Asediados por la muerte

Mortalidad precoz y longevidad, Colombia 2019-2021

Óscar A. Alfonso R.

Universidad Externado de Colombia

No 74/2023
Septiembre de 2023

DOCUMENTOS de TRABAJO

Universidad Externado de Colombia

Resumen no-técnico

La transición epidemiológica es un fenómeno cuyo análisis es inmanente al diseño de las políticas de seguridad social en salud y en pensiones. Los cánones con los que tradicionalmente es estudiada son debatidos por los científicos que investigan las mutaciones bacterianas, el envejecimiento, la senescencia celular, así como las llamadas causas externas de la mortalidad, entre otras, y que en la reciente pandemia afloraron con singular importancia para explicar la existencia de padecimientos que coadyuvaron la mortalidad asociada al COVID-19.

En relación con la expectativa de vida al nacer, es posible establecer la magnitud de los años de vida potencial perdidos por quienes murieron de manera precoz, y también los años de vida potencial ganados por los que superaron tal expectativa. Una nueva versión de la transición epidemiológica basada en este indicador facilita la jerarquización de las causas de las defunciones que, controladas por el ciclo vital en el que ocurren los decesos explican las causas idiosincráticas de la mortalidad en cada estadio de la vida.

El análisis de la dimensión espacial, agrupación o dispersión de casos en la geografía nacional, y la dimensión institucional, políticas y programas, es inmanente a una nueva metodología de la transición demográfica que advierta sobre las particularidades de tales causas y proponga nuevas nociones como la del nutricidio que se vinculen con los derechos fundamentales de las personas, como ocurre con el Derecho Humano a la Alimentación.

Observatorio MetroMun
Construcción de Estado, Territorio y Paz

ASEDIADOS POR LA MUERTE
Mortalidad precoz y longevidad, Colombia 2019-2021

Óscar A. Alfonso R.[1]

Septiembre de 2023

Abstract

La mortalidad precoz y la longevidad se analizan con base en los años de vida potencial perdidos o ganados en relación con la expectativa de vida al nacer de la cohorte a la que pertenecían los fallecidos, y los resultados se presentan de manera jerárquica controlados por el ciclo vital en el que ocurrieron las defunciones. No hay una causa en común a todos los fallecidos en los diferentes estadios de la vida; por el contrario, hay causas idiosincráticas a cada uno de ellos. A la luz del Derecho Humano a la Alimentación se propone la noción del nutricidio que, junto con el suicidio y el homicidio, son analizadas a la luz de sus dimensiones espaciales e institucionales.

Palabras clave: Transición demográfica, expectativa de vida, causas externas

Códigos JEL: I10, I12, I18

[1] Docente investigador de la Universidad Externado de Colombia, oscar.alfonso@uexternado.edu.co

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es un hecho irrefutable a pesar de que sea una afirmación con tantos matices como países se consideren al emprender el análisis de las mediciones en que se soporta esta afirmación. En el caso de Colombia, el matiz más recóndito está relacionado con que año tras año y desde demasiado tiempo atrás las personas que no alcanzan el umbral de edad prescrito por el indicador de la esperanza de vida al nacer se cuentan por miles, pero simultáneamente también hay miles de personas longevas que son aquellas que experimentando la senescencia normal de sus células, superan por muchos años ese umbral sin padecer los quebrantos de salud que caracterizan a las personas viejas y, más aún, algunas continúan con una vida activa.

Butler (1988[1975]) se preguntó por las razones para sobrevivir en un país como los Estados Unidos en donde la población de mayor edad era discriminada de diversas maneras, fenómeno al que denominó el edadismo. Esta fue una investigación pionera a la que le sucedieron otras con énfasis estadísticos actuariales que indagan por la longevidad y sus efectos sobre el mercado laboral y los sistemas pensionales. En España, por ejemplo, "el proceso de envejecimiento poblacional supone uno de los mayores retos estructurales que afronta la economía española" (Cuadrado et al., 2023, p. 1). No es extraño que estas preocupaciones afloren en países del Primer Mundo o, desde otro punto de vista, que no allane las agendas de los investigadores tercermundistas más preocupados por la mortalidad precoz.

Mientras que los registros públicos con los que se elaboran las medidas de morbilidad están expuestos a rezagos y a subregistros, el registro civil de defunciones ofrece ventajas para establecer los riesgos a los que está expuesta la población y que afectan su salud. En cuanto a las causas externas, estos registros también ofrecen ventajas analíticas frente a las estadísticas que, como en el caso de Colombia, son producidas por entidades estatales como el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que además tiene funciones como auxiliar de la Fiscalía General de la Nación, y la misma Policía Nacional.

Esta investigación persigue un doble propósito. El primero es abordar el análisis de ambas cuestiones, los años de vida ganados con la longevidad y los años de esperanza de vida

perdidos con la mortalidad precoz, y la segunda es indagar por las causas idiosincráticas de las defunciones no fetales en cada ciclo vital. El trasfondo de estos dos propósitos trasciende los ámbitos de la geriatría y de la gerontología y se apoya en algunos principios de la medicina funcional y de una economía política de la justicia intergeneracional, cuyo referente fundamental es el Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) cuyo contenido es posible sintetizar en que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la longevidad".

La mortalidad precoz comprende las defunciones ocurridas antes de que las personas alcancen la edad prevista por el indicador de esperanza de vida al nacer –EV– y a ellas es aplicable en strictu sensu el indicador de Años de Vida Potencial Perdidos –AVPP–. Por su parte, los Años de Vida Potencial Ganados –AVPG– capta la longevidad de aquellos que superaron la edad prevista para su cohorte. Estas medidas se alcanzan con el uso de los límites móviles de EV y que hacen parte de la metodología propuesta en el segundo acápite, a la que se ha llegado luego de estudiar los análisis sobre la transición epidemiológica en países centrales y latinoamericanos. El registro civil de defunciones es la fuente de información más idónea para establecer las comparaciones por ciclo vital y sus causas. Las magnitudes que se exponen al final dan origen al título del documento pues, en efecto, los colombianos son asediados por tantas y tan variadas causas de la mortalidad precoz que la búsqueda de las vías para alcanzar la longevidad está colmada de grandes frustraciones.

En la tercera parte se exponen los resultados de AVPP y AVPG por ciclo vital que ponen en evidencia la existencia de causas idiosincráticas de las defunciones por cada estadio de la vida, y se cuestiona la metodología dominante que omite esta dimensión crucial de la transición epidemiológica. Seguidamente se estudian las dimensiones espaciales e institucionales del nutridicio, el homicidio y el suicidio, con las que se complementa la metodología propuesta. En las reflexiones finales se enfatiza en las bondades de tal propuesta y se advierten algunos obstáculos relevantes de la política pública en salud.

2. LONGEVIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ, DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA

La segunda posguerra abrió paso a la sociedad de la abundancia y a una pléyade de jóvenes impetuosos reclamando más espacio en ella para desbocar su rebeldía desenfrenada y su insaciabilidad consumista lo que propició, entre otras cosas, la renovación de las banderas políticas y la irrupción de una revolución tecnológica que no conoce fronteras. La aceleración del cambio climático es el precio que la humanidad continúa pagando por ello y, con él, la generalización de la escasez de todo tipo en un planeta cuya biósfera es limitada. Como era de esperarse, ese ímpetu juvenil se sosegó con el paso de los años y con la irremediable llegada de la vejez como ciclo vital dominante en todo el planeta, apalancada ésta última por los avances de la medicina a cuyo servicio se ha puesto la biotecnología y sus innumerables adelantos científicos.

El edadismo afloró de muchas maneras, pero la más insidiosa fue la que promovieron los tanques del pensamiento neoliberal que sumaron adeptos a una corriente que se denominó la Contabilidad Generacional que sostenía que la seguridad social en salud y en pensiones para las personas de mayor edad configuraban una injusticia intergeneracional a cuyo tenor acuñaron el eslogan del "abuso infantil fiscal" (Menéndez, 2017, p. 165). Pero los baby boomers también envejecieron, al igual que sus parientes cercanos y amigos. La vejez dejó de ser vista como el ciclo vital de los gandules a la espera de la mesada pensional para despilfarrarla y estudios como los de Butler (1988) contribuyeron con la denuncia de los enfoques simplistas y a la renovación de los vínculos familiares basados en intereses comunes intergeneracionales y, en particular, en la retoma del poder por los miembros de esa especie de "consejo de ancianos" cuyas tradicionales y tribales funciones rituales (Reyes et al., 2013) son reemplazadas por las que conciernen a los ámbitos decisorios de los asuntos políticos y económicos.

¿Qué puede contener la longevidad? Casi nada pues, tal y como lo indica Menéndez (2017), todas las conquistas en materia de lucha contra la pobreza, la desigualdad y la segregación, así como cualquier avance en materia científica y tecnológica desde un viaje al espacio o la invención de una vacuna, apalancan la tendencia al crecimiento de la esperanza de vida al

nacer y a su superación en lo que los financieros dedicados a los cálculos actuariales denominan como “los años de vida en exceso”, más no ello la “mortalidad precoz” ha dejado de ser una preocupación que inquieta a muchas naciones.

2.1 LA LONGEVIDAD, DE LA CONTABILIDAD GENERACIONAL A LA GERONTOCRACIA

La duración de la vida de los seres humanos tiene un límite y la ciencia se ha esforzado sin éxito en conocerlo. Son muchas y muy variadas las motivaciones por conocer ese límite. A manera de ejemplo, el interés por garantizar la solvencia de los sistemas pensionales se basa en los cálculos actuariales los que, por su parte, procuran estar al tanto de los cambios y continuidades en los indicadores demográficos, mientras que la preocupación por la mortalidad precoz ha promovido el desarrollo de la biotecnología y sus desarrollos como las vacunas y los antibióticos, entre otros.

No han sido pocos los esfuerzos que se han realizado para responder a cuestiones estrechamente conexas tales como las causas del envejecimiento que, tal como lo expone Medvedev (1990), han dado lugar a más 300 teorías entre las que se encuentran, por ejemplo, las que se ocupan de la genética, las que se enfocan en tejidos específicos, los enfoques evolutivos, las de los cambios de edad, otras que indagan por el daño primario acumulado con el avance de la edad, además de las teorías de la senescencia y unas cuantas que procuran un enfoque unificado.

La secuenciación genética de 33 cadáveres hallados en túmulos funerarios en Nepluyevsky, localidad de los Urales en Rusia, permitió a Blöcher et al. (2023) establecer que se trataba de personas que hace 3.800 años hacían parte sociedades pastoriles en las que la esperanza de vida de las mujeres era de 28 años y la de los hombres de 36 años, y consideran que no gozaban de buen estado de salud; de hecho, entre los cuerpos encontraron menores de cinco años.

En un contexto evolutivo de los seres humanos caracterizado por la prolongación de la vida, se sabe que éste se acompaña del inexorable declive celular que ocasiona una disminución gradual y persistente de las capacidades físicas y mentales de las personas conocido como el envejecimiento normal. Las teorías de los radicales libres y de la toxicidad residual dieron

lugar a una teoría integrada del estrés oxidativo y la lesión genética mitocondrial que padecen los metazoos según la cual "el envejecimiento está ligado a la desorganización por los radicales libres de oxígeno de las membranas y genoma de las mitocondrias de las células terminalmente diferenciadas" (Miquel, 2006a, p. 61). Las especies pluricelulares como el ser humano poseen células somáticas cuya irreproductibilidad es la causa más probable del envejecimiento (Miquel, 2006b).

Las teorías que convergen en el rol de los factores genéticos en la modulación de la longevidad no desconocen que en el envejecimiento también intervienen factores ambientales tales como la exposición a elevados niveles de contaminación del aire o del agua, el sedentarismo, los malos hábitos nutricionales y el estrés (Rico-Rosillo et al., 2018). Desde la perspectiva de la medicina funcional, a esos factores genéticos que están latentes en todos los seres humanos solo les falta que una de esas malas prácticas o exposiciones insalubres que conforman un "pobre estilo de vida" (Jaramillo, 2019, p. 129) los detonen. Por tanto, cada persona es un estudio de caso.

Así como existen personas que envejecen de manera normal, hay personas longevas como también grupos que envejecen con mayor celeridad.

En su interés por analizar las implicaciones de la longevidad para los sistemas pensionales y para los planes de retiro, Ayuso y Holzman (2014) adelantaron una investigación sobre su trasfondo estadístico actuarial. El inquietante punto de partida guarda relación con que la esperanza de vida puede superar los 100 años para las próximas cohortes y que esto ya está ocurriendo entre las mujeres de países de longevidad avanzado como España. Entre sus principales determinantes está la reducción de la mortalidad en edades tempranas y el consecuente incremento en las tasas de supervivencia en los subsecuentes ciclos vitales. Cuando la longevidad, entendida como la esperanza de vida al momento de la jubilación, es moderada, las mesadas pensionales son más elevadas que cuando esta se prolonga.

Las tasas específicas de mortalidad son usadas para estimar la esperanza de vida de personas y cohortes bajo el supuesto de la prevalencia de las causas de mortalidad en los respectivos períodos de referencia. El indicador resulta de ponderar esas tasas por la probabilidad de alcanzar cierta edad. Siendo L el número de personas de cierta cohorte que sobrevive al

finalizar un año i, se deduce que “la expectativa de vida al nacer será la suma de todas las personas-años de vida dividido por el número inicial de personas de la cohorte” (Lora, 1987, p. 23):

$$e_0^0 = \sum_i L_i / 1.000 \qquad (1)$$

Con el empleo de las “tablas de vida” que las autoridades estadísticas nacionales y sus demógrafos producen periódicamente, es posible emplear ese método para cualquier edad y responder a la cuestión de la vida residual -$T_{(x)}$- o cuántos años de vida le restan por vivir a las personas que componen esa cohorte específica al alcanzar cierta edad que resultan de sustraer a la edad de fallecimiento X la edad actual x, y se estima calculando su valor esperado -e_x- (Ayuzo y Holzman, 2014, p. 8):

$$T_{(x)} = X - x \qquad (2)$$

$$E_x = E[T_{(x)}] \qquad (3)$$

Con el uso de estas medidas se ha constatado el avance de la longevidad y sus consecuencias para la sostenibilidad financiera de los fondos públicos y privados de pensiones y, de manera complementaria, sus implicaciones en materia de equidad distributiva. En algunos regímenes pensionales ya es común la introducción y actualización periódica de los factores de sostenibilidad y de los factores de equidad intergeneracional, pero existen otras evidencias científicas de los alcances de la longevidad.

Dentro del grupo de personas con años de vida residual superiores al promedio se encuentra un subgrupo privilegiado, el de los superancianos, que son personas que con más de 80 años gozan de buena salud mental y de notable agilidad corporal. Los estudios observacionales realizados por cinco años dan cuenta de que son personas cuya corteza cerebral es más gruesa que la del promedio y esa mayor cantidad de materia gris está vinculada con el interés por conocer y comprender aspectos novedosos del mundo (Garro-Pascual et al., 2023). La causalidad entre los hábitos saludables y la ralentización de la senescencia celular aún está por esclarecerse; de hecho, dentro del grupo de superancianos se encontraron personas con

malos hábitos alimenticios, escasa inclinación por el ejercicio físico cotidiano y padecimientos como el insomnio, la ansiedad y la depresión (Mediavilla, 2023).

Estas incipientes investigaciones sugieren que la respuesta a las causas de la longevidad no se encuentra por completo en la genética, en los buenos hábitos, en el apego a un propósito de vida personal igualmente duradero o en la imbricación de todos ellos entre los miembros del envidiado grupo de los superancianos, pero también que el camino recorrido exige un replanteamiento a fondo de las categorías tradicionalmente empleadas en los estudios demográficos y actuariales, principalmente. A una persona longeva no le aplica el apelativo de viejo, hacerlo sería un engaño pues "el comportamiento de las personas no está tan condicionado por años vividos como por el número de años que se calculan que puedan vivir todavía" (Ayuso y Holzman, 2014, p. 12) y, por tanto, los nuevos marcos institucionales serán los de la edad prospectiva que dejarán a su paso los de la edad retrospectiva con implicaciones sociales profundas en decisiones como la de aumentar la edad de pensión y, con el ejemplo de lo ocurrido recientemente en Francia, pocos serán los países que se atrevan a tomar una medida semejante.

La longevidad continuará siendo el estadio dominante de la demografía en las próximas décadas pero, tal cómo se indicó en la introducción, hay una contra tendencia que embarga también a miles de personas que fallecen antes de llegar siquiera al umbral predicho por la esperanza de vida al nacer -EVN- de su cohorte: es la mortalidad precoz la que, por su parte, se puede expresar en años de esperanza de vida perdidos.

2.2 LA MORTALIDAD PRECOZ O EL POTENCIAL DE AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS

Las investigaciones sobre la longevidad en los países de América Latina no son tan abundantes como en los países primermundistas, escasez relativa que revela que no es un fenómeno tan acuciante como el de la mortalidad precoz, entendida esta última como las defunciones que ocurren entre personas que no alcanzan los años de vida que predice el indicador EVN para su cohorte o, en otros términos "los años de vida perdidos tratan de determinar cuántos años más deberían haber vivido las personas que fallecen" (Arriaga, 1996, p. 11). Entre el comportamiento de los años de vida perdidos –AP– y la morigeración

o el incremento de las tasas de mortalidad hay causalidad circular, lo que no significa que sean medidas que cuenten la misma historia. De hecho, es comprensible que los procesos de transición demográfica, por ejemplo, revistan gran heterogeneidad entre países de un mismo continente y también a escala subnacional, tanto en sus momentos de inicio como en su elongación temporal.

A pesar de tal heterogeneidad, hay algunas regularidades estadísticas como que los incrementos en EVN son generalmente superiores entre las mujeres, mientras que los AP lo son entre los hombres y, por tanto, se deduce que los mayores avances en la longevidad los experimentan las mujeres. En su estudio sobre la Provincia de Córdoba, Argentina, Bocco concluye que en el período 1947-1991 los AP se redujeron a la mitad en ambos sexos y que "el mayor impacto en la reducción tuvo lugar en los primeros años de vida y hubo un significativo traslado hacia las edades mayores de los años de vida perdidos por la coexistencia de las distintas causas de muerte" (Bocco, 1996, p. 55).

Esa coexistencia también es un rasgo de la transición epidemiológica en Colombia en la que hay causas externas que caracterizan las etapas primarias tales como los homicidios y las muertes en accidentes de tráfico que son elevadas al igual que otras causas como los tumores malignos que suelen acentuarse en las etapas avanzadas de la transición. Esta es la principal conclusión de un análisis de los cambios en el perfil epidemiológico para el período 1990-2012 basado en las enfermedades del sistema circulatorio (isquémicas del corazón y cerebrovasculares), causas externas (homicidios y accidentes terrestres), neoplasias, enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del sistema respiratorio (Acosta y Romero, 2014).

Para el período 1998-2015 el homicidio implicó 23 años de vida potencial perdidos -AVPP-, el suicidio 5,1 AVPP, los accidentes de tránsito 15,7 AVPP y las demás causas 13,7 AVPP (Segura y Cardona, 2018, p. 154). Para el período 2017-2019, esos factores externos persistían pues en ese lapso "los hombres perdieron 10.64 años de esperanza de vida y las mujeres 6.21" (DANE, 2022, p. 47).

Especial atención merecen tanto los métodos de medición como las fuentes empleadas, pues de su comprensión depende en buena medida la interpretación de los resultados. Al respecto, tres cuestiones son relevantes:

i. La diferenciación en los métodos. Arriaga (1996) precisa que emplea el Índice de Años de Vida Perdidos construido con base en tablas de vida y en la descomposición de los cambios en la esperanza de vida. En el estudio del DANE se sigue la metodología de Arriaga y Bocco, de manera que:

$$ {}_nAP_{xj} = {}_ne_x^0 - {}_ne_x^z \qquad (4) $$

"Siendo "${}_ne_x^0$ la esperanza de vida temporaria entre las edades x y x+n cuando se supone mortalidad nula y ${}_ne_x^z$ es la del año z" (DANE, 2022, p. 50);

ii. El índice resultante de la ecuación (4) no debe confundirse con el de potencial de años de vida perdidos que "se define como la suma de los productos de las defunciones de personas menores de 65 años (D_x) en una población, por la diferencia entre la edad 65 y la edad de los fallecidos x; y dividiendo la suma de los productos por la población total P" (Arriaga, 1996, p. 11):

$$ \mathrm{PAP} = \frac{\sum_{X=0}^{65} D_X(65-x)}{P} \qquad (5) $$

iii. La diferenciación de los años de EV. El PAP de la ecuación (5) que es empleado por la Organización Panamericana de la Salud utiliza como referente al grupo de fallecidos de menores de 65 años, mientras que Bocco (1996, p. 49) calcula los AP desde el nacimiento hasta los 85 años, y el DANE (2022, p. 10) homologa en 80 años la expectativa de vida para ambos sexos, mientras que el de Acosta y Romero (2014, p. 15) usa el reporte de defunciones por grupos quinquenales de edad de 0 a 100 años.

Avanzar en propuestas que faciliten ganar en la comprensión de los indicadores como en la precisión de estos, es el propósito de una agenda de investigación cuyos principales resultados se expondrán a partir del siguiente acápite, no sin antes exponer la metodología a emplear.

2.3 AVPP Y AVPG, ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS

El uso del indicador AVPP data de 1947 y desde entonces se han propuesto varias alternativas de cálculo sin que se haya alcanzado un consenso acerca del umbral superior de la EVN, el

uso de cifras absolutas o relativas del AVPP y el empleo de datos previamente estandarizados por edad que facilite la comparabilidad de los resultados (Cavazos et al., 1989, p. 612).

La arbitrariedad con la que se emplea el límite superior de la EVN introduce sesgos en los resultados que se justifican por el interés de lo que se quiera exponer. En aras de la comparabilidad internacional es plausible emplear un único límite superior, pero si esa medida es representativa o próxima a la EVN en los países desarrollados, el resto de los países que la empleen verán amplificados los AVPP al ser comparados con otros contextos; por el contrario, si se emplea una EVN tercermundista, el resultado para los países desarrollados es la consecuente sobrerrepresentación de la longevidad.

Cavazos et al. (1989) sugirieron la existencia de un consenso acerca de la poca conveniencia de emplear límites superiores móviles bajo el argumento de que obstaculiza la comparabilidad entre grupos poblacionales diferentes; de hecho, sugirieron eliminar este método. Sea por sexo, lugar de residencia o grupo étnico, entre otras razones, la comparabilidad siempre ofrecerá resultados aproximados. El problema de no usar los límites móviles es el de obtener resultados sesgados al asignar una EV de un grupo etario a difuntos que no pertenecieron a este, y la ventaja es la de eliminar tal sesgo y captar especificidades de cada grupo que no serían posibles con el uso de un límite en común para todas las personas. Del empleo de los límites móviles se derivan tres grupos diferentes:

i. el primer grupo es el de la mortalidad precoz compuesto por los difuntos –D– que murieron a la edad e_i que es inferior a la edad prevista para su cohorte por el indicador de esperanza de vida al nacer – EV_i – y que, tal como se expresa en la ecuación (6), arroja como resultado los años de vida potencial perdidos –AVPP–;

$$\mathrm{AVPP} = \frac{\sum_{i=0}^{100+}(e_i - EV_i)}{D}, \text{sii } EV_i > e_i \qquad (6)$$

ii. el segundo grupo es el de la esperanza de vida realizada compuesto por los difuntos –D– que murieron a la edad e_i que es igual o que se aproxima a la edad prevista para su cohorte por el indicador de esperanza de vida al nacer – EV_i – y que, tal como se expresa en la ecuación (7), arroja como resultado próximo o igual a cero;

$$EV_r = \sum_{i=0}^{100+}(e_i - EV_i), \text{sii } e_i = EV_i \qquad (7)$$

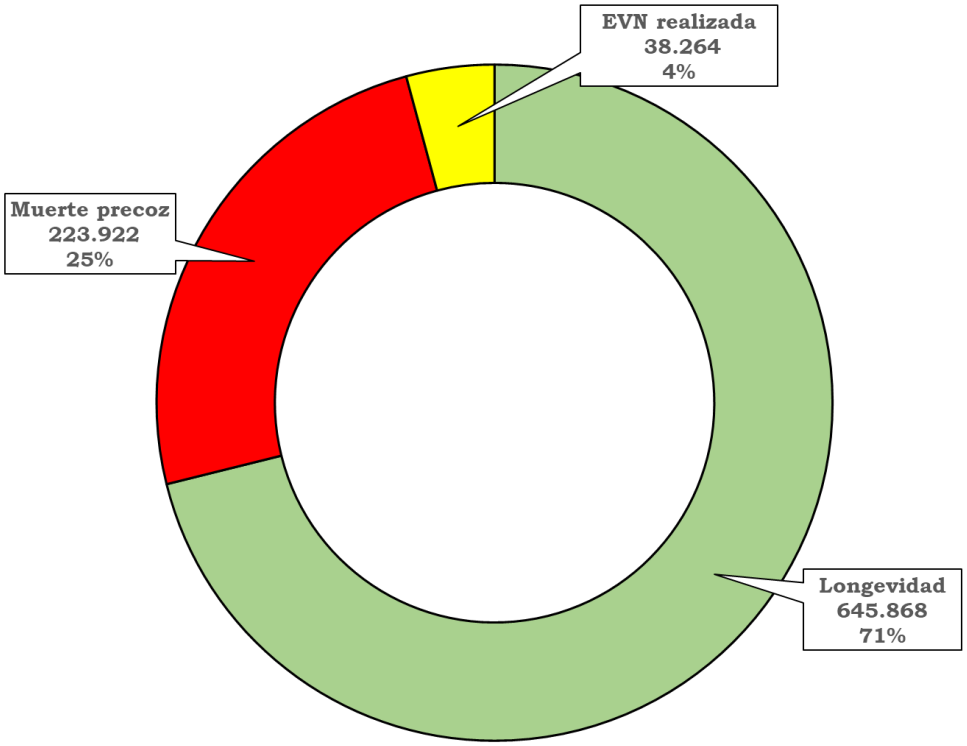
iii. el tercer grupo es el de la longevidad compuesto por los difuntos –D– que murieron a la edad e_i que es superior a la edad prevista para su cohorte por el indicador de esperanza de vida al nacer – EV_i – y que, tal como se expresa en la ecuación (8), arroja como resultado los años de vida potencial ganados –AVPG–;

$$AVPG = \frac{\sum_{i=0}^{100+}(e_i - EV_i)}{D}, \text{sii } EV_i < e_i \qquad (8)$$

En este estudio se emplearon 908.054 registros útiles del total de 908.297 contabilizados entre el 2019 y el 2021 en el registro civil de defunciones no fetales. Los 243 que se descartaron, el 0,03%, no contaban con identificadores cruciales completos tales como el sexo o la edad. La edad de los difuntos se presenta en valores trianuales por lo que se debió tomar la media de cada rango. Al año de la defunción se le restó la edad al morir y el resultado es el año de nacimiento, siendo con esto posible la imputación de la EV al nacer en cada registro. En vista de que hay personas que murieron a los 100 años o más de edad y no cuenta con cálculos de la EV de esa época, se optó por asignarles la estimación más antigua que data de 1934, 40 años para los hombres y 37 años para las mujeres. La siguiente estimación es la de 1951 con la que se interpolaron los resultados de 1935 a 1950, y la siguiente es la de 1960 con la que se interpolaron los resultados de 1952 a 1959.

La probabilidad de alcanzar cierta edad considerando las tasas específicas de mortalidad que dan lugar al indicador de EV, son medidas indicativas cuyo acierto se limita al 4% de los casos –ver Figura 1–, pues al 25% de los difuntos no se les realizó esa expectativa y, en cambio, el 71% la superó. Estos resultados no tienen como propósito servir de justificación a alguna decisión relativa al incremento de la edad de pensión o de las semanas de cotización, pues no han sido construidos para ese fin: no es un estudio de estadística actuarial. En cambio, es el punto de partida para realizar un balance de los AVPP y de los años de vida potencial ganados –AVPG– y a través de ellos conocer las causas idiosincráticas de cada ciclo vital.

Figura 1. Distribución (%) de las defunciones de acuerdo con la EVN, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

En el cálculo y en la exposición de resultados de AVPP son infaltables los grupos etarios, generalmente quinquenales, y el sexo de los fallecidos. Desde la psicología, la edad cronológica tiene escasa relevancia como "variable organizadora de la vida humana. Es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo" (Dulcey y Uribe, 2002, p. 20) pero, a pesar de esto, las autoridades estadísticas se empecinan en el uso de los grupos etarios. Las elecciones ad hoc para ofrecer las estadísticas o los resultados, ya sea por grupos quinquenales o trianuales, plantea obstáculos para el uso de los ciclos vitales. La solución es imputar en sus registros el ciclo vital respectivo ajustándose a los límites preestablecidos tal como ocurre con el rango de edades empleado y descrito en la primera columna de la Tabla 1.

El riesgo de morir en Colombia a la luz de los registros de entidades multilaterales como el Banco Mundial es de 8 personas por cada 1.000 habitantes, que discrepa en 25% de los resultados de la Tabla 1 que indican que es de 6 por cada mil habitantes. Estos resultados confirman dos regularidades advertidas por otros estudios: la primera es que salvo en el tránsito de la infancia a la adolescencia, el riesgo de morir se incrementa con el paso al siguiente estadio, y la segunda es que en cualquier ciclo el riesgo de morir entre los hombres es superior al de las mujeres.

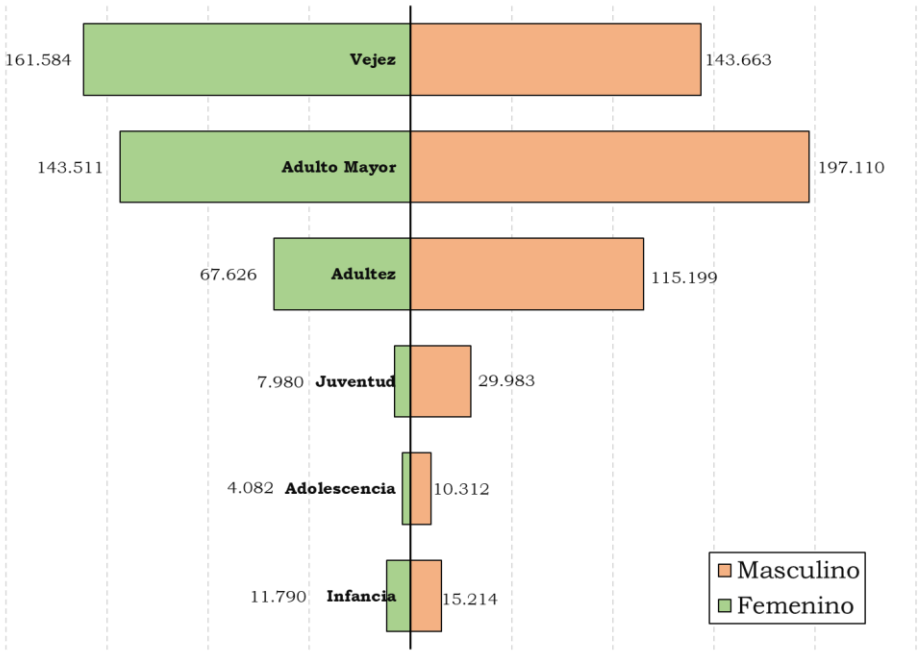
Tabla 1. Riesgo de morir (tasa por 1.000 habitantes), Colombia 2019-2021

Ciclo vital	Masculino	Femenino	Total
Infancia (0 – 11)	1,3	1,0	1,1
Adolescencia (12 a 18)	0,8	0,3	0,6
Juventud (19 a 26)	2,3	0,6	1,5
Adultez (27 a 59)	4,2	2,3	3,2
Adulto Mayor (60 a 79)	25,0	15,1	19,6
Vejez (80 o más)	110,5	93,4	100,7
Total	6,9	5,1	6,0

Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales y proyecciones poblacionales del DANE

La distribución de las defunciones no fetales –ver Figura 2– muestra, en primer lugar, que el país aún está lejos de erradicar la mortalidad infantil a pesar de contar con entidades estatales de larga trayectoria con funciones y recursos públicos en la materia. De otra parte, se estima que entre 1955 y 1956 la EV de las mujeres superó la de los hombres y, desde entonces, la mortalidad entre las mujeres en cualquier ciclo vital es inferior a la de los hombres, tal como ocurre en el período en estudio.

Figura 2. Pirámide de las defunciones por ciclo vital, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

Los análisis agregados de las principales causas de mortalidad emplean generalmente grupos poblacionales inadecuados para construir relatos con resonancia mediática, tales como "las diez principales causas de mortalidad de los colombianos". Bien podrían ser la doce primeras causas tal como se presentan en la Tabla 2 porque, entre otras cosas, representan el 50% de las defunciones, pero en cualquier caso es una elección arbitraria dada el abultado número de causas conocidas. Cuando ese grupo de los "colombianos" se confronta con las estadísticas del registro civil de defunciones, se encuentra que en verdad se refiere a las defunciones ocurridas en el territorio nacional, es decir, a los residentes en Colombia entre los que se cuentan algunos extranjeros. Pero cuando se desagrega por ciclo vital, el análisis da cuenta de la existencia de enfermedades idiosincráticas o propias de cada estadio.

La Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE-10– de la Organización Mundial de la Salud es la que se emplea para codificar las causas de la mortalidad, pero en el caso de Colombia se introdujo una modificación a la metodología desde el 2019 como consecuencia

de la implementación de un aplicativo de origen alemán –IRIS– de codificación automatizada que contempla 12.283 causas organizadas en 2.049 grupos. Debido a la pandemia, en 2020 se introdujo el "uso emergente de U07" que es un grupo que incluía como causa los trastornos respiratorios asociados al vapeo y que desde entonces también comprende al COVID-19.

La importancia relativa de las primeras doce causas atañe en especial a la vejez, a los adultos mayores y a los adultos –ver Tabla 2–. Las otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la hipertensión esencial (primaria), la enfermedad cardíaca hipertensiva y el infarto agudo de miocardio se concentran en más de un 50% de los casos en la vejez, mientras que el tumor maligno de los bronquios y del pulmón lo hace entre los adultos mayores. Entre los adultos y en menor medida entre los jóvenes es dominante la agresión con disparo de otras armas de fuego, con el agravante de que esta causa externa también involucra a adolescentes e infantes.

Tabla 2. Participación (%) de las causas de las defunciones no fetales por ciclo vital, Colombia 2019-2021

Causa	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Adulto Mayor	Vejez	Total
Uso emergente de U07	0,2	0,2	1,0	25,6	48,3	24,7	100,0
Infarto agudo de miocardio	-	0,1	0,3	10,3	38,5	50,7	100,0
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	0,0	0,0	0,1	3,3	34,0	62,6	100,0
Agresión con disparo de otras armas de fuego	0,2	10,5	39,8	46,5	2,9	0,2	100,0
Neumonía, organismo no especificado	3,4	0,8	1,6	15,6	36,4	42,3	100,0
Diabetes mellitus, no especificada	0,0	0,2	0,6	16,5	47,7	34,9	100,0
Tumor maligno del estómago	-	0,1	1,1	28,7	48,1	22,0	100,0

Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	0,0	0,1	0,4	15,7	59,5	24,3	100,0
Hipertensión esencial (primaria)	-	0,0	0,1	6,6	31,7	61,6	100,0
Enfermedad cardíaca hipertensiva	0,1	0,0	0,1	5,7	32,5	61,6	100,0
Tumor maligno de la mama	0,0	0,0	0,6	44,0	40,1	15,2	100,0
Tumor maligno de la próstata	-	-	0,0	4,1	49,7	46,2	100,0
Subtotal	0,2	0,8	3,1	18,6	40,1	37,1	100,0
Resto	5,7	2,4	5,2	21,6	35,0	30,2	100,0
Total	3,0	1,6	4,2	20,1	37,5	33,6	100,0

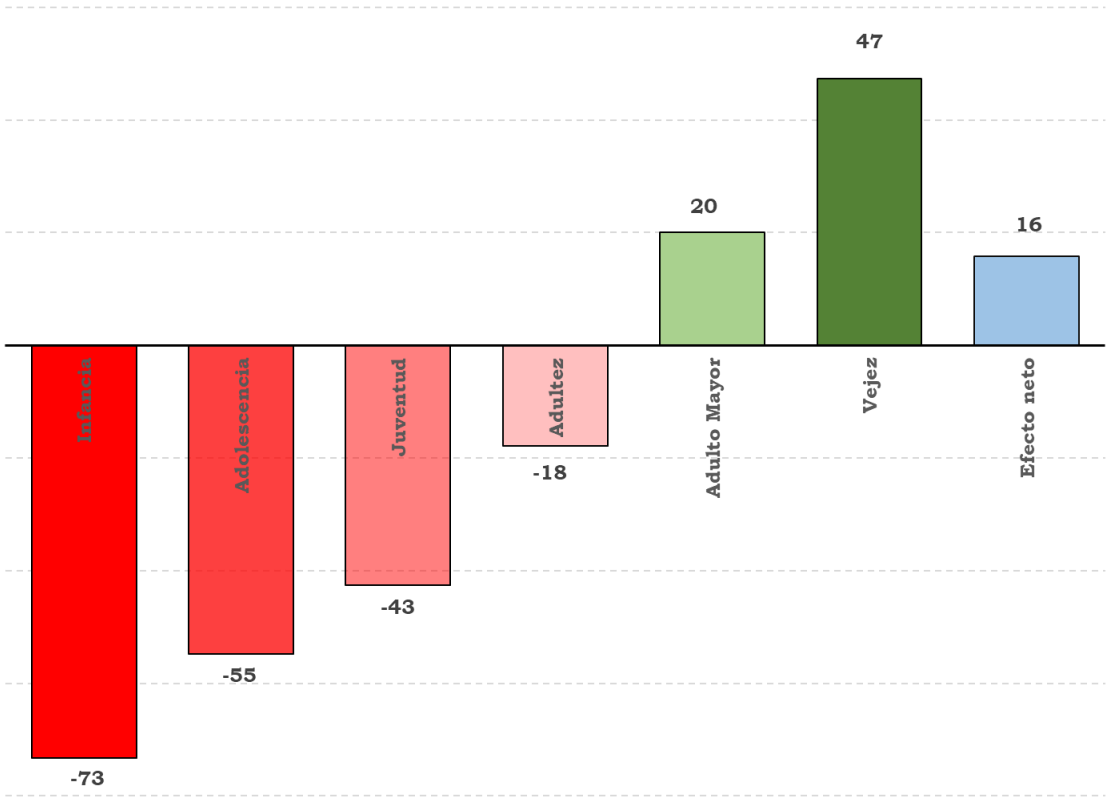
Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

En relación con el indicador AVPP, se constata que aplica en su totalidad a las defunciones ocurridas en la infancia, la adolescencia y la juventud, el 8,7% de los casos, puesto que la edad más avanzada es la de los jóvenes que alcanzaron los 26 años y el límite inferior de la EV es de 37 años y el superior de 85 años. En contraste, la longevidad, entendida como la superación de la expectativa de vida predicha por el indicador EV, es un fenómeno que atañe exclusivamente a los adultos mayores y a la vejez. La adultez es el ciclo vital en el que hay mortalidad precoz y también casos en los que la EV se realizó a cabalidad.

Esta constatación permite exponer una de las principales consecuencias de la metodología empleada cual es que la longevidad que se expresa en años de vida potencial ganados –AVPG– es atinente exclusivamente a la adultez mayor y a la vejez, fenómeno incuestionable que paradójicamente es escasamente discutido en las investigaciones consultadas. En el resto de los ciclos vitales la situación dominante es la contraria pues, en efecto, a la mortalidad precoz que entraña la no realización de la expectativa de vida predicha por el indicador EV le son inmanentes AVPP, deduciéndose entonces que hay efectos netos que deben ser medidos y explicados sobre la base de estas regularidades.

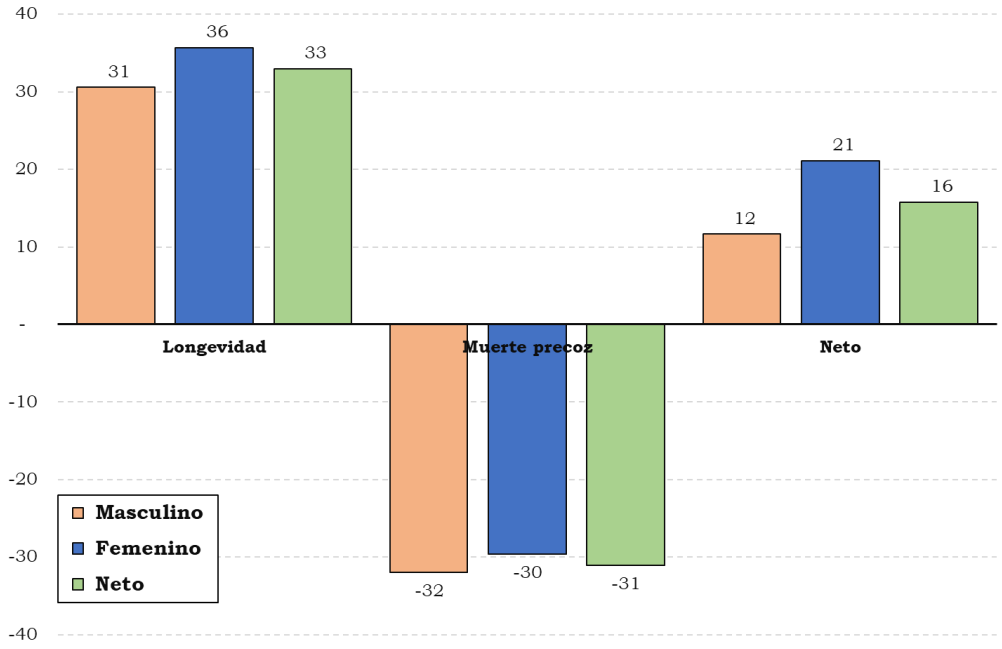
El efecto neto es de 16 AVPG –ver Figura 3– que se explica por 33 AVPG en longevidad y 31 AVPP por mortalidad precoz. La vejez aportó 47 AVPG y los adultos mayores 20. Por su parte, el escalamiento de los AVPP en el resto de ciclo vitales indica en efecto la trascendencia social de la mortalidad infantil con 73 AVPP, superior a la de la juventud –55–, la adolescencia –43– y la adultez –18–. Este resultado neto es susceptible de ser explicado teniendo en cuenta el sexo de las personas fallecidas –ver Figura 4–: la longevidad de las mujeres aporta 5 AVPG más que los hombres y, a su vez, 2 AVPP menos que ellos.

Figura 3. Balance de AVPG – AVPP por ciclo vital, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

Figura 4. Balance de AVPP-AVPG por sexo, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

A partir de estas alternativas metodológicas se obtuvieron un conjunto de resultados que se exponen a continuación, sin perseguir comparabilidad internacional entre otros fines, sino más bien contribuir al diseño e implementación de las políticas de prevención de la mortalidad precoz y de atención y cuidado en la longevidad.

3. MORTALIDAD PRECOZ Y LONGEVIDAD POR CICLOS VITALES

Entre más extrema sea la desigualdad económica más son los obstáculos que enfrentan las aspiraciones sociales en materia de salud pública tales como la eliminación de la mortalidad infantil, la eliminación de las causas externas como el homicidio, los accidentes de tránsito y el suicidio, así como otra de este mismo tenor que es el nutricidio. Alcanzar la longevidad es una cuestión de justicia, y ser longevo significa llegar a viejo disfrutando del cuidado a plenitud de las capacidades físicas y mentales hasta que sobrevenga el fatídico infarto agudo

al miocardio. Esta idea de la justicia vital implica, entre otras cosas, la consideración de que la mejor medida de la EV es la de la edad alcanzada por el grupo más longevo dado que esa expectativa de vida debe estar al alcance de todos y no un privilegio para unos cuantos. Pero este es un ideal tipo que demanda tal cantidad de recursos que, por el contrario, la desigualdad política resuelve racionando o censurando cualquier iniciativa pública que signifique una mayor carga impositiva para los grupos privilegiados.

La "búsqueda de mejores condiciones para vivir en forma sana y satisfactoria en todas las épocas de la existencia" (Dulcey y Uribe, 2002, p. 24) es ese ideal tipo que orienta el análisis de las causas idiosincráticas por los que ocurren las defunciones en los estadios del ciclo vital. Se exponen las diez causas más recurrentes ordenadas por los indicadores AVPP o AVPG construidos de acuerdo con la propuesta metodológica expuesta en el numeral 2.3.

3.1 INFANCIA

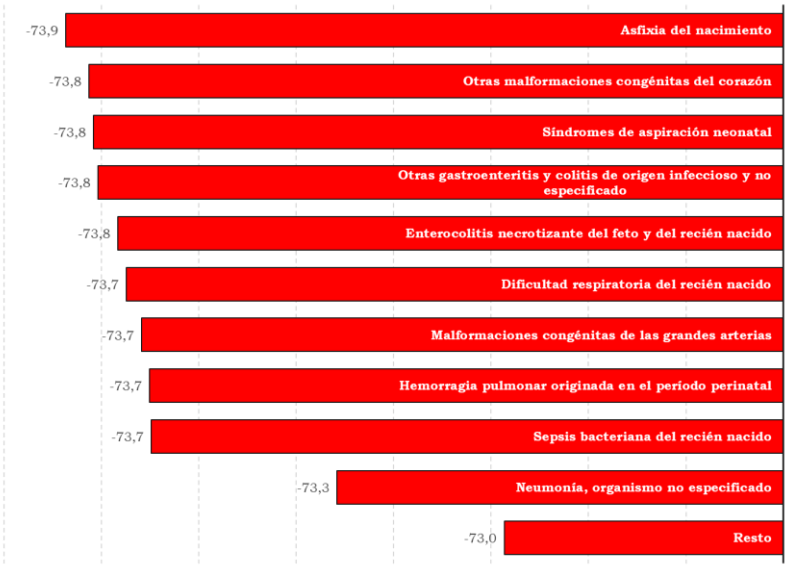
Sea por la cantidad de AVPP o por el número de defunciones ocurridas entre los infantes, las diez primeras causas explican el 34% del total. Es la menor participación entre todos los ciclos vitales lo que pone de manifiesto, de un lado, la existencia de un abanico más amplio de causas de la mortalidad precoz y, del otro, que aún en la actualidad esa amplitud no ha conseguido ser estrechada por las políticas de salud llamadas a reducir la mortalidad infantil.

El indicador AVPP, que oscila en torno a los 73 años –ver Figura 5–, es el más

elevado, lo cual guarda coherencia con la decisión metodológica de la EV móvil que predice que se vaya reduciendo a medida que se avanza en las escalas vitales escogidas.

Salvo la décima causa que es la neumonía, las nueve restantes son inseparables de la fragilidad de los infantes y en particular los neonatos. La escasa cobertura de atención a las madres gestantes impide prever la insuficiencia placentaria en curso que es la principal causa de la asfixia del nacimiento. Al igual que esta causa, otros síntomas de problemas del feto, respiratorios o cardiovasculares, son prevenibles.

Figura 5. AVPP por diez primeras causas en la infancia, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

Estos resultados lucen paradójicos si se les compara con los esfuerzos de las autoridades nacionales y supranacionales en salud que tienen dentro de su órbita funcional la reducción de la mortalidad infantil. Por ejemplo, para el rango de 0 a 5 años, la Organización Panamericana de la Salud et al. (2004) identificaron como las principales causas de la mortalidad la neumonía, la diarrea, la malnutrición grave, la malaria, la meningitis y el sarampión y sus complicaciones.

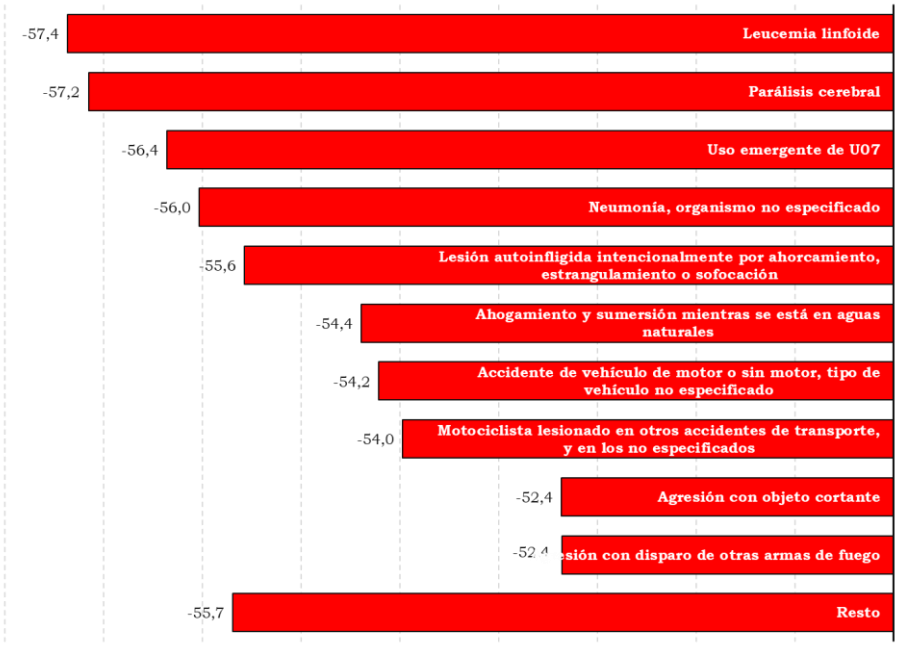
3.2 ADOLESCENCIA

A las personas en este estadio se les acostumbraba a ver desde una perspectiva psicológica que enfatizó en su "moratoria psicológica y sociocultural" (Dulcey y Uribe, 2002, p. 23), idea que persiste y se refuerza en la actualidad al achacarle a tales rezagos las conductas colectivas que han ocasionado la espiral sin límites del bullying. En el tránsito de la infancia a la juventud, los adolescentes se inician en dimensiones cruciales que marcarán el resto de su vida tales como el conocimiento de las funciones sociales y reproductivas, pero igualmente comienzan a alentar sus expectativas en cuestiones como el estatus social. Las últimas generaciones de adolescentes ya no son vistos como "niños grandes" puesto que se han

involucrado paulatinamente en esferas decisivas de la sociedad como lo son los ámbitos laborales y los políticos y, por tal razón, son personas expuestas a nuevos y variados riesgos con gran potencial para afectar negativamente su salud.

Las diez primeras causas de mortalidad explican el 49% de los AVPP y del número de defunciones. La tasa de mortalidad entre los hombres y las mujeres adolescentes es la menor de todos los ciclos vitales, razón que explica en buena medida por qué los programas de salud específicos para este grupo son exiguos. Una porción considerable de infantes que padecieron algún tipo de cáncer y se sometieron a tratamientos de radioterapia y quimioterapia, sufren ulteriormente la leucemia linfocítica que afecta su médula ósea y su sangre, siendo esta la primera causa de la mortalidad entre adolescentes que les significó 57,4 AVPP. La segunda causa fue la parálisis infantil que implicó 57,2 AVPP la que pudo ser ocasionada tanto por infecciones como la meningitis como por las lesiones acaecidas por causas externas como los accidentes vehiculares, mientras que el COVID y la neumonía son las afecciones de las vías respiratorias que les siguen en importancia.

Figura 6. AVPP por diez primeras causas en la adolescencia, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

Sin embargo, seis de las primeras causas son externas. El suicidio mediante el ahorcamiento, los accidentes vehiculares y el homicidio son cada vez más frecuentes entre los adolescentes que se exponen a riesgos inéditos para las generaciones que las precedieron y que son inseparables de sus demandas por una mayor inclusión simbólica y real.

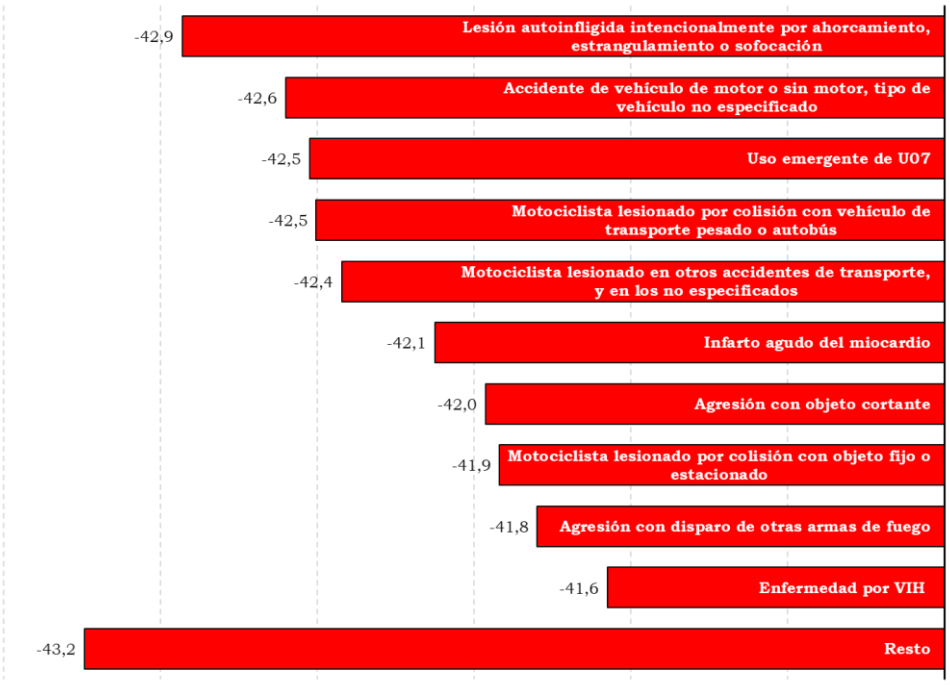
Un cambio sustancial que modifique la estructura de los AVPP entre adolescentes debe provenir de las políticas contra la desigualdad económica y política que les garantice a los adolescentes su inclusión en las esferas productivas y su reconocimiento simbólico como personas objeto de derechos, medidas con las que seguramente se reduciría la incidencia del homicidio y del suicidio, y se procuraría un tránsito a una juventud más creativa y menos tormentosa.

3.3 JUVENTUD

La definición de la identidad de las personas se consolida en la juventud al calor de las interacciones sociales y la participación en situaciones conflictivas que se acentúan con las exigencias de los mayores que les reclaman nuevas responsabilidades. La participación de los jóvenes en grupos contribuye a moldear su conducta, y el desarrollo cognoscitivo inmanente a esta etapa les permite comprender fenómenos abstractos pero, en especial, es un estadio en el que el desarrollo de la personalidad les advierte sobre la necesidad de delinear un proyecto de vida.

Las diez primeras causas explican el 58% del total de AVPP y de defunciones en esta etapa. Los jóvenes son los más expuestos a causas externas siendo el suicidio por ahorcamiento la causa más acuciante que conllevó 42,9 AVPP –ver Figura 7–. El uso imprudente de la motocicleta es estimulado por la fogosidad juvenil por la velocidad, así como por la flexibilización laboral de los vinculados a sistemas de entrega en los que la remuneración es correlativa a la velocidad con que realicen esas tareas. El homicidio, sea con arma de fuego o con arma cortopunzante, asedia a los jóvenes, lo que pone en evidencia que el Estado no está en capacidad de garantizar su derecho fundamental a la vida.

Figura 7. AVPP por diez primeras causas en la juventud, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

La rebeldía descontrolada de los jóvenes hace muy compleja la enseñanza del manejo de las emociones que, además, al asociarse con una imposición de los adultos retroalimenta la tendencia a la transgresión de las reglas. Es por esto por lo que el conflicto es el contexto en el que se desarrollan los jóvenes y de la manera en que se resuelva radica, en buena medida, su devenir en la sociedad.

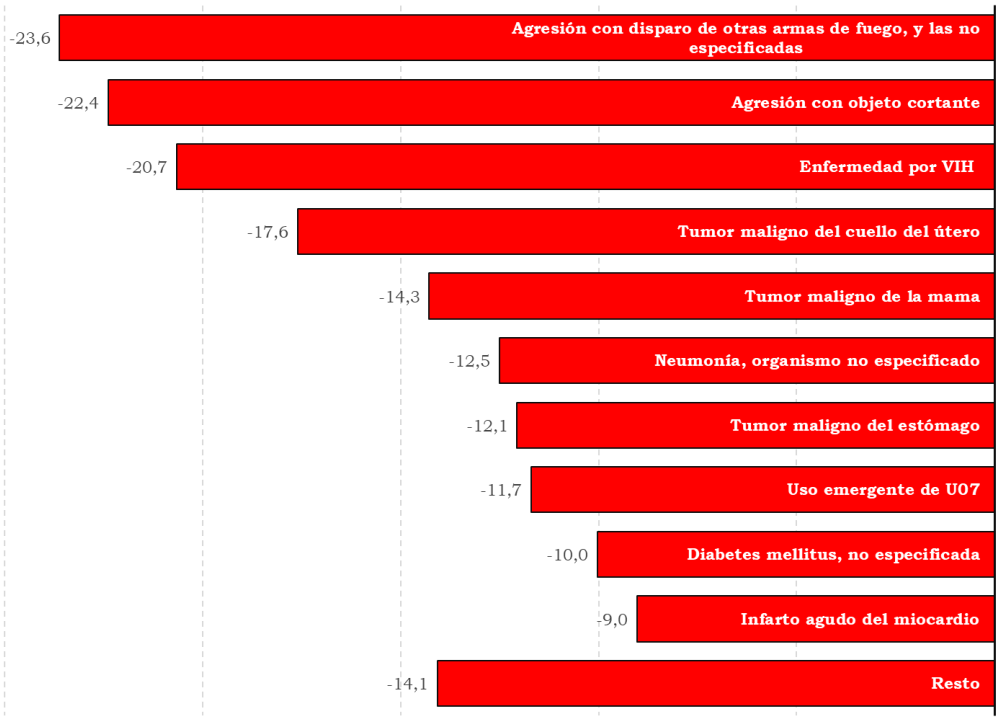
3.4 ADULTEZ

Buena parte de las contradicciones que enfrentan los jóvenes en la definición de su personalidad se conserva en la etapa temprana de la adultez y en no pocos casos se agudiza ante el reconocimiento de necesidades creadas por la sociedad tales como la culminación de algún ciclo educativo, la inserción laboral y la alternativa de formar un hogar, entre las más comunes.

Las diez primeras causas de la mortalidad entre los adultos explican el 48% de los AVPP y del número total de defunciones. Es evidente que a los adultos los asedia la violencia homicida que, dependiendo del arma empleada, implica entre 23,6 y 22,4 AVPP –ver Figura 8–. Un elemento en común con los jóvenes es la aparición de una enfermedad catastrófica –el VIH– dentro de las diez causas más relevantes, y uno diferenciador es que las causas externas no hacen parte de ese orden jerárquico y, en cambio, afloran con singular importancia los tumores malignos entre las mujeres adultas.

Otra singularidad es que dentro de estas causas también aparece la diabetes mellitus, particularmente la Tipo 2 a la que se le llamaba diabetes de adulto" pero que con el avance acelerado de la obesidad infantil ya es causa de defunciones en otros estadios de la vida. El avance de la hiperglicemia puede tomar mucho tiempo y es por esa razón que aflora con singular importancia entre los adultos y los adultos mayores, y la dependencia a la insulina los expone a los precios abusivos de los monopolios farmacéuticos que la producen.

Figura 8. AVPP por diez primeras causas en la adultez, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

Si bien es en este estadio de la vida en el que convergen las expectativas de vida con la edad alcanzada por los difuntos, también es el estadio en el que se forma una nueva expectativa cual es la de aspirar a vivir más que los demás, pero el principal obstáculo es el derramamiento de sangre que ocasiona la violencia homicida persistente en Colombia que involucra con particular sevicia a los adultos. Como víctimas de la desigualdad, la injusticia y la discriminación, a los adultos hay que cobijarlos con una paz estructural que solo será posible alcanzar cuando las clases sociales tradicionalmente privilegiadas renuncien a ellos y reconozcan las injusticias en sus reales dimensiones.

3.5 ADULTO MAYOR

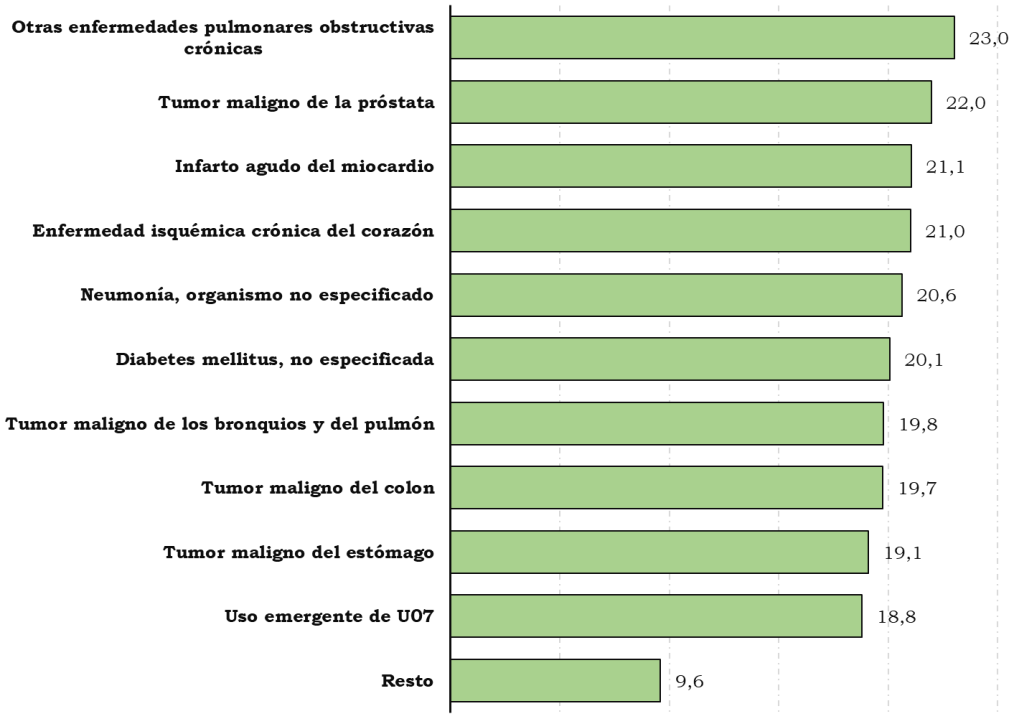
La sensación de haber vivido más que los demás irrumpe entre las personas pertenecientes a este estadio no por el hecho de corroborar que superaron los años de vida que preveía el indicador de EV, sino porque experimentan un cambio significativo de roles tanto en su entorno familiar como en las formas de relacionamiento con sus proveedores de bienes, servicios y, en general, de dispositivos de bienestar. Uno de cada seis adultos mayores conforma un hogar unipersonal y dentro de ellos las practicas obligatorias de autocuidado y de gestión de la soledad los distinguen de las que realizan quienes conforman hogares biparentales o extensos. Menos de una cuarta parte recibe mesada pensional y, para el resto, la búsqueda de ingresos es una actividad crucial para garantizar la sobrevivencia y, por tanto, la inactividad no es una opción.

El cálculo de los AVPP de los adultos mayores y de quienes llegan a la vejez se debería realizar, como en efecto se hace con el empleo de las tablas de vida, un nuevo indicador que capte la expectativa restante de vida al sobrevivir a la predicha por el indicador de EV, pues sólo de esta manera sería posible estimar la “pérdida”. En la metodología propuesta que se basa en los límites móviles no cabe tal alternativa y, por tanto, toda persona fallecida a una edad superior a la EV se considera como ganadora de años de vida, fenómeno que aparece en este estadio vital y en la vejez.

A diferencia de considerable importancia entre los jóvenes y de los adultos, las causas externas son menos comunes entre los adultos mayores. Las diez principales causas de las defunciones en la adultez mayor explican el 52% del total, así como los AVG en relación con

la EV. A pesar de que las autoridades mundiales y regionales de salud insisten en los riesgos de salud mental entre los adultos mayores, es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC–, la bronquitis crónica y/o el enfisema, la principal causa que, estrechamente asociada al tabaquismo, asedia a este grupo ya que acabó con la vida luego de 23 AVPG. Le siguen en importancia los tumores malignos, en mayor proporción los sufridos por los hombres, los problemas cardiacos, la diabetes y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Figura 9. Diez primeras causas de la mortalidad en la adultez mayor, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

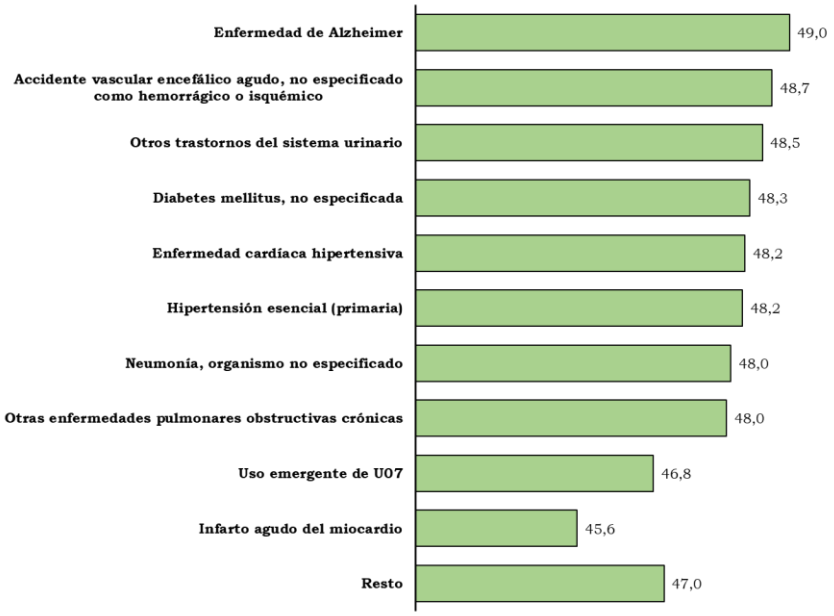
Como sujetos de derechos y de cuidado especial, a los adultos mayores se les ha beneficiado con algunos programas que procuran copar los vacíos que deja la escasa cobertura de los sistemas pensionales tales como los centros de atención al adulto mayor que las entidades territoriales financian con los recaudos de la emisión de la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor.

3.6 VEJEZ

A pesar de que desde el 2022 hay una política de envejecimiento y vejez que plantea la restitución de su dignidad, proliferan los casos de personas que habiendo llegado a la vejez son sometidas a maltrato físico y social. En el Código Penal el abandono está tipificado como delito punible y, a pesar de ambas medidas, sólo en Bogotá hay alrededor de 3.000 personas en condición de habitanza de calle debido al abandono de sus familiares, delito muchas veces agravado por el despojo de sus bienes materiales de que han sido víctimas.

El 2,1% de las defunciones en este ciclo vital son de personas que alcanzaron los 100 años o más, grupo en el que por cada hombre fallecieron dos mujeres, principalmente por causa del infarto agudo al miocardio y por EPOC, mientras que la demencia y la senilidad no se encuentran entre las diez principales causas. Sin embargo, para la totalidad de las personas que fallecieron habiendo llegado al estadio de la vejez, la enfermedad de Alzheimer es la principal causa dentro de las diez primeras que explican el 56% de las defunciones en este ciclo vital. El Alzheimer determinó tales decesos luego de que consiguieran 49 AVPG frente a la predicción del EV, mientras que la segunda causa fue el accidente vascular encefálico.

Figura 10. Diez primeras causas de la mortalidad en la vejez, Colombia 2019-2021



Fuente: elaborada con base en Estadísticas vitales/registro de defunciones no fetales del DANE

De los seis objetivos específicos que persigue la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, el de "fomentar el envejecimiento saludable para lograr una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez" (artículo 6.2 del Decreto 681 de 2022) es el que se encuentra más estrechamente vinculado a la prevención, tarea que la medicina funcional adjudica al cambio en el estilo de vida de todas las personas. Nueve de las diez causas identificadas son evitables y constituyen una carga para las personas y los familiares que con su compromiso ético se comprometen en su cuidado. A la vejez se puede llegar con un deterioro tolerable de las capacidades físicas e incluso mentales, a pesar de la senescencia de las células que afloran con el paso del tiempo, esto es, disfrutar de la longevidad a la que ahora se le denomina como "vejez saludable".

4. CAUSAS HÍBRIDAS, CAUSAS EXTERNAS

La identificación de los rasgos de la transición epidemiológica es crucial para orientar las políticas de salud pública, pero hacerlo pasando por alto la existencia de causas idiosincráticas de las defunciones en los diferentes ciclos vitales es un obstáculo para alcanzar la equidad social que le es inherente, siendo la prevención la política más eficaz para alcanzarla. El acápite anterior ha procurado dejar esto en claro y, además, que el empleo de límites móviles de EV permite asignar los AVPP y AVPG a estadios específicos del ciclo de vida. También ha puesto en relieve dos cuestiones adicionales: una nueva conceptualización de las causas de la mortalidad y el análisis de las causas a la luz de los derechos, esto es, no como resultado de una mera "alienación social" tal como lo plantean Acosta y Romero (2017), sino como función inherente e irrenunciable del Estado. En este acápite se abordan estas dos cuestiones.

4.1 NUTRICIDIO[2]

El Derecho Humano a la Alimentación se consagra en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos promulgada en 1948, en donde se concibe como un deber de los Estados para que las personas no se priven de la alimentación por causa de la "pérdida

[2] Una versión inicial de este acápite se publicó en Alfonso 2023d, 2023e y 2023f.

de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". Este Derecho es indisociable del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, así como el derecho a la vida misma.

Por su parte, la Constitución Política de Colombia consagra el DD HH a la Alimentación, en especial para niños y ancianos, así como ordena una especial protección estatal a la producción agroalimentaria.

Si hay defunciones causadas por desequilibrios metabólicos y deficiencias nutricionales, es porque estas normas se han transgredido. De allí que la noción de nutricidio sea la más pertinente para comprender la acción de autoinflingirse la muerte de manera generalmente no intencionada al incurrir en estados de deficiencia alimentaria, hiperalimentación, trastornos metabólicos y otros padecimientos de origen alimentario, situación calamitosa que también ocurre cuando las defunciones por estas causas, en cualquier ciclo vital, son inducidas por la omisión transgresora del Derecho Humano a la Alimentación.

El Derecho Humano a la Alimentación es uno de los cinco ejes de la transformación propuestos por el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida. Del articulado que le concierne, se destacan tres novedades:

i. En la distribución del plan de inversiones y distribuciones plurianuales en el proyecto de ley se le asignan $46,1 billones, el 4,0% de los $1.154,8 que se prevén invertir del 2023 al 2026;

ii. En cuanto al eje Seguridad Humana y Justicia Social, el mecanismo de las transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas trae una novedad contenida en los artículos 51 y 53 que consiste en la transferencia en especie Hambre Cero con la que se espera garantizar el Derecho Humano a la Alimentación; y,

iii. Ocho artículos componen el capítulo IV Derecho Humano a la Alimentación, siendo una de las novedades la creación del Sistema Nacional de Seguimiento y Monitoreo para la Superación de la Malnutrición -SNSM- en el que, además, se advierte que "La Nación asignará los recursos para las transferencias referidas en el presente artículo de acuerdo con las disponibilidades presupuestales, el Marco fiscal de mediano plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo".

Los fines de Hambre Cero, el segundo de los Objetivos de Desarrollo Social, son asimilables al Derecho Humano a la Alimentación y, sin embargo, los modestos avances en el ODS han llevado a que el sistema de Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud haya manifestado su pesimismo al afirmar que "con el aumento del hambre y la persistencia de la malnutrición, el logro del hambre cero para 2030 es dudoso".

En efecto, la pandemia ha contribuido a desvelar no solo la fragilidad de los sistemas agroalimentarios en el mundo sino, además, que el carácter no vinculante de los ODS exige otro tipo de estrategias que si lo sean. El Derecho Humano a la Alimentación es una de ellas y, por tanto, su inclusión en el proyecto del Plan Nacional de Desarrollo permitirá avanzar hacia el logro de tal fin, el Hambre Cero.

4.1.1 La letalidad de las enfermedades nutricionales y de las enfermedades transmitidas por alimentos como transgresión al Derecho Humano a la Alimentación

El pesimismo de la OMS no es infundado pues una de sus organizaciones hermanas, la FAO, se ha pronunciado en el mismo sentido.

Con una revisión somera de la prensa nacional y regional es posible establecer como algo aparentemente insuperable la persistencia de las defunciones no fetales de niños de La Guajira por causa de la inanición.

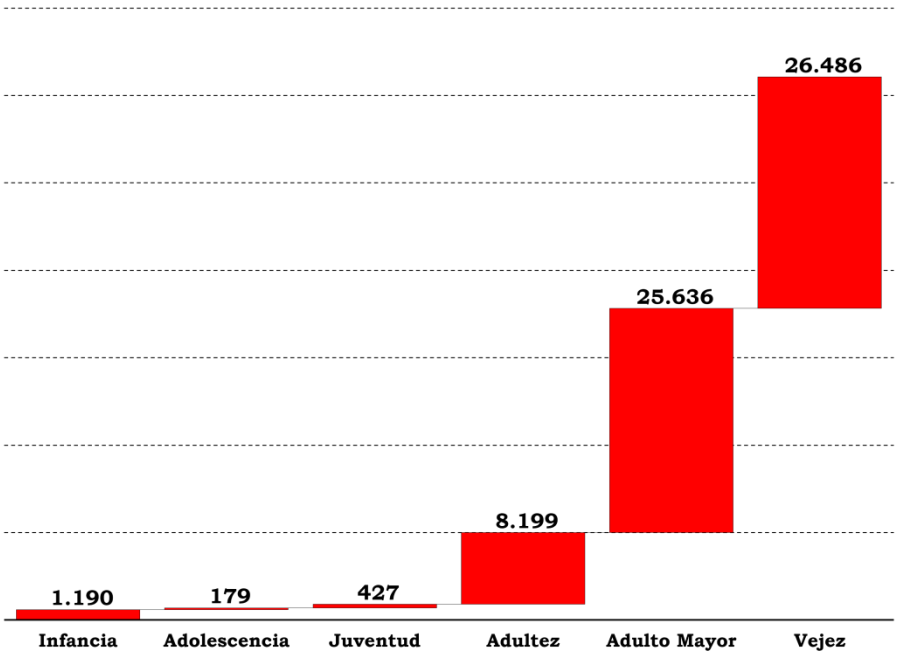
Un análisis un tanto más detenido de los boletines epidemiológicos semanales del Instituto Nacional de Salud dedicados al monitoreo de las enfermedades transmisibles por alimentos permite corroborar que la incidencia de la enfermedad diarreica aguda afecta casi por igual a los menores de un año y a los de 80 años y más, grupos de edad en los que tal incidencia es más elevada que en cualquier otro grupo etáreo. Por su parte, los boletines dedicados a enfermedades tales como la hepatitis B, C y B-D muestran una evidente heterogeneidad entre departamentos originada en el desigual desarrollo del sistema de vigilancia.

El estudio de las defunciones no fetales a partir de los registros de las Estadísticas Vitales del DANE ofrece un panorama más preciso y alarmante. Si se contabilizan conjuntamente enfermedades nutricionales tales como deficiencia vitamínica, desnutrición, diabetes T1, T2, T3 y T4, hipertensión, isquemia coronaria, obesidad y trastornos metabólicos, y

enfermedades transmisibles por alimentos como gastroenteritis, hepatitis A y E, listeriosis, otras bacterianas, salmonella, shigelosis y toxoplasmosis, la tasa de defunciones no fetales por 100.000 habitantes es de 48 casos, el doble de la registrada por homicidios que ascendió a 24 casos.

Por causa de estas enfermedades, entre 2019 y 2021 hubo 1.190 neonatos e infantes que no llegaron a la adolescencia, 179 adolescentes no llegaron a la juventud, 427 jóvenes no alcanzaron la adultez, 8.199 adultos no alcanzaron a ser adultos mayores, 25.636 adultos mayores que no alcanzaron la vejez y 26.486 viejos vivieron más que otros, pero murieron mal -ver Figura 1-.

Figura 11. Progresión en el ciclo de vida de las defunciones no fetales por enfermedades nutricionales y enfermedades transmisibles por alimentos, Colombia 2019-2021

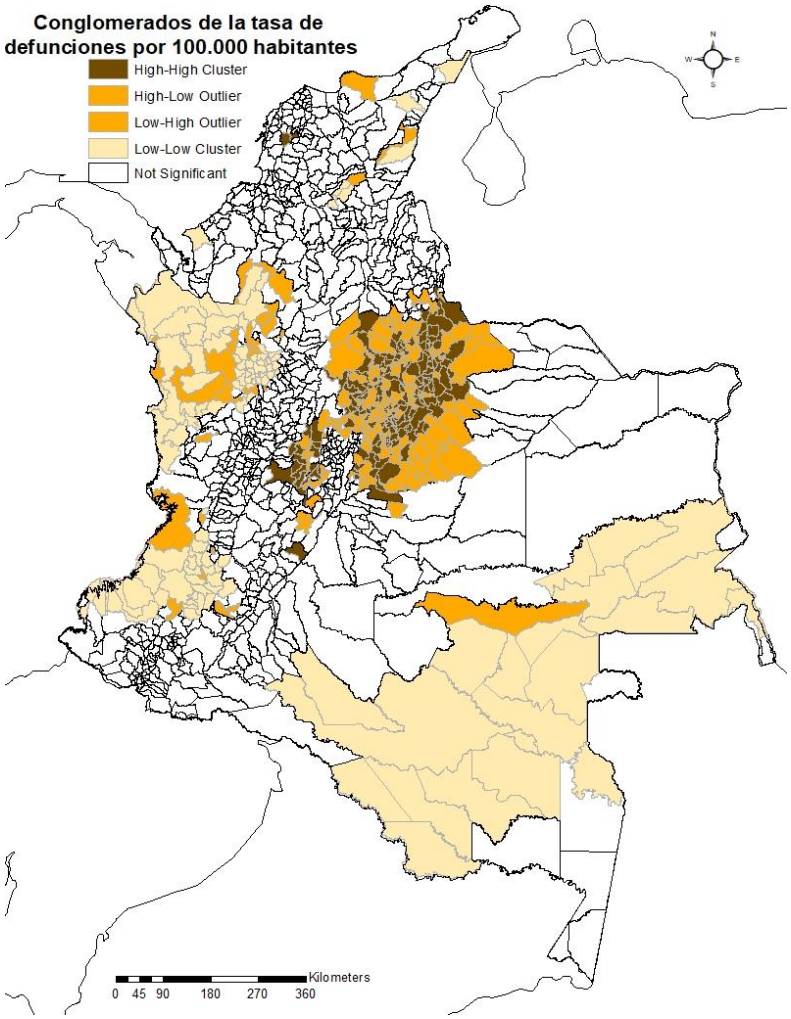


Fuente: elaborada con base en registros de Estadísticas Vitales del DANE

Ningún municipio colombiano está exento de defunciones por este tipo de enfermedades y, sin embargo, hay un patrón agrupado al decir de los resultados de la Figura 2 que indica que hay una probabilidad de menos del 1% de que este patrón agrupado pueda ser aleatorio. Tal agrupación de municipios con valores muy elevados de la tasa por 100.000 habitantes de defunciones no fetales por enfermedades alimentarias y enfermedades transmitidas por

alimentos embarga a la zona andina, especialmente a los localizados en la cordillera Oriental y en algunos de los valles interandinos con la cordillera Central que son zonas con elevadas tasas de urbanización. Otro conglomerado se ubica en el andén medio del Pacífico – ver Figura 12-.

Figura 12. Conglomerados de defunciones no fetales por enfermedades nutricionales y enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia 2020



Fuente: elaborada con base en registros de Estadísticas Vitales del DANE

4.1.2 Los obstáculos de la frontera agrícola

De acuerdo con el artículo 65 de la Constitución Política, la producción de alimentos goza de la especial protección del Estado, así como procura elevar el rendimiento de la tierra mediante la promoción de la investigación y la transferencia de tecnología al campo.

Dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 15, la meta de neutralidad de la degradación de la tierra se entiende, siguiendo a la Convención de Naciones Unidas para el Combate a la Desertificación como "Un estado donde la cantidad y calidad de los recursos de la tierra, necesarios para apoyar las funciones y servicios de los ecosistemas y mejorar la seguridad alimentaria, se mantiene estable o aumenta dentro de las escalas y ecosistemas temporales y espaciales especificados".

El informe de la Misión para la Transformación del Campo conocido en el 2014 denuncia la ausencia de políticas para contener el grave problema de la erosión de la capa vegetal y precisa que "Colombia debe controlar la rápida erosión del suelo y la desertificación que se está generando en muchas zonas como consecuencia del mal manejo del agua y el inadecuado uso del suelo, que generan sedimentación de los ríos y posteriores inundaciones".

Tal informe pasó por alto que en el 2005 se había formulado el Plan de Acción Nacional de Lucha Contra la Desertificación y la Sequía en Colombia, a cargo del entonces Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, desde donde se reportaron avances como el de la Política de Gestión Sostenible del Suelo y, con el soporte científico del IDEAM, varias líneas de base, sistemas de monitoreo y seguimiento, así como algunos protocolos para la restauración.

En el Plan Nacional de Restauración adoptado por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible en el 2015 se distingue la restauración de los ecosistemas degradados a su condición inicial de la rehabilitación y de la recuperación en aras de la provisión de servicios ecosistémicos, se distinguen las etapas de la restauración y se traza un plan de acción.

En el Acuerdo Final del 2016 se incluyó un punto crucial denominado Hacia un Nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral. Siguiendo la retórica del informe Brundtland de 1987, "reconoce derechos fundamentales esenciales para las nuevas y futuras generaciones como son el derecho a una tierra conservada" y, dentro de sus catorce

principios, el del Derecho Humano a la Alimentación, sin invocar aspecto alguno de la trayectoria institucional descrita.

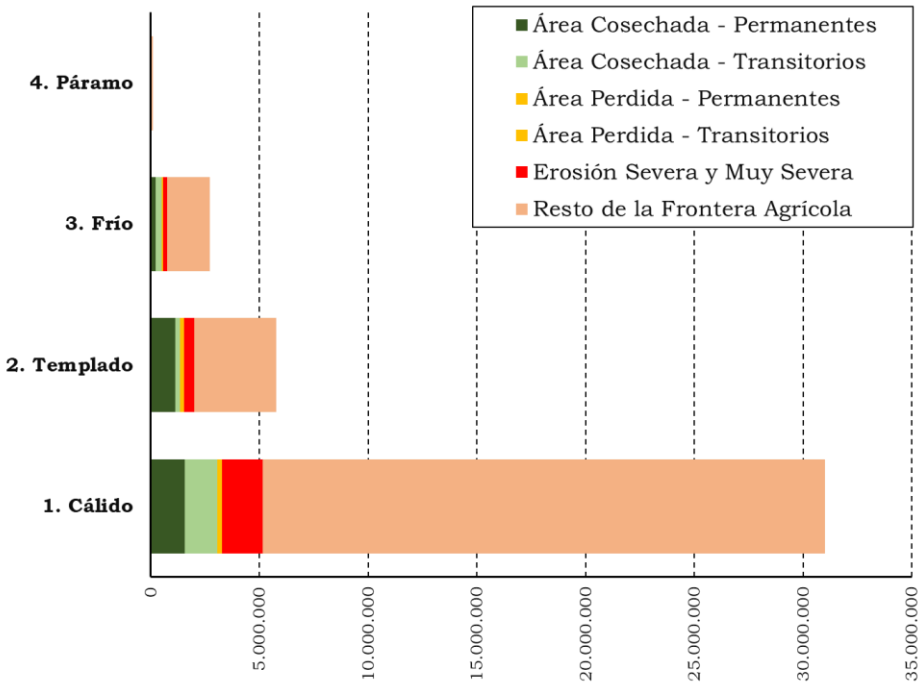
En el 2018 el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural expidió la Resolución 261 en cuyas consideraciones se encuentra una amplia recopilación de normas en las que se ampara la definición de la Frontera Agrícola Nacional como "el límite del suelo rural que separa las áreas donde se desarrollan las actividades agropecuarias, las áreas condicionadas y las áreas protegidas, las de especial importancia ecológica, y las demás áreas en las que las actividades agropecuarias están excluidas por mandato de la ley.".

De las 114 millones de hectáreas de territorio continental que posee Colombia, 47,9 millones son bosques naturales y áreas no agropecuarias, 26,4 millones están catalogadas como exclusiones legales y las restantes 39,6 millones integran la frontera agrícola nacional.

El 78,3% de la frontera agrícola nacional se ubica en el piso térmico cálido, el 14,6% en el templado, el 6,8% en el frío y apenas el 0,3% en el de páramo –ver Figura 13–. Por tanto, la textura, estructura y composición química de la tierra es radicalmente diferente y, además, su exposición a las anomalías del clima y a los vaivenes de la irrigación natural ocasionan diferencias sustanciales en su fertilidad y rendimiento.

Los alimentos de origen agrícola se obtienen de cultivos permanentes y transitorios cuya área cosechada, en conjunto, ocupa tan solo el 12,4%. Otro 1,2% del área sembrada no se cosecha por razones como las plagas y el uso inadecuado de pesticidas, la intermediación depredadora de ciertos agentes y la exposición a las anomalías del clima, entre otras. Hay un 6,4% de la frontera agrícola que está erosionada en grado severo o muy severo. El restante 80% es tierra vacante o destinada a la explotación pecuaria.

Figura 13. Distribución y cobertura (hectáreas) de la frontera agrícola por pisos térmicos en Colombia (2020)



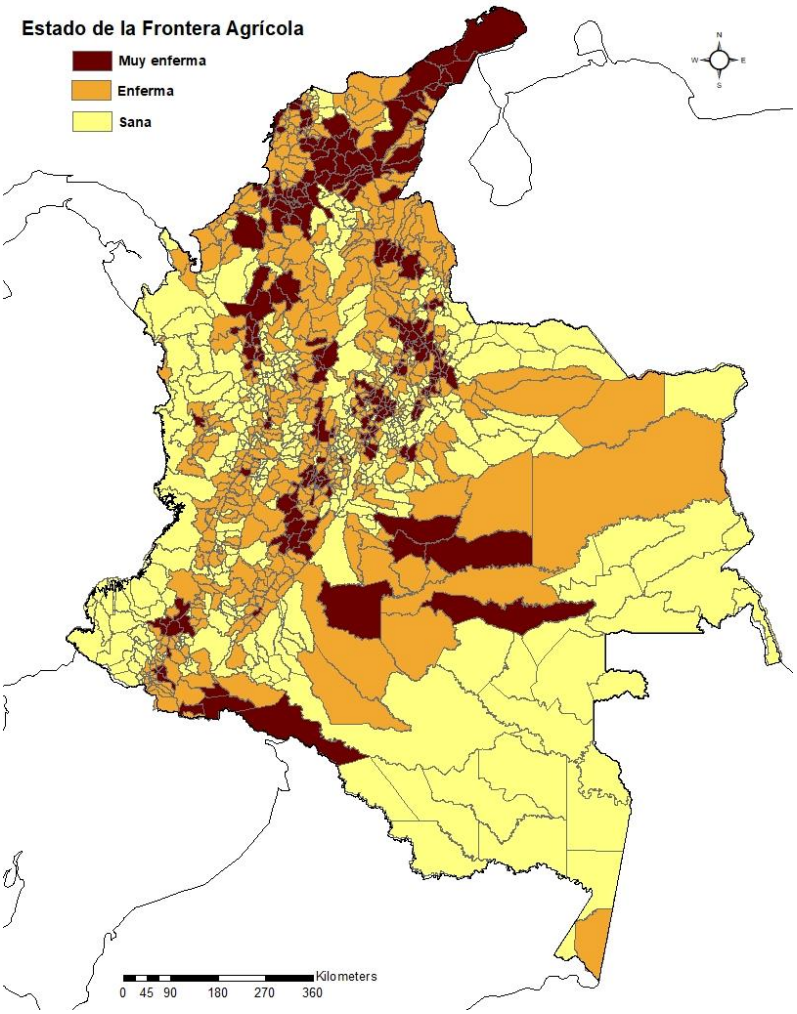
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de la UPRA/Minagricultura e IDEAM

En las 608.388 hectáreas que se sembraron y no se cosecharon se dejaron de producir 6.8 millones de toneladas de alimentos, el 8,3% de la producción efectiva: 4,4 millones de toneladas en frutales, 1,1 millones en raíces y tubérculos, 0,7 en cereales, 0,5 en hortalizas y 0,06 en leguminosas. Entre los factores climáticos la prolongación de los días sin lluvia es la principal causa, seguida del incremento inusual en las precipitaciones; entre los factores humanos la principal causa es la voracidad de los intermediarios, y entre los factores sanitarios la principal causa es la aparición de plagas como el fusarium en los platanales. Así como los seres humanos y otras especies vivas del planeta gozan de sistemas inmunológicos que los tornan resistentes a bacterias y a otras enfermedades tal como se evidenció en la reciente pandemia, la tierra saludable es inmune a la gran variedad de plagas que la acechan.

De los 1.122 municipios del país hay 230, el 20,5%, en los que el área de la frontera agrícola con erosión severa y muy severa supera el área cosechada con cultivos permanentes y

transitorios. Son los municipios con la tierra muy enferma que hace muy frágiles y nada soberanos a sus sistemas agroalimentarios y que, como se observa en la Gráfica 2, involucran en especial a los municipios caribeños, ya sean costeros o ya de la sabana interior. Otro tanto ocurre en el noroccidente de Antioquia en dirección de Córdoba, en el Macizo colombiano, en la cordillera oriental y en buena parte del Piedemonte llanero y en el Putumayo.

Figura 14. Estado de la frontera agrícola de Colombia (2020)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de la UPRA y Agronet de Minagricultura

En otros 438 municipios, el 39,0%, la frontera agrícola está enferma pues el área con erosión severa y muy severa se aproxima de manera paulatina pero persistente al área cosechada con agroalimentos. En los restantes 454 municipios, el 40,4%, la frontera agrícola se encuentra

relativamente sana pues no experimenta erosión severa o muy severa, pero ello no la exime de tener ya erosión en grado ligero y moderado.

En el articulado del Plan Nacional de Desarrollo Colombia potencia mundial de la vida, la erosión de la Frontera Agrícola Nacional no merece ninguna atención, pues tan solo hay una referencia marginal en el artículo 193 a la erosión costera.

4.1.3 Del derecho nominal a la realización del Derecho Humano a la Alimentación

Indicadores como estos seguramente conformarán la línea de base que le permita al gobierno realizar la rendición de cuentas, actividad que es inseparable de la realización del Derecho Humano a la Alimentación. La responsabilidad no debe recaer únicamente en el Gobierno, es antes que nada una tarea societal que también compromete a los poderes legislativo y judicial y, sin la menor duda, a la sociedad civil.

4.2 HOMICIDIO[3]

El homicidio no es atribuible totalmente al conflicto interno armado ni a los grupos que en este participan. Sin embargo, la violencia homicida que practican es un referente en la forma de resolver los conflictos inmanentes a las conductas de los seres humanos y, por tanto, no es aventurado afirmar que la violencia política encumbre otras formas de violencia homicida y, además, formularse la cuestión de si es factible o no remover los enraizados factores que originan la violencia homicida en Colombia a fin de alcanzar la paz estructural.

La Constitución Política de Colombia consagra en el artículo 22 que “la paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento”, y en el artículo 11 que “el derecho a la vida es inviolable”.

A pesar de los mandatos constitucionales, la violencia homicida es agenciada y ejecutada por individuos que sin que su vida corra peligro y con evidente superioridad material, acaban con la vida de su víctima.

[3] Una versión inicial de este acápite se publicó en Alfonso 2023a.

El dolo y la premeditación determinan esa superioridad material, es decir, las armas, el lugar y el momento en los que se ejecuta el crimen. Cuando este último ocurre debido a la imprudencia o negligencia de un agresor, el delito se encuadra en el homicidio culposo, y cuando se realiza por interpuesta persona como en la práctica del sicariato y se ejecuta con alevosía se eleva al grado de asesinato.

Las penas, que van de 208 a 450 meses de prisión, varían de acuerdo con esas categorías y con los agravantes, tal y como está establecido en los artículos 103 y 103A de la Ley 599 de 2000, el Código Penal, y las modificaciones que se han surtido desde entonces.

El potencial disuasor de las penas es correlativo a la eficacia de las políticas diseñadas para combatir las anomias sociales que se encuentran en la base de la violencia; es decir, que la inexistencia de esas políticas y la omisión y el desdén estatales, atentan contra la realización y el goce del derecho fundamental a la vida.

4.2.1 Medidas, fuentes y comparaciones

La tasa de homicidios por cada 100.000 habitantes es una medida que se emplea a diferentes escalas poblacionales, inclusive para jurisdicciones que tienen menos de ese umbral de población. Su propósito es el de facilitar las comparaciones mediante una ratio de dos magnitudes: el denominador que es el de las jurisdicciones en cuestión, proviene de los operativos censales y las proyecciones que realizan las autoridades estadísticas, y el numerador que es el número de homicidios cuyas fuentes estadísticas son diversas.

Para el Sistema de Información de Política Criminal del Ministerio de Justicia, la tasa de homicidios “es el indicador básico en materia de política criminal y mide la cantidad de personas por cada 100 mil habitantes que perdieron la vida a causa de un homicidio” y sus reportes toman como fuente la información de la Policía Nacional – DIJIN.

Para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses “la clasificación de los datos que publica el Instituto es de carácter forense”; es decir, que se basan en dictámenes periciales e investigaciones científicas realizadas por personal médico idóneo. No tipifica delitos, tarea que lo corresponde a los jueces, y “los datos se publican a manera de presunción, por cuanto únicamente mediante las investigaciones realizadas por las autoridades a cargo de

las diligencias de los casos se establece con certeza las circunstancias en las que ocurrieron los hechos".

El rector del Sistema Estadístico Nacional es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística donde se diseñó el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales desde finales del siglo pasado. De este último hace parte el Subsistema de Estadísticas Vitales en el que operan, además del DANE, el Ministerio de Salud y las direcciones territoriales, las Instituciones Prestadoras de Salud, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y las notarías y la Registraduría Nacional del Estado Civil. En el certificado de defunción se establece el homicidio como una de las causas probables de la muerte y, además, si esa causa se determinó por necropsia, historia clínica, pruebas de laboratorio o interrogatorio a familiares y testigos.

A escala mundial, InSight Crime que es un centro de pensamiento sobre el crimen que "fusiona el periodismo de investigación con el rigor académico", reportó para 2022 que la tasa de homicidio por 100.000 habitantes en Jamaica fue de 53, en Venezuela de 40, en Honduras 36, en Colombia y Ecuador de 26, y en Guatemala de 17, entre otros.

A escala subnacional, en 2021 afloró la violencia homicida en Morichal, un área no municipalizada del departamento del Guaviare en la región selvática, cuyos residentes no conocieron por muchos años ningún homicidio. En ese año según Medicina Legal hubo 13 homicidios, y según el DANE hubo 12. Puesto que Morichal cuenta con 968 habitantes, la tasa según Medicina Legal sería de 1.343 homicidios por cada 100.000 habitantes, y según el DANE de 1.240. Con estos ejemplos se puede entender el empleo de la tasa y, además, introducir los problemas originados en las discrepancias estadísticas entre las fuentes mencionadas.

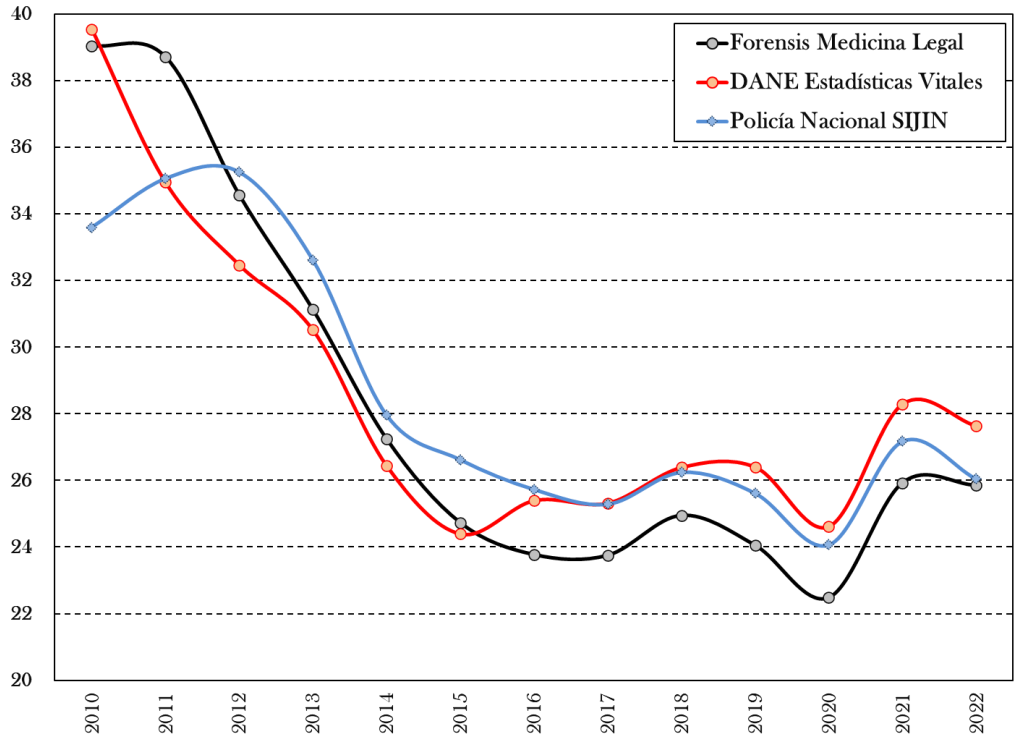
4.2.2 Discrepancias estadísticas

Como resultado de las metodologías adoptadas en cada entidad para responder por sus encargos misionales, han aflorado de tiempo atrás discrepancias en los registros sobre los homicidios cuyas implicaciones son variadas pues van desde la duda sobre ciertos informes que avalan la gestión de una u otra entidad en defensa de la vida, pasando por la transmutación de las responsabilidades institucionales en la materia en demandas de

colaboración ciudadana, hasta la confrontación política por la omisión en las garantías estatales durante ciertos períodos de gobierno.

En los primeros años del presente siglo la tasa de homicidios del país osciló en torno a 41 homicidios por 100.000 habitantes y, desde entonces, experimentó una reducción considerable tal como se verifica desde el 2010 por las tres fuentes en la Figura 15. A pesar de que en años como el 2017 los informes del DANE y de la Policía coinciden, o como en el 2022 en el que los que concuerdan son los de Medicina Legal y la Policía, la regla ha sido la discrepancia estadística.

Figura 15. Tasa de homicidio por 100.000 habitantes según tres fuentes, Colombia 2010-2022

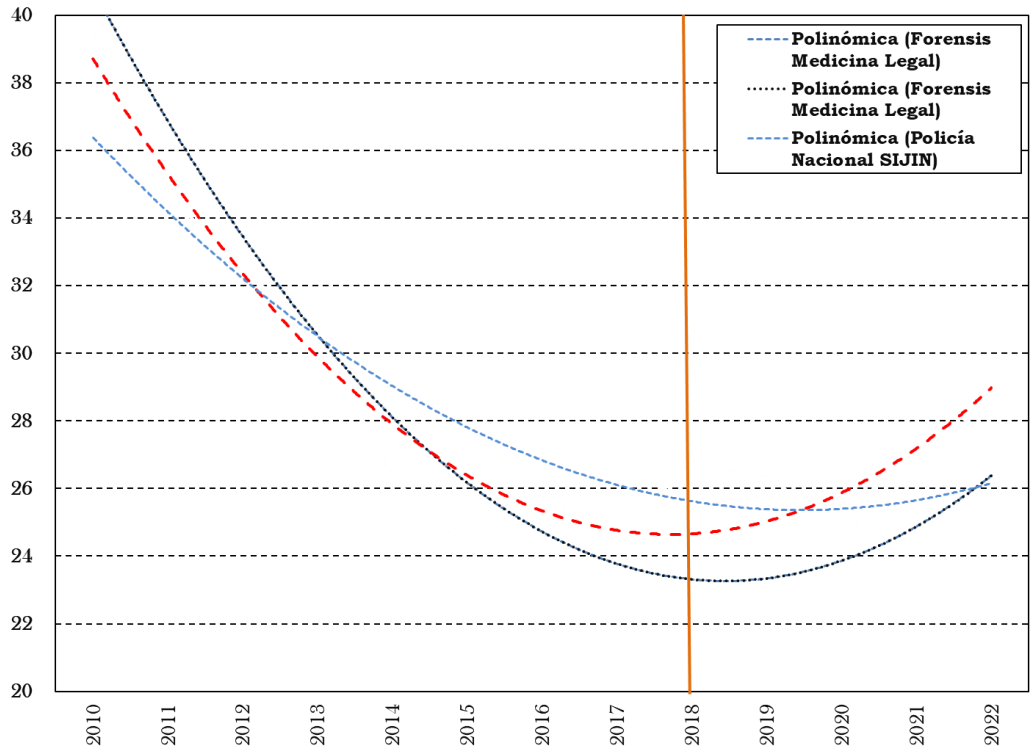


Fuente: elaborada con base en registros del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forensis, Policía Nacional SIJIN y DANE, Estadísticas Vitales.

Con la negociación del Gobierno con las FARC que concluyó con la firma del Acuerdo Final en el 2016, se esperaba que se apalancara esa tendencia decreciente de la tasa de homicidios, pero ello no ha ocurrido. En la Figura 16 se exponen las tendencias de la tasa según las tres

fuentes las que, en cualquier caso, traen la pésima noticia de que desde el 2018 se ha revertido la tendencia, esto es, que el país ha entrado en una nueva etapa de crecimiento de la violencia homicida. La función polinómica de grado dos es la que mejor expresa esas tendencias pues explica, en el peor de los casos, el 93% de los resultados temporales.

Figura 16. Tendencia de la tasa de homicidio por 100.000 habitantes según tres fuentes, Colombia 2010-2022



Fuente: elaborada con base en registros del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forensis, Policía Nacional SIJIN y DANE, Estadísticas Vitales.

Desde el 2018 hay 432 municipios en los que el número de homicidios registrados por el DANE Estadísticas Vitales supera en 8.309 casos a los de FORENSIS Medicina Legal, lista encabezada por Cali y las capitales departamentales incluida Bogotá. Hay 271 municipios en los que hay concordancia estadística, y en los restantes 319 la cifra de FORENSIS Medicina Legal supera a la del DANE Estadísticas Vitales en 2.641 casos; es decir que, con posterioridad al Acuerdo Final, la discrepancia total asciende a 10.950 homicidios.

4.2.3 La violencia homicida y la Paz

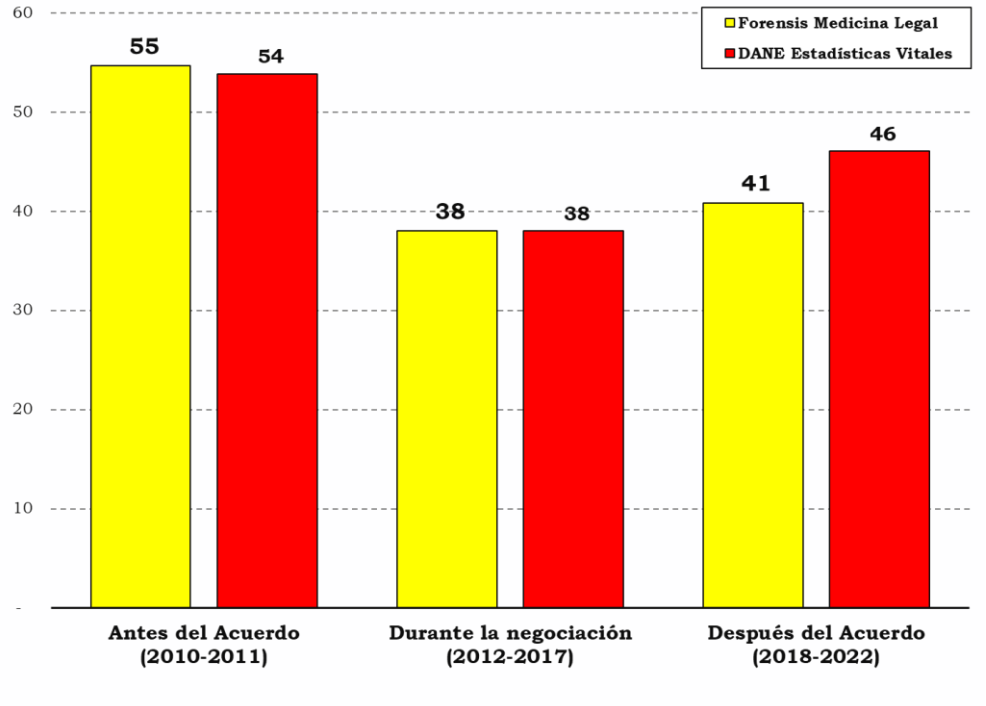
En desarrollo del Acuerdo Final, con el Decreto Ley 893 de mayo 28 de 2017 se crearon los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial –PDET– en los que se buscan transformaciones estructurales para "hacer del campo colombiano un escenario de reconciliación". Dentro de los criterios de "conexidad estricta" para la identificación de los municipios PDET se consideró la tasa de homicidio como una de las variables de victimización que explican "el grado de afectación derivado del conflicto".

En el artículo 3º se identifican los 16 PDET de los que hacen parte 170 municipios. Si se comparan los registros de las dos fuentes en las que hay más discrepancia estadística desde el 2018 se encuentra, primero, que en efecto durante la negociación y el año de creación de los PDET la tasa de homicidios experimentó una reducción notoria y, segundo, que con posterioridad al Acuerdo Final se ha revertido esa tendencia de manera igualmente notable.

Con posterioridad al Acuerdo Final, con los registros de Forensis - Medicina Legal la tasa de homicidios en los PDET se incrementó en 7,4%, a pesar de haber disminuido en cinco de ellos –ver Figura 17–. Entre los que se agudizó la violencia homicida se destaca el PDET Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, en donde municipios como Tarazá pasó de una tasa de homicidio durante la negociación de 110 a una de 256, deterioro brutal que también ocurre en Ituango y Valdivia, mientras que en otros como Zaragoza, El Bagre y Nechí la tasa se redujo de manera significativa.

Con los registros del DANE Estadísticas Vitales, la tasa de homicidios en los PDET se incrementó en 21,2%, habiendo disminuido sólo en tres de ellos. Además del Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, el PDET Catatumbo presenta el deterioro más preocupante, especialmente en Tibú donde la tasa se duplicó alcanzando 133 homicidios por 100.000 habitantes

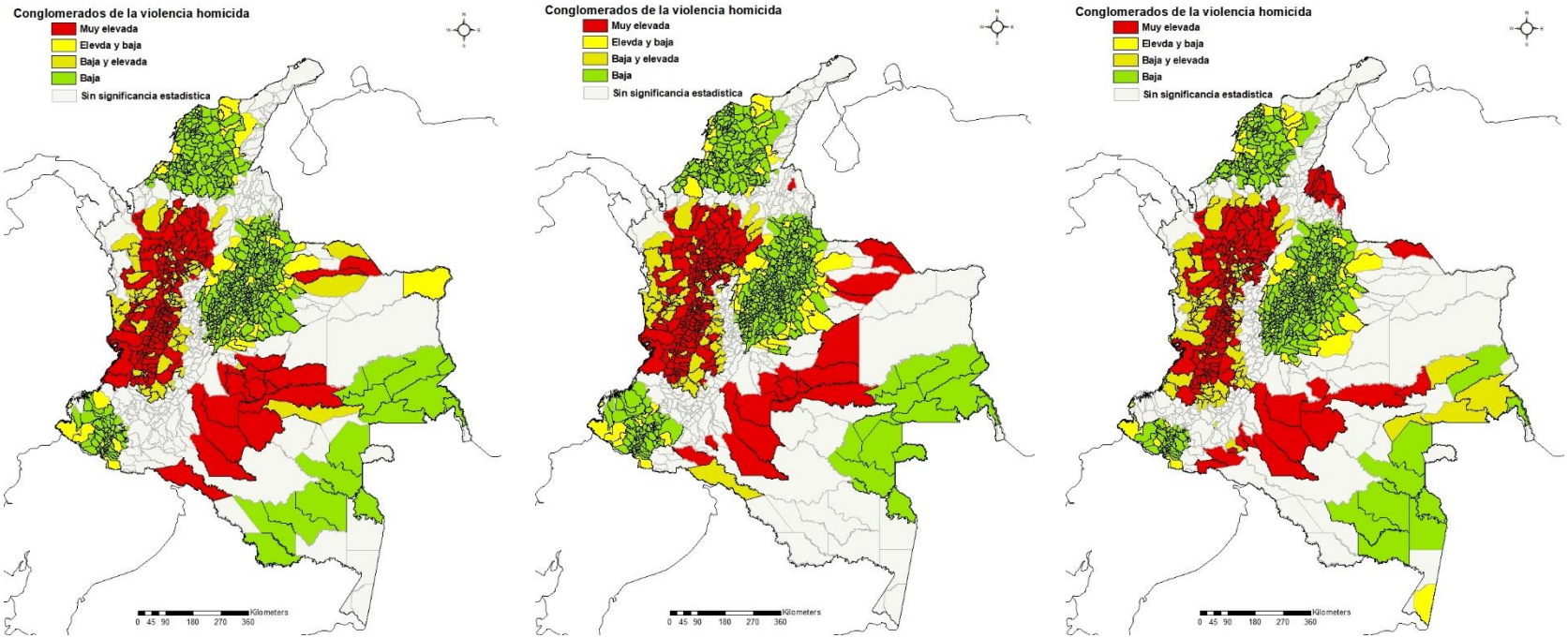
Figura 17. La tasa de homicidio por 100.000 habitantes en los municipios de las subregiones PDET según dos fuentes, Colombia 2010-2022



Fuente: elaborada con base en registros del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forensis, Policía Nacional SIJIN y DANE, Estadísticas Vitales.

En la geografía del homicidio que se presenta en el set de la Figura 18, es palpable el hecho de que los conglomerados con elevadas tasas de homicidio son un continuo histórico en el occidente del país desde Antioquia hasta el Macizo colombiano, y en los municipios del piedemonte caqueteño y otros vecinos putumayenses de la región selvática, pero luego del recrudecimiento ocurrido con el Acuerdo Final hecho trizas, la violencia homicida se encarnizó en el Catatumbo.

Figura 18. Conglomerados de municipios según la tasa de homicidio antes, durante y después del Acuerdo Final



18-A: Antes del Acuerdo 18-B: Durante el Acuerdo 18-C: Después del Acuerdo

Fuente: elaboradas con base en registros del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forensis, Policía Nacional SIJIN y DANE, Estadísticas Vitales.

El delito que se ha eternizado en Colombia como forma de vida es uno de los principales estímulos para que se recrudezca la violencia homicida. Hay cientos de homicidios por causas pasionales, quizá miles, las masacres agenciadas por dudosos clanes y la sevicia desatada contra los líderes sociales, el feminicidio y la intolerancia a la libre elección de la sexualidad, la persecución a los firmantes del Acuerdo Final y el resurgimiento de las venganzas entre esmeralderos son algunos de los móviles que se han desatado al calor de la ilegalidad y bajo el encubrimiento de la violencia política. En tal contexto, la utopía posible de vivir tranquilo y morir de viejo luce cada vez más inalcanzable y, por tanto, Colombia necesita más políticas para alcanzar la Paz, pero no más de las mismas.

4.3 SUICIDIO[4]

Por más que se sienta vergüenza de que miles de personas padezcan problemas severos de salud mental, esa no es razón valedera que justifique la censura a su discusión pública. El peregrino argumento de que al discutir públicamente el suicidio se le hace apología, priva a quienes padecen de angustia y desolación, así como a sus parientes y amigos cercanos, de conocer aspectos de la educación sobre salud mental que, por básicos que sean, son de gran utilidad para evitar esta tragedia.

Desde su publicación en el 2014 Prevención del suicidio, un imperativo global, documento de libre acceso de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, ha tenido 4.941 visualizaciones en su versión en español y 43.011 descargas en los últimos seis meses en su versión en inglés. Por su parte, la comunidad Corecore de una reputada red social acumula alrededor de 2.000 millones de visualizaciones. Según Daniel Soufi del diario El País “es la comunidad de los que se sienten solos en un mundo cada vez más conectado” pues son personas que padecen de soledad no deseada, angustia existencial e incapacidad para entablar interacciones humanas estables.

Por cada visualización de los lineamientos de prevención ocurren al menos 40.000 de la comunidad de suicidas potenciales.

[4] Una versión inicial de este acápite se publicó en Alfonso 2023b y 2023c.

La Organización Mundial de la Salud estimó que en 2019 hubo alrededor de 703.000 suicidios en el mundo; es decir, una tasa de prevalencia global de 9 por cada 100.000 habitantes del planeta, que es superior en los países de ingresos elevados. En su informe subraya que con excepción del continente americano, en el resto del mundo las tasas de suicidio se ralentizaron durante los últimos 20 años y concluye con que afecta a personas de todas las edades, sexos y regiones y, por tanto, requiere acciones urgentes para prevenirlo. Adicionalmente, expresa su pesimismo en torno al cumplimiento de la meta de reducir a una tercera parte el número de suicidios en el 2030.

Japón, al lado de Rusia, se ha mantenido en el tope del escalafón mundial de suicidios. En 2003 alcanzó el máximo con 34.427 casos y una tasa de 27 suicidios por cada 100.000 habitantes, año en el que en Colombia se reportaron 2.287 casos y una tasa de 5 suicidios por cada 100.000 habitantes. En 2021 hubo en Japón 20.999 casos, un 39% menos que en el 2003, mientras que en Colombia se registraron 3.049, un 33% adicional. La tasa en Japón cayó a 17 por 100.000 habitantes y en Colombia ascendió a 6 por 100.000 habitantes.

Estos resultados no producen optimismo en la sociedad japonesa pues, entre otras cosas, la ralentización de ese descenso de suicidios se debe en especial al aumento de casos entre estudiantes de educación básica, fenómeno agudizado por el acoso escolar aunque continúa siendo evidentemente multicausal, prevaleciendo el control social y otras causales como la presión en torno al rendimiento y los resultados académicos, y los conflictos familiares.

Siguiendo a Durkheim (1897), el suicidio fatalista es como el que ocurre en Japón debido al férreo control social prevaleciente, mientras que la fragilidad institucional, la fragmentación social y el deterioro de la convivencia hacen del suicidio anómico el más característico de Colombia.

4.3.1 Política de salud mental

Ningún país cuenta con registros exhaustivos, suficientes y oportunos que den cuenta de las causas que motivaron el suicidio. A pesar de ello, hay algunos además de Japón en los que hay notables progresos como por ejemplo en Dinamarca a la que le ha tomado 40 años reducir la tasa a una tercera parte hasta situarla en 11 casos por 100.000 habitantes en 2019, o Hungría que la redujo a la mitad en lo corrido del presente siglo ya que en 2019 alcanzó 17 suicidios por cada 100.000 habitantes.

Uno de los mensajes más frecuentes es que los suicidas no saben con quién hablar sobre sus aflicciones y por ello es por lo que las líneas telefónicas de apoyo han jugado un papel crucial en la contención del fenómeno. La discusión pública sobre la salud mental y, en particular sobre el suicidio, ha sido abordada por la Red Argentina de Periodismo y la UNICEF en el marco de "la promoción y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes" argentinos y, para ello, diseñó guías para que además de informar con responsabilidad contribuyan a facilitar soluciones a estos problemas sociales.

Los estudios sobre la frecuencia de los medios empleados han sido un excelente complemento en la prevención que desde tiempo atrás puso su énfasis en los trastornos mentales y los excesos en el consumo de alcohol y otros enervantes. El incremento en la oferta en la consulta psiquiátrica en dirección de la universalidad del servicio y el control del contenido de medicamentos y de la disponibilidad de armas de fuego, así como la prohibición y el control riguroso del expendio de pesticidas, han sido muy eficaces.

La Ley 1.616 de 2013 sobre el Derecho a la Salud Mental persigue su pleno ejercicio. En esta norma se prioriza a la niñez y a los adolescentes, a pesar de que los adultos y los adultos mayores aportan el 55% de los casos. En esta norma se enuncian 16 derechos de las personas en el ámbito de la salud mental y 13 modalidades de atención integral e integrada en salud mental. Una ley como esta no contribuye en nada a reducir significativamente los suicidios sobre su contenido si no se hace difusión y se realiza mucha más pedagogía.

Con la Resolución 4.886 de 2018 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social se adoptó la Política Nacional de Salud Mental en la que dentro de su amplio contenido, se formula un conjunto de metas al Plan Decenal de Salud Pública en materia de promoción de la salud mental y la convivencia, tales como la de aumentar al 2021 "en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población" asociándola con "reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes". La tasa fue de 26 por 100.000 habitantes según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En 2020 el Consejo Nacional de Política Económica y Social expidió la Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. Su contenido se encuentra en el documento CONPES 3992 cuyo diagnóstico en materia de coordinación intersectorial, las capacidades de las personas para afrontar situaciones adversas y las limitaciones del sistema para ofrecer

atención integral a las personas que padecen trastornos mentales. La nueva política enfatiza en la promoción de la salud mental "con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencia".

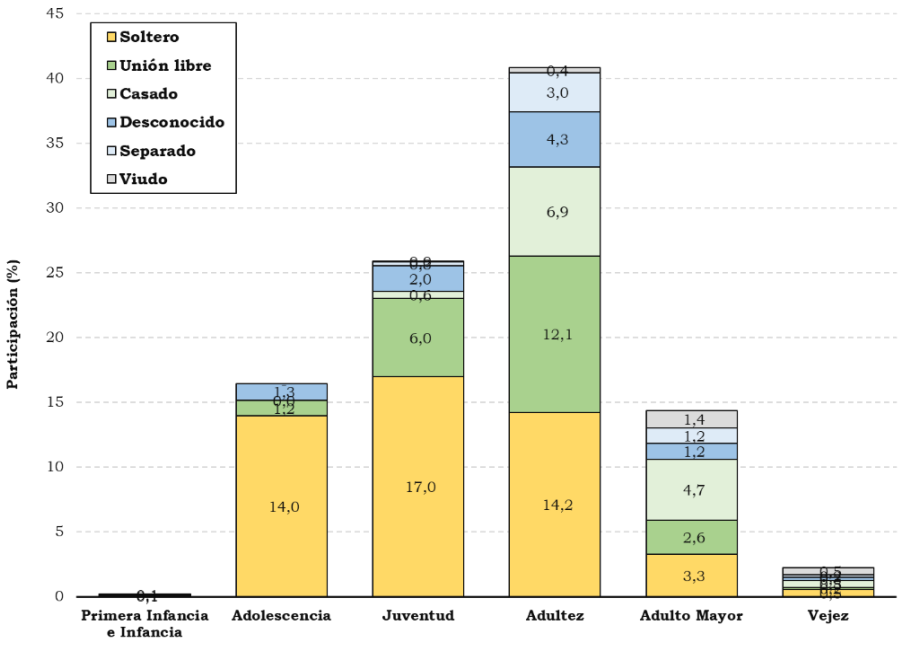
4.3.2 Comprehender para prevenir

Los resultados de la Encuesta de Salud Mental realizada en 2015 sirvieron para afinar el diagnóstico del documento CONPES. Algo paradójico es que precisamente en la coyuntura 2015-2016 Colombia entró a un escenario más acuciante pues, según el Sistema Integrado de la Protección Social –SISPRO–, de 1.991 intentos de suicidio pasamos a 17.612, cifra que escaló a 29.120 casos en el 2019. En el 2021 fueron 1.863.551 personas las que requirieron los servicios de salud mental y solamente 687.636, el 36,9%, fueron atendidas al menos una vez, siendo los adolescentes a los que se les brindó la mayor atención.

Las Estadísticas Vitales del DANE indican que en el 2022 hubo 3.018 suicidios, con una tendencia moderada de crecimiento en relación con lo ocurrido durante el período 2019-2021 cuando se presentaron 8.727 casos. Por cada mujer que se suicida cuatro hombres lo hacen, mientras que esa relación hace 20 años era de tres a una. Este cambio puede obedecer a que el fenómeno de la indisponibilidad sentimental que constriñe la posibilidad de que las personas establezcan interacciones emocionales estables sea más agudo en las sociedades patriarcales.

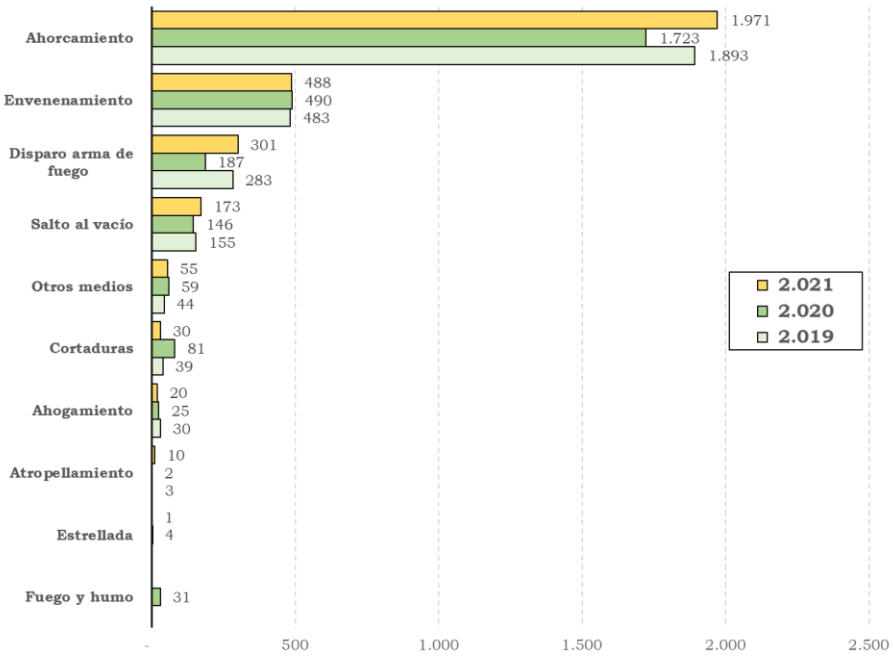
En la Figura 19 se aprecia que la soltería es el estado civil dominante con el 49,1% de los casos, seguida de lejos por la unión libre con el 22,1%; además, que son los adultos los que tienen la mayor participación con el 40,9% de los casos, cifra superior a la de los jóvenes –25,9%– y adolescentes –16,5%–, estructura que sugiere el reforzamiento de la atención a los adultos sin desmedro de los énfasis señalados por la Ley 1.616. Es mucho lo que hay por avanzar en materia de la prevención mediante el alejamiento de los medios al alcance de los suicidas: dos terceras partes recurren al ahorcamiento, mientras que el 16,7% recurre al envenenamiento y el 8,8% al disparo con arma de fuego –ver Figura 20–.

Figura 19. Ciclo vital y estado civil de los suicidios en Colombia (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE

Figura 20. Mecanismos empleados en los suicidios en Colombia (2019-2021)

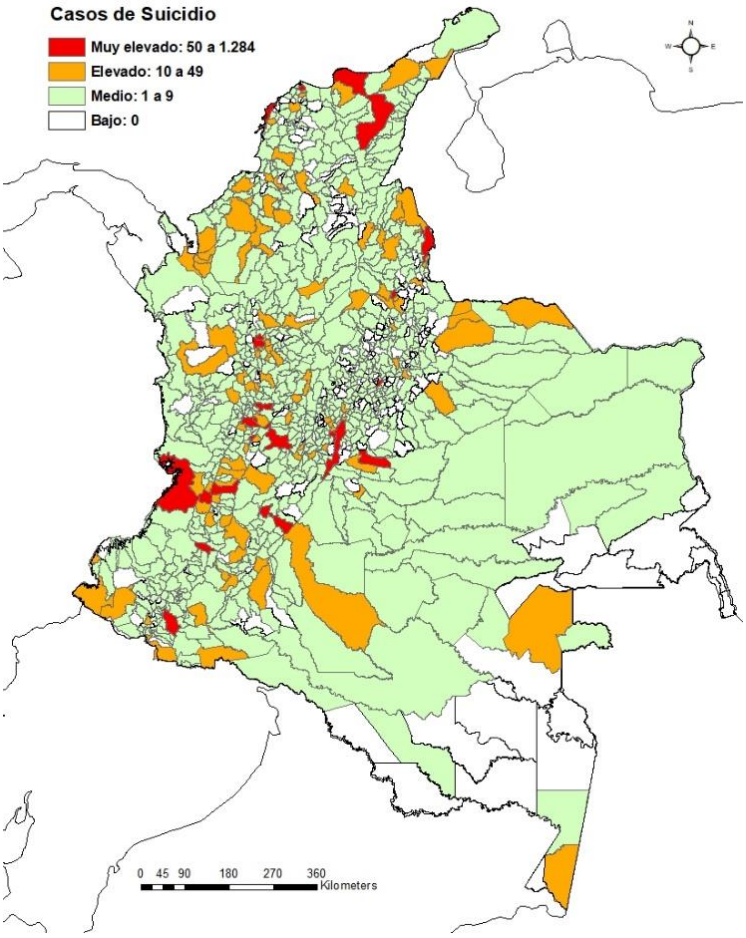


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE

Las estrategias por seguir en esta dimensión están mediadas por el lugar en el que ocurren pues el 76,1% ocurre en cabeceras municipales, especialmente en las de municipios

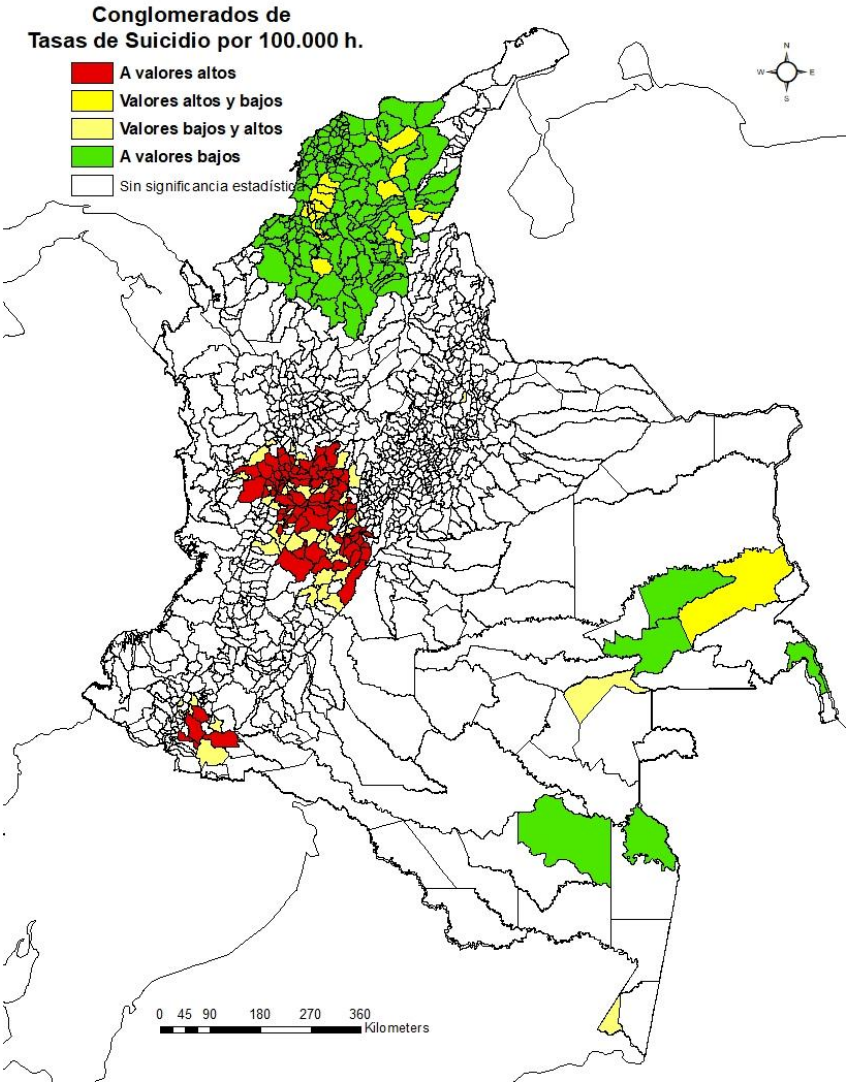
involucrados en procesos de metropolización, y el restante 23,9% en zonas rurales, especialmente entre la población rural dispersa. En la Figura 21 se aprecia que en 220 municipios no se reportan suicidios, pero en 23 hay al menos 50 casos anualmente, principalmente en capitales departamentales, algunas de ellas núcleos metropolitanos. En la Figura 22 se exponen los conglomerados de municipios que muestran que en los municipios caribeños hay contigüidad a valores bajos, al contrario de lo que ocurre en la zona cordillerana que comprende los valles interandinos entre las cordilleras oriental y central y en dirección del suroccidente de Antioquia, así como en el sur en torno a la capital nariñense, en donde la tendencia es la de la aglomeración a valores elevados de suicidios.

Figura 21. Municipios de ocurrencia de los suicidios en Colombia (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE

Figura 22. Conglomerados de municipios de ocurrencia de los suicidios en Colombia (2019-2021)

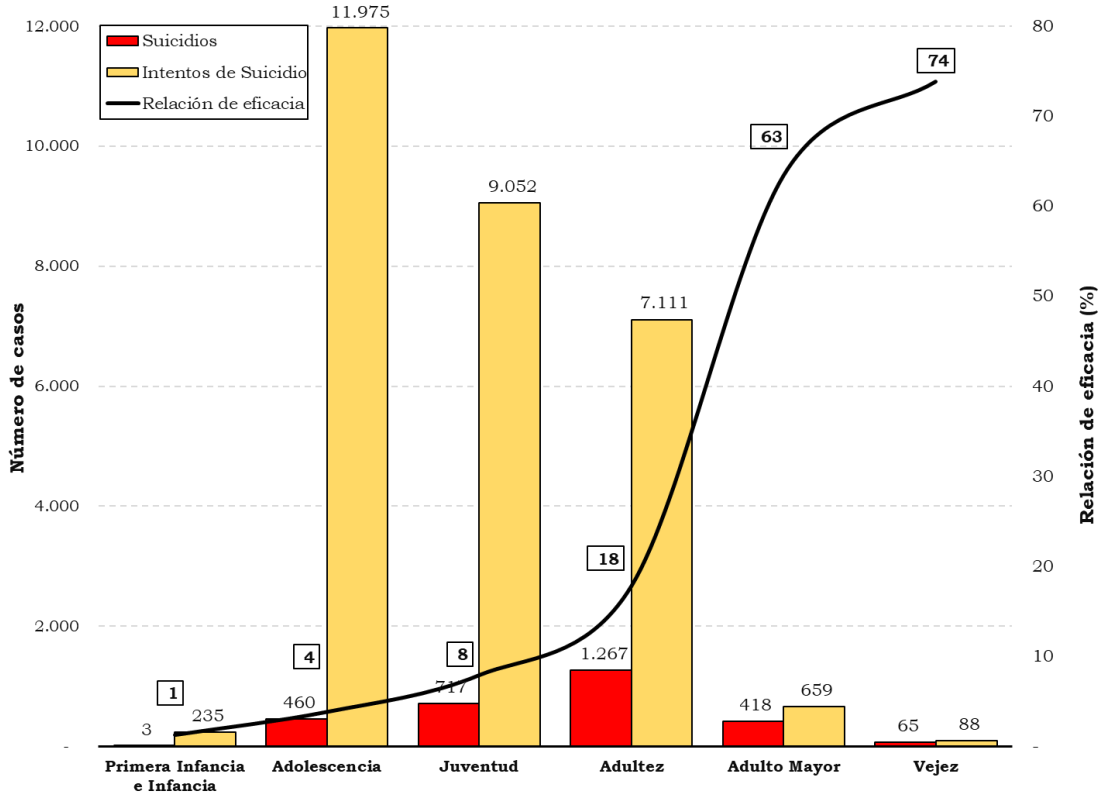


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE

Un contraste de las fuentes estadísticas disponibles como el de la Figura 23 permite establecer que existen dos tipos de relación inversa entre los intentos de suicidio y los suicidios de acuerdo con el ciclo vital de las personas. La primera es que a partir del ciclo de la formación del carácter, la adolescencia, que es entre quienes se presenta el mayor número de intentos de suicidio, estos decrecen sistemáticamente a medida que se avanza en el ciclo vital. La segunda es la relación de eficacia que se obtiene de comparar el número de intentos con los casos de suicidio, la que es muy baja entre los adolescentes y crece sustancialmente

a medida que se avanza en el ciclo vital. Las secuelas para la salud mental y la salud física de los suicidas fallidos son muy penosas y los alientan a reintentarlo.

Figura 23. Doble relación inversa de los suicidios en Colombia 2019



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE y SISPRO

Las flaquezas del sistema de salud para la prevención del suicidio son tanto cuantitativas como cualitativas. Las primeras guardan relación con la cantidad de facultativos a disposición de quienes afrontan problemas de salud que tienen varios determinantes y sobre las que, además, pesan los cuestionamientos morales provenientes de cierta corriente de pensamiento que juzga el psicoanálisis como una actividad económicamente improductiva. Las segundas son, en buena medida, consecuencia de las primeras y consisten en la escasa idoneidad del personal dedicado a la atención que, entre otras cosas, considera al suicida potencial como una persona discapacitada que quiere acabar con su vida sin reparar en que lo que quiere subsanar son los problemas derivados de su creciente caudal emocional que individualmente no logra manejar.

4.3.3 Caracterización a partir de variables cualitativas

El acoso escolar, las frustraciones emocionales y financieras así como el entorno social dañino asociado a un hogar disfuncional son algunos de los determinantes más comunes del intento de suicidio y del suicidio. Otros aspectos cualitativos son subestimados en los análisis consultados, tales como el género, el ciclo vital, el estado civil, el grado educativo alcanzado, la modalidad de afiliación a la seguridad social, el método empleado, la zona y el área en donde usualmente reside.

En este acápite se propone estimar el peso de estos ocho determinantes con el fin de establecer grupos diferenciados de suicidas y, para ello, se emplea el Análisis de Correspondencias Múltiples que permite establecer medidas discriminantes para un modelo bidimensional del que resultan cuatro grupos de suicidas. El resumen del modelo de la Tabla 3 muestra que la primera dimensión tiene un peso levemente superior a la segunda y que las dos dimensiones explican el 43,3% de la varianza. Por su parte, el Alfa de Cronbach alcanza un valor intermedio que sugiere que las variables consideradas guardan independencia entre sí.

Tabla 3. Resumen del modelo: Alfa de Cronbach

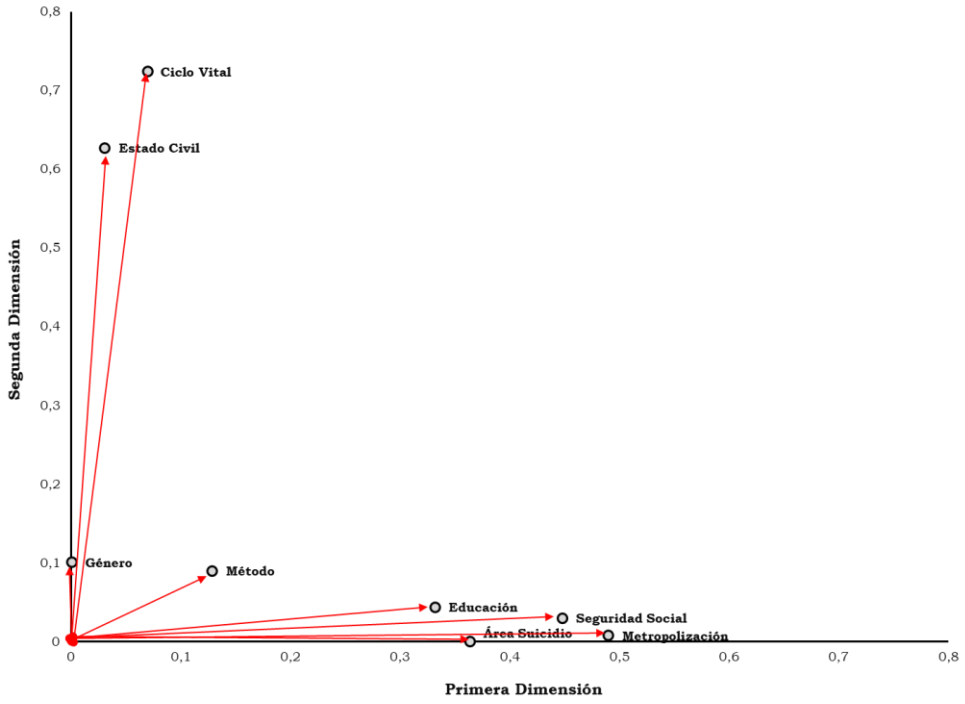
Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para		
		Total (autovalor)	Inercia	% de varianza
Primera	0,531	1,866	0,233	23,330
Segunda	0,439	1,623	0,203	20,286
Total		3,489	0,436	
Media	0,488	1,745	0,218	21,808

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE y SISPRO

La primera dimensión muestra que la variable que más discrimina es la metropolización como escenario privilegiado del suicidio, lo que denota que es en las grandes aglomeraciones urbanas en donde emergen las principales causales de los desajustes emocionales de las

personas, y a ella se aúnan el nivel educativo alcanzado y la cobertura de la seguridad social en salud –ver Figura 24–. En la segunda dimensión las mayores ponderaciones son las variables sociodemográficas del ciclo vital y el estado civil, mientras que el género de la persona y el método empleado son las variables que menos discriminan.

Figura 24. Medidas de discriminación



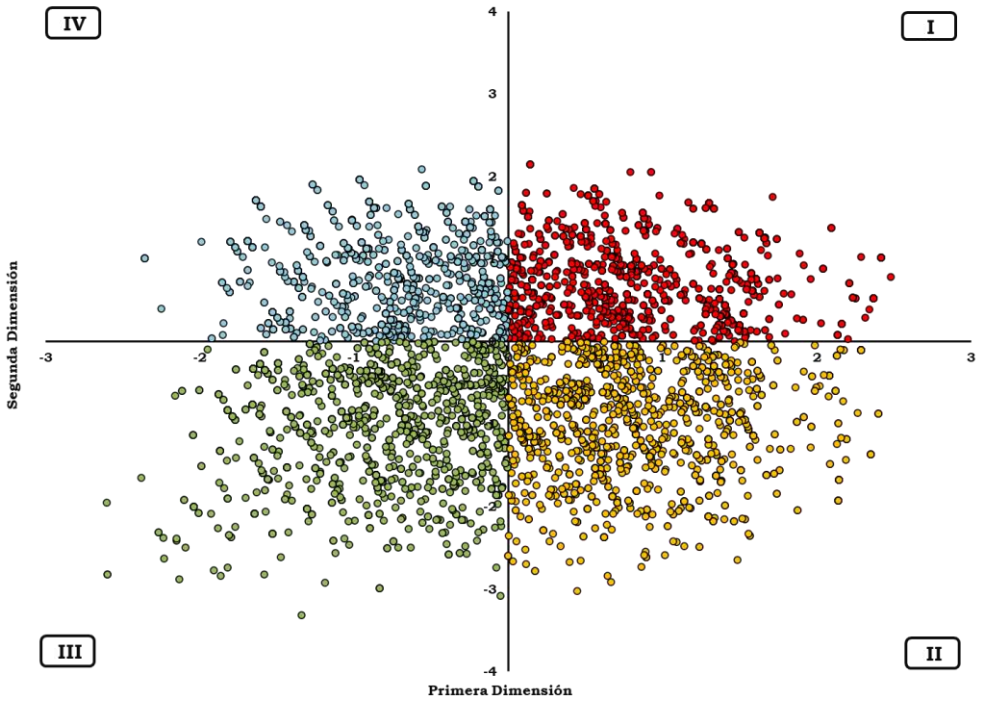
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE y SISPRO

En todos los grupos predominan los residentes en las cabeceras municipales, de género masculino y que optaron por el ahorcamiento. La participación y la trascendencia de las demás variables arrojaron los resultados de los cuatro grupos de la Figura 25 cuyas características definitorias son:

- Grupo I: 26,5% de los casos. Predominan los jóvenes solteros con educación media, afiliados al régimen contributivo que residen en zonas metropolitanas;
- Grupo II: 26,6% de los casos. Predominan los adolescentes solteros con educación básica y afiliados al régimen subsidiado;

- Grupo III: 24,8% de los casos. Predominan los adultos en unión libre con educación básica y afiliados al régimen subsidiado; y,
- Grupo IV: 22,1% de los casos. Predominan los adultos casados con educación media y afiliados al régimen contributivo que residen en zonas metropolitanas.

Figura 25. Casos de suicidio etiquetados por grupo



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de Estadísticas Vitales del DANE y SISPRO

Mecanismos como las líneas de apoyo han sido y seguirán siendo muy útiles para la prevención del homicidio entre las personas que no saben con quién hablar, al igual que la atención de urgencias en centros hospitalarios que mejoraría sustancialmente si esta tarea la asume personal idóneo suficiente que debe estar disponible 24/7 debido a que también se ha encontrado que no hay tendencia mensual ni tampoco horaria en los casos de suicidio.

Además de las líneas de apoyo y de la oferta clínica y hospitalaria, los avances en la prevención del suicidio reposan en buena medida en la reacción oportuna de familiares y amigos e incluso de colegas de trabajo o de compañeros de estudio, quienes son los llamados a acercarse a la persona y a tomar medidas tales como el alejamiento de los medios a su

alcance para ejecutar el suicidio. Pero el componente pedagógico dirigido a ellos está ausente en las políticas, aspecto crucial que ojalá la reforma a la salud en curso logre subsanar.

5. Reflexiones finales

Hay causas idiosincráticas de la mortalidad en cada estadio del ciclo vital y su identificación es ineludible en la configuración de cualquier relato sobre la transición demográfica. En tal dirección, las aproximaciones sociológicas a la comprensión del ciclo vital tienen mayor potencial explicativo que los cálculos estadísticos presentados tradicionalmente por grupos quinquenales. En el agregado de causas es fácilmente constatable la trascendencia de las neoplasias y las enfermedades respiratorias con las denominadas causas externas entre las que sobresale el homicidio, pero en este tipo de aproximaciones se le otorga escasa y hasta nula importancia a los males congénitos que cobran la vida a miles de infantes, la leucemia linfoide entre los adolescentes, el suicidio entre los jóvenes o el VIH entre los adultos.

El análisis de las causas por ciclo vital con el método de los AVPP que se basa en el indicador de la expectativa de vida al nacer EV es de suma utilidad para el diseño de las políticas y programas de prevención en salud. La alternativa del recalculo que consiste en que para quienes alcanzaron los años de vida predichos por la EV hay que realizar otra medición semejante con el propósito de estimar los años de vida excedente que les restan, es muy útil para la estadística actuarial en la que se basan los sistemas pensionales. Sin embargo, su utilidad es limitada tanto para realizar una aproximación confiable a los rasgos definitorios de una nueva transición demográfica como para soportar decisiones encaminadas a robustecer el ideal tipo de la vida cual es el envejecimiento saludable.

El cálculo de AVPP con los límites móviles consistentes en atribuir a cada persona la expectativa predicha por EV conduce inevitablemente a dos medidas yuxtapuestas: la defunción justo a la edad prevista por EV y la superación de tal expectativa que se capta en AVPG. El primer indicador se asocia en esta investigación a la mortalidad precoz y el último a la longevidad.

En las visiones convencionales de la transición demográfica hay escasa renovación conceptual y analítica. De las causas externas, por ejemplo, bien podría separarse el homicidio como una causa originada en la no garantía del derecho humano a la vida por

parte del Estado, del resto en el que se incluye al suicidio y los accidentes de tránsito. En dirección semejante, el DD HH a la Alimentación consagrado universalmente desde 1948, ratificado en la Constitución Política de 1991 y empleado como uno de los soportes del plan nacional de desarrollo Colombia, potencia mundial de la vida, es el fundamento de la noción del nutricidio que es una categoría híbrida que tiene tanto de omisión estatal como de lesión autoinflingida y quizás también tenga vínculos genéticos activados por una mala calidad de vida. Es perentorio un Acuerdo Nacional contra el Hambre para acordar compromisos y metas en materia de restauración, recuperación y prevención de la erosión de la frontera agrícola nacional, dando prioridad a los saberes locales en materia de producción de abonos orgánicos más eficaces y menos costosos que los importados.

Entre las tres fuentes que elaboran estadísticas periódicas sobre el homicidio es evidente la escasa compatibilidad de sus métodos y, por tanto, es esperable una elevada discrepancia estadística, fenómeno particularmente penoso para un país que clama por la verdad para las víctimas del conflicto. Más preocupante aun es que, con independencia de la fuente que se emplee, es evidente que la tasa de homicidios por 100.000 habitantes dejó de decrecer y, peor todavía, que se haya incrementado con posterioridad al Acuerdo Final con especial intensidad entre los adultos.

Mucho se ha recalcado sobre la incidencia del suicidio entre los jóvenes y adolescentes, a pesar de que es entre los adultos entre los que se presenta con más frecuencia. El problema que sin tapujos hay que advertir, es que entre ellos la eficacia del intento de suicidio es la más baja y, por tanto, a los sobrevivientes los asedian los problemas de salud mental agravados y, en no pocos casos, secuelas físicas que retroalimentarán un caudal emocional inmanejable. Las precariedades cuantitativas y cualitativas de la oferta en salud para prevenir el suicidio se tornan día a día más preocupantes.

La agrupación de 60 causas bajo la noción del nutricidio permitió establecer que el riesgo de fallecer por desequilibrios metabólicos, malnutrición y anemias, entre otras, es superior al riesgo de morir por causa de la violencia homicida y el suicidio conjuntamente. La diabetes mellitus es la causa más prevalente, con el agravante de que quienes la padecen están permanentemente expuestos a las veleidades del lucro de un duopolio que reitera periódicamente sus artimañas para garantizar las rentas derivadas de sus patentes de invención.

Apenas el 1% de los difuntos alcanzaron los 100 o más años. Llegar a esa edad en plenitud de sus capacidades físicas y mentales hasta que un día la senescencia celular ocasione el infarto agudo al miocardio, es el ideal tipo de la longevidad saludable que debería alcanzar todo colombiano. Pero ni los fondos pensionales alcanzan, ni la industria farmacéutica está dispuesta a ver decaer su clientela. Por tanto, nos espera una larga vida asediados por la muerte.

6. BIBLIOGRAFÍA

Acosta, K. y J. Romero. (2017). Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia. Documentos de trabajo sobre Economía Regional. Cartagena, Banco de la República. Disponible en https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/9354/4.%20Cambios%20recientes%20en%20las%20principales%20causas%20de%20mortalidad%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alfonso R., Ó. (2023a). Estadísticas fatales: la violencia homicida en Colombia. Revista electrónica Razón Pública, 15 de mayo. Disponible en https://razonpublica.com/estadisticas-fatales-la-violencia-homicida-colombia/#:~:text=En%202021%20hubo%2013%20homicidios,seg%C3%BAn%20el%20DANE%20de%201.240.

Alfonso R., Ó. (2023b). Suicidios destapan el mal estado de la salud mental. Diario El Tiempo, 22 de abril. Disponible en https://www.eltiempo.com/salud/suicidios-destapan-el-mal-estado-de-la-salud-mental-en-colombia-761571

Alfonso R., Ó. (2023c). Salud mental sin tapujos. Revista electrónica Razón Pública, 10 de marzo. Disponible en https://razonpublica.com/salud-mental-sin-tapujos/

Alfonso R., Ó. (2023d). Los grandes desafíos de la frontera agrícola nacional. Diario El Tiempo, 26 de febrero. Disponible en https://www.eltiempo.com/colombia/frontera-agricola-en-colombia-grandes-desafios-745015

Alfonso R., Ó. (2023e). La frontera agrícola nacional está enferma. Revista electrónica Razón Pública, 20 de febrero. Disponible en https://razonpublica.com/la-frontera-agricola-nacional-esta-enferma/

Alfonso R., Ó. (2023f). Las enfermedades nutricionales siguen cobrando vidas en Colombia. Revista electrónica Razón Pública, 13 de febrero. Disponible en https://razonpublica.com/las-enfermedades-nutricionales-siguen-cobrando-vidas-colombia/#:~:text=Como%20se%20observa%20en%20la,viejos%20murieran%20en%20malas%20condiciones.

Arriaga, E. (1996). Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. CEPAL, Notas de Población, Vol. 24 n.º 63. Disponible en https://repositorio.cepal.org/items/cc65cd3b-931f-4281-8840-4cb35e7c0ec6

Bocco, M. (1996). La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. CEPAL, Notas de Población, Vol. 24 n.º 63. Disponible en https://repositorio.cepal.org/items/6b396c0b-5fa3-49ce-9bd3-823ddb2aabd8

Ayuso, M. y R. Holzman. (2014). Longevidad: Un breve análisis global y actuarial. Instituto BBVA de Pensiones, disponible en http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/longevidad-analisis-01-2015.pdf

Blocher, J.; M. Brami, I. S. Feinauer, E. Stolarczyk, Y. Diekmann, L. Vetterdietz, M. Karapetian, L. Winkelbach, V. Kokot, L. Vallini, A. Stobbe, W. Haak, Ch. Papageorgopoulou, R. Krause, S. Sharapova & J. Burger. (2023). Descent, marriage, and residence practices of a 3,800-year-old pastoral community in Central Eurasia. PNAS, vol. 120. Disponible en https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.2303574120

Butler, R. N. (1988). Why survive? Being old in America. This Week´s Citation Classic. Disponible en http://garfield.library.upenn.edu/classics1988/A1988Q800000001.pdf

Cavazos, N.; A. Del Río; Izazola, M. y J. Valdespino. (1989). Años de vida potencial perdidos: su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud Pública en México, vol. 31, n.º 5. Disponible en https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/46/46

Congreso de Colombia. (2013). Ley n.º 1.616 “por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Bogotá, DNP.

Cuadrado, P.; J. M. Montero, A. Fernández y F. Rodríguez. (2023). El impacto del envejecimiento poblacional sobre la evolución de la tasa de actividad en España. Banco de España – Eurosistema. Boletín Económico 2023/13, artículo 12. Disponible en https://www.bde.es/f/webbe/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/23/T3/Fich/be2303-art12.pdf

Daly, M. & L. Macchia. (2022). Global trends in emotional distress. Psychological and cognitive Sciences, Vol. 120, n.º 14.

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022). Años de esperanza de vida perdidos 2017-2019: Un análisis regional y por grupos etarios. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada, n.º 15. Disponible en https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2022-06-17-Anos_de_Esperanza_Vida_Perdidos_2019.pdf

Del Valle, M.; L. López, P. Arcos y A. Cueto. (1993). Análisis de los años potenciales de vida perdidos por cáncer en Asturias y España. En Revista de Sanidad e Higiene Pública, vol 67, n.º 2. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL67/67_2_129.pdf

Díaz, N. (2016). Años de Vida Potencialmente Perdidos para algunas Enfermedades Transmisibles y No transmisibles en vigilancia en el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud 2007-2012. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Disponible en http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/Informe_Analisis_AVPP_para_Enfermedades_en_Vigilancia_del_MINSAL_2007_2012.pdf

Dulcey, E. y C. Uribe. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34, n.º 1-2, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Disponible en https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf

Durkheim, É. (2015 [1897]). El Suicidio: un estudio de sociología. Madrid, Ediciones Akal.

Gaitán Daza, F. (1995). Una indagación sobre las causas de la violencia en Colombia. En Dos ensayos especulativos sobre la violencia en Colombia. Bogotá, FONADE – Departamento Nacional de Planeación.

Garro-Pascual, M.; Ch. Gaser, L. Zhang, J. Tohka, M. Medina & B. A. Strange. (2023). Brain structure and phenotypic profile of superagers compared with age-matched older adults: a longitudinal analysis from the Vallecas Project. The Lancet Healthy Longevity, vol 4, n.º 8. Disponible en https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(23)00079-X/fulltext

González, J. y R. De la Fuente. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. En International Journal of Development and Eduactional Psychology, vol 7 n.o 1. Disponible en https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf

Jaramillo, C. (2019). El milagro metabólico. Bogotá, Planeta.

Lora, E. (1987). Técnicas de medición económica. Metodología y aplicaciones en Colombia. Bogotá, Tercer Mundo Editores – Fedesarrollo.

Mediavilla, D. (2023). Superancianos, un raro grupo de humanos que nos pueden enseñar cómo envejecer bien. En edición digital de El País del 21 de junio. Disponible en https://elpais.com/salud-y-bienestar/2023-07-22/superancianos-un-raro-grupo-de-humanos-que-nos-pueden-ensenar-como-envejecer-bien.html

Medvedev, Z. (1990). An Attempt at a Rational Classification of Theories of Ageing. En Biologial Review, n.º 65. Disponible en https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-185X.1990.tb01428.x

Menéndez, G. (2017). La revolución de la longevidad: cambio tecnológico, envejecimiento poblacional y transformación cultural. Montevideo, Revista de Ciencias Sociales, vol

30, n.º 31. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000200159

Miquel, J. (2006a). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Revista Española de Geriatría y Gerontología, vol. 41 n.º 1. Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13084824

Miquel, J. (2006b). Integración de teorías del envejecimiento (parte II). Revista Española de Geriatría y Gerontología, vol. 41 n.º 2. Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-integracion-teorias-del-envejecimiento-parte-13087546

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos, Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Disponible en https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

OPS & OMS - Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). Década de envejecimiento saludable 2020-2030. Washington, DC, WHO.

OPS & OMS - Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Washington, DC, WHO.

OPS – UNICEF – AIEPI. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. (2004). Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia (0-5 años), segunda edición. Washington, OPS.

Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. En Papeles del CEIC #22, disponible en https://ojs.ehu.eus/index.php/papelesCEIC/article/view/12149

Reyes, L.; A. B. Palacios, S. Fonseca y S. Villasana. (2013). La Gerontocracia y el Consejo de Ancianos. En Península, Vol. VIII, n.o 1. Disponible en https://www.revistas.unam.mx/index.php/peninsula/article/view/46126.

Rico-Rosillo, M. G.; D. Oliva-Rico y G. B. Vega-Robledo. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf

Segura, A. y D, Cardona. (2018). Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas: Colombia 1998-2015. Universidad y Salud, vol. 20 n.º 2. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000200149

Normas

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto número 681 “por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 4886, Política Nacional de Salud Mental. Bogotá, Minsalud.

Congreso de Colombia. (2013). Ley n.º 1.616 “por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). Documento CONPES 3992 - Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Bogotá, DNP.

Serie Documentos de Trabajo

Facultad de Economía-Universidad Externado de Colombia

N.º	Autor	Título	Año
1	Juan Santiago Correa	Urbanismo y transporte: el tranvía de Medellín (1919-1950)	2002
2	Álvaro H. Chaves C. y Helmuth Y. Arias G.	Cálculo de la tasa interna de retornos educativos en Colombia	2002
3	Fernando Bernal C.	Gobernanza pública, violencia y políticas de alivio a la pobreza. La ampliación del marco conceptual del Programa Familias en Acción	2003
4	Sandra L. Guerrero	Evaluación de la racionalidad del plan de descontaminación del río Bogotá a partir del análisis de costo mínimo y tasa retributiva	2003
5	Humberto Bernal Castro y Byron Ortega	¿Se ha desarrollado el mercado secundario de acciones colombiano durante el período 1988-2002?	2004
6	Liliana Chicaíza	Valoración de primas de reaseguro para enfermedades catastróficas utilizando el modelo de Black-Scholes	2005
7	Rosaura Arrieta, Aura García y Elsa Doria	Movilidad social en el asentamiento subnormal de Ranchos del Inat 2004	2005
8	Álvaro H. Chaves C.	Evolución de la productividad multifactorial, ciclos y comportamiento de la actividad económica en Cundinamarca	2005
9	Liliana López C. y Fabio F. Moscoso	La eficiencia portuaria colombiana en el contexto latinoamericano y sus efectos en el proceso de negociación con Estados Unidos	2005
10	Andrés F. Giraldo P.	La neutralidad del dinero y la dicotomía clásica en la macroeconomía	2005
11	Diego Baracaldo, Paola Garzón y Hernando Vásquez	Crecimiento económico y flujos de inversión extranjera directa	2005
12	Mauricio Pérez Salazar	Mill on Slavery, Property Rights and Paternalism	2006
13	Fabio F. Moscoso y Hernando E. Vásquez	Determinantes del comercio intraindustrial en el Grupo de los tres	2006
14	Álvaro H. Chaves C.	Desestacionalización de la producción industrial con la metodología x-12 arima	2006
15	Ómar Fernando Arias	El proceso de fluctuación dinámica de la economía colombiana: reconsideraciones teóricas sobre un fenómeno empírico	2006
16	Homero Cuevas	La empresa y los empresarios en la teoría económica	2007
17	Álvaro H. Chaves C.	Ventajas comparativas del sector agropecuario colombiano en el marco de los recientes acuerdos comerciales	2007
18	William Lizarazo M.	La controversia del capital y las comunidades científicas	2007
19	Mario García y Edna Carolina Sastoque	Pasiones e intereses: la guerra civil de 1876-1877 en el Estado Soberano de Santander	2007
20	José Gil Díaz	Ministerio de Finanzas: funciones, organización y reforma	2007
21	Mauricio Pérez Salazar	Economía y fallos constitucionales: la experiencia colombiana desde la vigencia de la Carta Política de 1991 hasta 2003	2007
22	Mauricio Rubio y	Análisis de series de tiempo del secuestro en Colombia	2007
23	Luis Felipe Camacho	Reflexiones de economía política: la justicia social en la obra de Léon Walras	2008
24	Óscar A. Alfonso R.	Economía institucional de la intervención urbanística estatal	2008
25	Mauricio Rubio	Palomas y Sankis. Prostitución adolescente en República Dominicana	2008
N.º	Autor	Título	Año
26	Helmuth Yesid Arias Gómez	La descentralización en Colombia y las autonomías en España	2009

27	Andrés Mauricio Vargas P. y Camilo Rivera Pérez	Controles a la entrada de capitales y volatilidad de la tasa de cambio: ¿daño colateral? La experiencia colombiana	2009
28	Óscar A. Alfonso R.	Economía institucional de la ocupación del suelo en la región metropolitana de Bogotá	2009
29	Álvaro Hernando Chaves Castro	Dinámica de la inflación en Colombia: un análisis empírico a partir de la curva de Phillips neokeynesiana (nkpc)	2010
30	Diliana Vanessa Cediel Sánchez	Determinantes del recaudo tributario en los municipios del departamento de Cundinamarca	2010
31	Óscar A. Alfonso R.	Impactos socioeconómicos y demográficos de la metropolización de la población colombiana y de los mercados de trabajo y residenciales	2010
32	Mauricio Rubio	Entre la informalidad y el formalismo: La acción de tutela en Colombia	2011
33	Óscar A. Alfonso R.	La geografía del desplazamiento forzado reciente en Colombia	2011
34	Yasmín L. Durán B.	Impacto impositivo en las decisiones de inversión y armonización tributaria. Caso de estudio: la Unión Europea	2011
35	Ernesto Cárdenas y Jaime Lozano	Economía experimental: una medición de confianza y confiabilidad	2011
36	Helmuth Arias Gómez	Tendencias de la industria regional	2011
37	Isidro Hernández Rodríguez	Tributación en Colombia y los orígenes de su brecha impositiva, 1821-1920	2011
38	Óscar A. Alfonso R.	Polimetropolitanismo y fiscalidad, Colombia 1984-2010	2012
39	Álvaro Hernando Chaves Castro	Acuerdos comerciales y posibilidades de desarrollo regional: el caso de la economía del Meta	2012
40	Óscar A. Alfonso R	El enigma del método y el inconformismo radical: crítica y alternativas a los procedimientos de investigación con sujeto ausente	2012
41	José Gil-Díaz	Grecia, West Virginia y el ajuste	2012
42	Darío Germán Umaña Mendoza	La propiedad intelectual y la salud	2013
43	Mauricio Rubio	Los sospechosos secuestros de la delincuencia común en Colombia, 1990-2003	2013
44	Darío Germán Umaña Mendoza	El Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y sus efectos sobre la inversión y las políticas públicas	2013
45	Álvaro Martín Moreno Rivas	Teorías y modelos del ciclo político de los negocios	2013
46	Carlos A. Garzón R. y Anna Preiser	Multidimensional well-being inequality social evaluation Gini function for Colombia 2012	2014
47	Óscar A. Alfonso R.	De la Korima a Mottainai. Modos de vida alternativos para enfrentar el desperdicio de alimentos y restaurar la soberanía del consumidor	2014
48	Juan Pablo Roa B.	Equivalencia ricardiana: una evaluación empírica para la economía colombiana 1985-2010	2014
49	Karla Bibiana Mora Martínez	Un modelo econométrico del mercado laboral y la elección ocupacional del empleo calificado en Colombia	2014
50	Manuel Andrés Rincón Gómez	Determinantes de financiación de firmas manufactureras: evidencia empírica para Colombia 1999-2006	2014

N.º	Autor	Título	Año
51	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio MetroMun. Índice alternativo de desarrollo municipal 2013. Un estudio a partir de las fragilidades y resistencias del territorio colombiano	2015
52	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio Hambre Cero. La cadena de las pérdidas de valor de los alimentos y las pérdidas de área sembrada en Colombia, 2007-2012	2015
53	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio MetroMun. Ruralidades. Aportes para la construcción de una visión comprehensiva del campo colombiano	2016
54	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio Hambre Cero. El diseño de instituciones contra la pérdida y el desperdicio de alimentos.	2016
55	Julián Arévalo B.	State capacity and support for democracy: challenges and opportunities for post conflict Colombia	2016
56	Saira Samur Pertuz	La disparidad fiscal en Colombia en el período del sistema general de participaciones	2016
57	Óscar A. Alfonso R., Laura Amézquita y Sandra Coral.	Observatorio MetroMun. Análisis económico-espacial de la mortalidad empresarial en épocas de ralentización de la economía metropolitana de Bogotá	2016
58	Óscar A. Alfonso R., Rafael Barrera y Pedro I. Bernal	Observatorio MetroMun. El modo de vida popular y la regularización barrial en Bogotá	2017
59	David Rodríguez	Simulación de políticas públicas con modelos de equilibrio general computable	2018
60	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio MetroMun. Aproximación a la historia de la fragmentación jurisdiccional del territorio colombiano	2018
61	Pedro I. Bernal	La teoría económica de la regulación. Una lectura fundamentada en los problemas de información	2018
62	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio MetroMun. Coyuntura metropolitana y municipal índice alternativo de desarrollo municipal 2017	2018
63	Óscar A. Alfonso R., Diana Carolina Camargo y Laura Camila Garzón	Observatorio MetroMun. Coyuntura metropolitana y municipal Aporofobicidio la deconstrucción de la mal llamada “limpieza social” y una aproximación a los modos, medios, tiempos y lugares en Bogotá	2019
64	Óscar A. Alfonso R.	Observatorio MetroMun. Coyuntura metropolitana y municipal Glifosato. Ineficacia estructural y probabilidad de daño a la salud debido a su uso en la aspersión aérea de los cultivos del arbusto de coca, Colombia 1998-2017	2019
65	Óscar A. Alfonso R., Mariana Benítez R., Andrés Castro C., Andrea Constantin C., David Gaona R., Catherine Lis C. y Valeria Rivera C.	Coalición Estudios - Laboratorio de Usos Legales de los Alcaloides. La industria encapsulada. El potencial de los usos médicos y científicos del alcaloide de la coca en el contexto de la fiscalización internacional a su circulación.	2019
66	Andrés Camacho, Jairo Méndez, Henry Laverde	The role of science-oriented workers on innovation: the case of the accommodation industry in Colombia	2020
67	Federico Corredor, Paola Rios, David Rodríguez	The effect of COVID-19 and emergency policies on Colombian households’ income	2021
68	Óscar A. Alfonso R. et al.	Aportes a la política para prevenir la pérdida y el desperdicio de alimentos en Colombia	2021
69	Óscar A. Alfonso R	La desigualdad y la pandemia en Bogotá: Las brechas socioespaciales como determinantes de la probabilidad del contagio y de la letalidad del SARS-CoV-2	2021

N.º	Autor	Título	Año
70	Juan Carlos Castro	Big Recessions and Slow Recoveries	2022
71	Juan Carlos Castro	Financial Crises and Expectation-driven Recessions	2022
72	Óscar A. Alfonso R. et al.	La metropolización planetaria y sus escalas en Colombia	2022
73	Tatiana Gélvez et al.	Análisis de la situación socioeconómica de las mujeres rurales en Colombia 2022-2023	2023
74	Óscar A. Alfonso R.	Asediados por la muerte Mortalidad precoz y longevidad, Colombia 2019-2021	2023

Universidad Externado de Colombia | FACULTAD DE ECONOMÍA

DOCUMENTOS de TRABAJO

www.uexternado.edu.co/economia