puede considerarse la efectividad de la lucha contra los cultivos ilícitos, como estrategia del Plan de Desarrollo Integral propuesta por el gobierno nacional en el Plan de Desarrollo para restar espacios a



grupos paraestatales y enfrentar secuelas del narcotráfico. En dicho plan la región del nordeste antioqueño se ha reconocido como una zona afectada por esta problemática y con la violencia asociada a ella. En consecuencia solo resta pasar de la retórica y los diagnósticos a la puesta en marcha de los mecanismos para hacer realidad el viejo anhelo de todas las poblaciones: hacer uso del derecho a morir de viejos.

Referencias

1. Franco Agudelo S. Violencia y salud en Colombia. En: Memorias del Foro Nacional el Sector Salud Frente a la Violencia en Colombia: Políticas y Plan de Acción. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud y la Corporación Salud y Desarrollo; 1998. pp. 27-39
2. Bronman M, Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. México: Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; 1983.
3. Taucher E. Mortalidad desde 1955 a 1975; tendencias y causas. Santiago de Chile: Celade, Serie A; 1980. p.162.
4. Bocaz A. Compatibilidad entre población y mortalidad. Santiago: Celade; 1979.
5. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Preámbulo. Bogotá: Diario Oficial, Año CXXIX: 41148(23), 1993. p. 1.
6. Echeverri ME. La participación en los COPACOS de Bello, Antioquia: entre la esperanza y el escepticismo (tesis Magíster en Ciencia Política). Medellín: Universidad de Antioquia; 1995. P. 25.
7. Uribe MT. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Corporación Región; 2000; pp. 101-103.
8. México, Consejo Nacional de Población. Desigualdad regional y marginación municipal en México. México D. F, 1990. p. 16.
9. Álvarez-Cáceres R. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS, aplicación a las ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1995. p. 231
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE. Octava y Novena revisión. Washington D.C. 1965 y 1978, respectivamente.
11. Rodríguez L. México, contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida 1970-1982. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE. LC/DEM/G 73 Serie B; 1989.
12. Taucher E. Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferenciales y causas. Chile: Celade; 1978.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecto Carga de Enfermedad. Citado por: Arbeláez-Montoya MP, Ruiz IC. Perfil epidemiológico de Colombia. Medellín: Ministerio de Salud, ISS, FNSP. U de A; 1995; p. 131.
14. Chackiel J, Maccio G. Evaluación y corrección de datos demográficos. Introducción, I conceptos básicos, II, el error de las estadísticas demográficas. Chile: Celade; 1979.
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). EPIDAT. Versión 3.0. Xunta de Galicia, diciembre de 2003.
16. Colombia, Gobernación de Antioquia. Plan Estratégico de Antioquia. La salud en Antioquia en el siglo XXI. [Citado en febrero de 2005]. [Disponible en <http://www.planea.org.co/centroDocumentacion/fsCentrodD.htm>].
17. Colombia, Gobernación de Antioquia. Plan Estratégico de Antioquia. PLANEA: Perfil subregional del nordeste antioqueño. 1998. [Citado en febrero de 2005]. [Disponible en: <http://www.planea.org.co/centroDocumentacion/fsCentrodD.htm>].
18. Colombia, Departamento Nacional de Planeación (DNP). Conflicto, violencia y actividad criminal en Colombia. Cuartillas de Economía 2003; (5)v



Anexo 1

PROPUESTA DE AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EVITABILIDAD

Grupos de enfermedades		Códigos
E2	E1 Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo Tosferina, Tétanos, Otras enfermedades bacterianas, Sarampión, Otras enfermedades virales, Enfermedades venéreas, Fiebre reumática Enfermedades reumáticas crónicas del corazón	033,037,020-032, 038, 034, 035,055, 045, 050,056, 071, 090-099, 390-392,393-398
	Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz Tumor maligno de mama, del útero y próstata, Tumor maligno de otras partes del útero y de las no especificadas, Úlcera de estómago, duodeno, gastritis y duodenitis, Apendicitis Obstrucción intestinal y hernia Otras enfermedades del aparato digestivo	174, 180, 185,17, 182,531-533,540-543, 550-553, 560,276, 520-529, 530, 562, 564, 574, 575, 401-405, 490, 491-493,496, 567, 571,572, 584-586,590,600
E3	Defunciones evitables por saneamiento ambiental Fiebre tifoidea Otras enfermedades infecciosas intestinales Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	002, 080-083, 085, 086, 100-139, 003, 005, 006, 008, 070
E4	Defunciones evitables por medidas mixtas	
	M1 Infecciones de vías respiratorias	460-466, 480-486
	M2 Perinatales y de la infancia	760-765, 767-770, 773
	M3 Tuberculosis Complicaciones del embarazo, parto y puerperio Cirrosis hepática	010-014, 018, 106,630-643, 646, 647, 648, 650, 660, 666, 670-676, 766, 771, 772, 774-779, 260-263, 289, 281, 285, 303
M4 Accidentes, envenenamientos y violencia	800-999, 304, 305	
E5	Defunciones difícilmente evitables Tumores malignos (excepto grupo b) Esclerosis múltiple y epilepsia Enfermedades cerebrovasculares Arteriosclerosis y degenerativas de corazón Malformaciones congénitas Leucemia y leucemia Linfoscoma y otros tumores del sistema linfático y hematopoyético Espina bífida y meningocele	140-149, 150, 151, 153, 154, 155, 161, 162, 188, 190-199, 201,340, 345,430-438, 410-416, 420-429,740, 745-747,204-208,156-165, 170-173, 175, 181, 183, 184, 186-189, 190-208, 250, 440, 332, 741, 742
E6	Defunciones por causas mal definidas	
E7	Síntomas, senilidad y estados mal definidos	780, 785-789, 797-799
	Otras causas Todas las demás enfermedades y códigos no incluidos en los grupos anteriores	

