



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

# **Perfil de morbimortalidad rural de Antioquia y evaluación de la respuesta del Plan Departamental de Salud 2016-2019.**

**Yesika Tatiana Hernández Sandoval**

Pontificia Universidad Javeriana  
Instituto de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2020

# **Perfil de morbimortalidad rural de Antioquia y evaluación de la respuesta del Plan Departamental de Salud 2016-2019.**

**Yesika Tatiana Hernández Sandoval**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magíster en Salud Pública**

Director (a):

Dr. Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Ph. D., M.SC

Profesor Titular, Pontificia Universidad Javeriana

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2020

*“...yo creo que es mejor vivir un sueño que simplemente soñarlo. El sueño es el comienzo de algo más grande, algo que nos impulsa a tomar decisiones atrevidas. Y es verdad que una persona que persigue un sueño toma muchos riesgos. Pero la persona que no sueña corre riesgos aún mayores”.*

Paulo Coelho

## **Agradecimientos**

*A Elisa y Leo, incondicionales siempre. A Zeidy, Lauren, Ferney, Andrés y Carol por dar felicidad. A Sergi por su apoyo incondicional.*

*De manera especial agradezco a Enrique por haberme acompañado en este proceso de aprendizaje y por el apoyo recibido para el desarrollo de mis ideas, por su entusiasmo y su amistad.*

*Por otra parte, agradezco a las personas de la Gobernación de Antioquia que tuvieron a bien compartir conmigo sus experiencias como aporte al desarrollo del presente trabajo, a los docentes de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a la Secretaría de Salud de Guarne y su Hospital.*

*A los y las profesores(as) y compañeros(as) que estuvieron siempre dispuestos a responder mis inquietudes, especialmente a Katherine Ariza, Angela Vega Landaeta, Sandra Agudelo, Jesús Rodríguez y todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para que este trabajo fuera posible.*

*A Luisa, Vivi y Camila por su amistad incondicional.*

*A Carlos Puente Burgos, por leerme.*

## Resumen

Los cambios demográficos de los últimos tiempos han acarreado nuevas dinámicas organizacionales en los sistemas sociales, políticos y económicos, que han acentuado las brechas que existen entre lo rural y lo urbano. Generalmente, la respuesta pública a los problemas en salud de las áreas rurales ahonda sobre la generalidad del total de la población, pero poco se tiene en cuenta la particularidad de las personas que habitan en condiciones dispersas. El presente estudio tiene como objetivo identificar las diferencias de morbimortalidad entre las áreas urbana y rural, así como determinar la pertinencia del Plan Territorial de Salud, incluido en el Plan de Desarrollo 2016-2019, frente al perfil de morbimortalidad y las necesidades de la zona rural en el departamento. El estudio se planteó como uno mixto secuencial que contó con dos componentes. El primero, contempla un diseño descriptivo, transversal retrospectivo de tipo ecológico orientado a identificar y comparar los perfiles de morbimortalidad de la población rural mediante el uso y análisis de los registros ajustados de mortalidad para los años 2010-2014 con el uso de la metodología GBD2010 y la variable de morbilidad sentida de la ENSAB IV (2014). Se compararon tasas estandarizadas para el área urbana y rural para el caso de la mortalidad y frecuencias para el caso de la morbilidad. El segundo componente desarrolla un análisis evaluativo compuesto por un análisis documental del plan de salud y sus anexos (Componente Operativo Anual de Inversiones 2016-2018) y entrevistas semiestructuradas a los ejecutores del Plan). El trabajo realizado pone en evidencia que existe un problema sobre la calidad, el uso y la disponibilidad de los datos para el análisis en la ruralidad; de igual manera, se reafirma que existen diferencias en la morbimortalidad en términos de prevalencias entre áreas urbanas y rurales; y, por último, se evidencia que la variable de "ruralidad", además de tener múltiples definiciones, no ha sido usada para la formulación de la política en salud que se esperaría dé respuesta a los problemas de morbilidad y mortalidad definidos en el sector rural, como parte de la población para la cual fue formulado el plan departamental de salud.

**Palabras clave:** *Salud Rural, Política de Salud, Evaluación en Salud, Población Rural, Medio Rural, Planificación Rural.*

## **Abstract**

The most recent demographic changes have brought new organizational dynamics of social, political, and economic systems, which consequently have accentuated the gaps that exist between rural and urban areas. Generally, the government's response to health problems in rural areas is more applicable to the total population, rather than considering the particularity of people living in dispersed conditions. **Objective:** To identify the morbidity and mortality profile in urban and rural areas of Antioquia and evaluate the health response in rural areas of the 2016-2019 Departmental Health Plan.

**Methodology:** A sequential mixed study with two components. The first is a retrospective, descriptive, cross-sectional design, ecologic study (epidemiological) aimed at identifying and comparing the morbidity and mortality profiles of the rural population through the use and analysis of mortality records from 2010 to 2014 adjusted using the Global Burden of Disease 2010 (GBD2010) methodology and the perceived health variable of the Estudio Nacional de Salud Bucal IV 2014 (ENSAB IV 2014). As a part of this first analysis, standardized rates for urban and rural areas were compared for mortality and frequencies were compared for morbidity. The second is an evaluative study composed of a documentary analysis of the health plan and its annexes (Annual Operational Investment Component 2016-2018) as well as semi-structured interviews with the executors of the Plan.

**Results and conclusions:** The results of the study demonstrate that there is a problem concerning the availability, quality, and use of data when evaluating rural conditions (rurality). Furthermore, the investigation reaffirms that there are differences in morbidity and mortality in terms of the prevalence between urban and rural areas. Lastly, it is evident that the variable of "rurality" apart from having multiple definitions, has not been included in the formulation of health policies to the extent one would expect as the population in the rural sector should be accounted for in the 2016-2019 Departmental Health Plan.

**Keywords:** *Rural Health, Health Policy, Health Evaluation, Rural Population, Rural Planning, Rural Areas*

# Contenido

<i>Resumen y Abstrac</i> .....	<i>IX</i>
<i>Lista de figuras</i> .....	<i>XII</i>
<i>Lista de tablas</i> .....	<i>XIII</i>
<i>Lista de Símbolos y abreviaturas</i> .....	<i>XIV</i>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Planteamiento del problema</b> .....	<b>3</b>
2.1 Antecedentes.....	3
<b>3. Justificación</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>9</b>
4.1 Objetivo general .....	9
4.2 Objetivos específicos.....	9
<b>5. Marco de referencia</b> .....	<b>11</b>
5.1 Definiciones conceptuales de salud y ruralidad .....	11
5.2 Problemas de morbimortalidad asociados con la ruralidad .....	14
5.3 Marco normativo/político .....	18
5.4 Evaluación de pertinencia en las políticas sanitarias .....	20
5.5 Caracterización de los contextos territorial y demográfico del departamento de Antioquia.....	21
5.5.1 Población y territorio .....	21
5.5.2 Estructura demográfica .....	22
<b>6. Diseño metodológico</b> .....	<b>24</b>
<b>6.1 Tipo de investigación</b> .....	<b>24</b>
6.1.1 Perfil de mortalidad .....	25
6.1.2 Perfil de morbilidad .....	28
6.1.2.1 Morbilidad sentida .....	29
6.1.2.2 Eventos de Notificación Obligatoria en Salud Pública .....	30
6.1.3 Componente evaluativo.....	31

<b>7. Análisis y resultados .....</b>	<b>33</b>
<b>7.1 Análisis de la mortalidad .....</b>	<b>33</b>
7.1.1 Mortalidad general por grandes causas .....	34
7.1.2 Mortalidad general por sexo y edad .....	35
7.1.3 Mortalidad por causas específicas .....	36
7.1.3.1 Mortalidad general por sexo y causas específicas .....	40
7.1.4 Mortalidad específica por subgrupo .....	44
7.1.4.1 Enfermedades No transmisibles (ENT) .....	44
7.1.4.2 Enfermedades Transmisibles .....	45
7.1.4.3 Mortalidad por causa externa .....	46
7.1.4.4 Mortalidad por condiciones materno- perinatales .....	48
7.1.5 Mortalidad por grupos de edad .....	50
7.1.5.1 Mortalidad el grupo de menores de 1 año .....	50
7.1.5.2 Mortalidad en el grupo de 1 a 4 años .....	52
7.1.5.3 Mortalidad en el grupo de 5 a 14 años .....	54
7.1.5.4 Mortalidad en el grupo de 15 a 44 años .....	56
7.1.5.5 Mortalidad en el grupo de 45 a 64 años .....	57
7.1.5.6 Mortalidad en el grupo de 65 años y más .....	59
<b>7.2 Perfil de Morbilidad .....</b>	<b>60</b>
7.2.1 Morbilidad sentida .....	60
7.2.2 Eventos de notificación obligatoria .....	61
7.2.2.1 Enfermedades transmitidas por vectores .....	62
7.2.2.2 Eventos inmunoprevenibles .....	63
7.2.2.3 Eventos asociados a factores de riesgo ambiental .....	64
7.2.2.4 Eventos por Micobacterias .....	66
7.2.2.5 Eventos de zoonosis .....	67
7.2.2.6 Eventos de Infecciones de Transmisión sexual .....	68
7.2.2.7 Eventos asociados a salud infantil .....	68
<b>7.3 Componente Evaluativo. ....</b>	<b>70</b>
7.3.1 Análisis de Pertinencia de la respuesta a las necesidades en salud del área rural .....	71
7.3.1.1 Programa de Salud Ambiental .....	72
7.3.1.2 Programa de Salud Pública .....	74
7.3.1.3 Programa de seguridad alimentaria y nutricional .....	85
7.3.1.4 Programa de fortalecimiento de la autoridad sanitaria. ....	87
7.3.2 Percepciones de los actores frente a la pertinencia de las actividades que se desarrollan y las necesidades de servicios de salud en la ruralidad. ....	88
7.3.2.1 Configuración de la respuesta en salud y su relación con los programas en la ruralidad .....	89
7.3.2.2 Avances de los programas del plan de salud en los entornos rurales .....	91
7.3.2.3 Limitaciones de los programas de salud pública para ampliar el alcance a entornos rurales del departamento de Antioquia .....	94
7.3.2.4 Identificación de necesidades de gestión en entornos rurales y propuestas de los actores que ejecutan las acciones de gestión .....	106
<b>8. Discusión de resultados .....</b>	<b>108</b>

<b>9. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>115</b>
<b>A. Anexo I: Algoritmo de redistribución de mortalidad GBD 2010 (Adaptación realizada por ISP Javeriana) .....</b>	<b>119</b>
<b>B. Anexo II: Tasas específicas por edad, sexo y área de residencia .....</b>	<b>122</b>
<b>C. Anexo: Distribución presupuestal COAI 2016-2018, Antioquia (consultar archivo Excel).....</b>	<b>125</b>
<b>D. Anexo: Cálculo y estandarización de tasas, Antioquia 2010-2014 (consultar archivo Excel) .....</b>	<b>125</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>127</b>

## Lista de figuras

### *Pág.*

Ilustración 1 Pirámide poblacional Urbana y Rural, Antioquia 2005 y 2014 .....	23
Ilustración 2 Distribución porcentual del número de muertes de acuerdo con los grandes grupos de causas, antes y después de la redistribución de códigos inútiles. Antioquia 2010-2014.....	35
Ilustración 3 Distribución de los eventos de mortalidad según área y sexo en Antioquia , 2014.....	36
Ilustración 4. Tendencia de tasas estandarizadas de mortalidad en zona Urbano y Rural, Antioquia 2010 a 2014 .....	37
Ilustración 5 Primeras veinte causas básicas de muerte (tasa x 100.000) Antioquia 2014, por zona cabecera y resto.....	39
Ilustración 6 Primeras veinte causas básicas de muerte (tasa x 100.000) Antioquia 2014, cabecera y resto .....	40
Ilustración 7 Primeras veinte causas de mortalidad en Hombres según zona de residencia, Antioquia 2014 .....	42
Ilustración 8 Primeras veinte causas de mortalidad en Mujeres según zona de residencia, Antioquia 2014 .....	43
Ilustración 9 Primeras diez causas de mortalidad por ENT según zona de residencia, Antioquia 2014.....	45
Ilustración 10 Primeras 10 causas de mortalidad por enfermedades transmisibles según zona de residencia, Antioquia 2014 .....	46
Ilustración 11 Primeras 10 causas de mortalidad por causas externas según zona de residencia, Antioquia 2014 .....	48
Ilustración 12 Primeras diez causas de mortalidad por condiciones materno-perinatales según zona de residencia, Antioquia 2014.....	49
Ilustración 13 .....	50
Ilustración 14 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de < 1 año. Antioquia 2014.....	52
Ilustración 15 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de 1 a 4 años, Antioquia 2014. ....	54
Ilustración 16 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de 5 a 14 años, Antioquia 2014 .....	55
Ilustración 17 Tasas de mortalidad específica para grupo de edad de 15-44 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014 .....	57

Ilustración 18 Tasas de mortalidad específica para grupo de edad de 45-64 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014.....	58
Ilustración 19 Tasas de mortalidad específica en >65 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014 .....	60
Ilustración 20 Morbilidad sentida, municipios de Antioquia que participaron en ENSAB IV 2014 .....	61
Ilustración 21. Morbilidad registrada asociada a ETV, Antioquia 2010-2014.....	63
Ilustración 22 Morbilidad registrada asociada a eventos inmunoprevenibles , Antioquia 2010-2014 .....	64
Ilustración 23 Morbilidad registrada asociada a factores de riesgo ambiental, Antioquia 2010-2014 .....	65
Ilustración 24 Morbilidad registrada asociada micobacterias, Antioquia 2010-2014.....	66
Ilustración 25 Morbilidad registrada asociadas a zoonosis, Antioquia 2010-2014.....	67
Ilustración 26 Morbilidad registrada asociadas infecciones de Transmisión Sexual, Antioquia 2010-2014 .....	68
Ilustración 27 Morbilidad registrada asociadas Salud Infantil, Antioquia 2010-2014 .....	69
Ilustración 28 Estructura Plan de desarrollo Antioquia Piensa en Grande 2016-2019.....	71
Ilustración 29 Asignación presupuestal para los proyectos establecidos en el Plan de Salud departamental .....	72
Ilustración 30 Distribución de presupuesto del Programa de Salud Pública por dimensión del PDSP.....	75

## Lista de tablas

### *Pág.*

Tabla 1 Características y criterios de clasificación de los municipios en Colombia de acuerdo con la metodología del Departamento Nacional de Planeación, 2014 .....	13
Tabla 2 Características seleccionadas de la base de datos de mortalidad, Antioquia 2010-2014 (en número de muertes y porcentaje del total) .....	33
Tabla 3 Distribución poblacional por edad, sexo y área de Residencia proyectada por DANE, 2014.....	50
Tabla 4 Respuesta pública a los problemas de salud ambiental en la ruralidad. Antioquia 2010-2014.....	74
Tabla 5 Respuesta pública a los problemas de salud mental en la ruralidad. Antioquia 2010-2014.....	77
Tabla 6 Respuesta pública a los problemas de salud rural relacionados con salud sexual y reproductiva. Antioquia 2010-2014.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 7 Respuesta pública a los problemas relacionadas a enfermedades no transmisibles de la zona rural. Antioquia 2010-2014 .....	81
Tabla 8 Respuesta pública a los problemas relacionadas con causas de mortalidad pot enfermedades transmisibles de la zona rural. Antioquia 2010-2014.....	83
Tabla 9 Respuesta pública a los problemas de salud nutricional. Antioquia 2010-2014..	85
Tabla 10 distribución presupuestal, programa de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, Antioquia 2015-2019.....	87

## Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
ASIS	Análisis de situación de Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPBs	Empresas Administradores de Planes de Beneficios en Salud
ENSAB	Encuesta Nacional de Salud Bucal
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ENOS	Eventos de Notificación Obligatoria en Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GBD	Global Burden of Disease
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
OMS	Organización Mundial de la Salud
PD	Plan de Desarrollo
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
PS	Plan de Salud
RIAS	Rutas integrales de Atención En Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información para la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública

# 1. Introducción

La configuración de la salud en ámbitos rurales estructura formas de vida particulares que deben ser relevantes a la hora de generar respuestas estatales que busquen solventar las necesidades en la salud de este grupo poblacional. Partiendo de esta premisa, el presente trabajo pretende hacer un aporte para establecer una diferenciación de los problemas de salud de las comunidades rurales en Colombia que, aunque pareciera ser un tema que redundaba en la realidad del país, poco se ha documentado. En razón de ello, se desarrolla una evaluación de la respuesta que el Estado emite, a través de la política pública, para mitigar las situaciones específicas en salud que derivan de los perfiles de morbimortalidad contruidos a partir de la información disponible.

Sin ánimo de desconocer los avances que el país ha tenido en torno al uso de los sistemas de información para la toma de decisiones en salud, es conveniente considerar el hecho de que la información con que se cuenta hoy es insuficiente, de manera especial cuando se trata de hacer una diferenciación de la situación de salud de las comunidades rurales más apartadas del país, en donde la dispersión poblacional es importante, las inequidades sociales son evidentes y las necesidades en salud pueden llegar a pasar desapercibidas y disipadas dentro de la generalidad para los tomadores de decisiones,

Cuando se habla de la ruralidad, normalmente las discusiones se limitan a indicadores que ahondan en la generalidad y no permiten ni siquiera tener un perfil diferencial de este grupo de la población. Por esta razón, y reconociendo que existen limitaciones, se analizó la información disponible y se seleccionó a conveniencia el departamento de Antioquia, por contar con datos de morbilidad sentida contenida en la ENSAB IV y que, de cierta manera, permitió hacer un acercamiento a un perfil que muestra heterogeneidad entre áreas.

Como se manifestó antes, los datos disponibles no permiten establecer un perfil específico de salud de las comunidades rurales, no solo por la falta de especificidad de los sistemas de información, sino por las diferentes barreras de acceso que determinan la asistencia a los servicios de salud de los que derivan los datos. Por tanto, se planteó como hipótesis que las comunidades rurales reciben la respuesta que configura la totalidad o la mayoría de la población, si se tiene en cuenta que los perfiles de respuesta a la morbilidad son determinados por quienes acceden a los servicios de salud, que en su mayoría se ubican en áreas urbanas.

El trabajo se desarrolló en dos grandes componentes. El primero corresponde a la construcción de un perfil de mortalidad levantado a partir de los Registros de Estadísticas Vitales de Mortalidad del DANE, y un perfil de morbilidad que utiliza la variable de morbilidad sentida de la ENSAB IV realizada en el año 2014; adicionalmente, fue complementado con otros registros como los derivados de SIVIGILA que son fuente objetiva de la morbilidad asociada al reporte obligatorio y que contienen la variable de ruralidad.

Si bien en Colombia existen registros de morbilidad atendida, representados por los RIPS, se descartó su uso ya que no cuentan con la variable de ruralidad explícita y, como se mencionó anteriormente, se considera que existen deficiencias en el acceso a los servicios de salud. Dicho esto, se aclara que para el caso de la morbilidad no fue posible establecer una representatividad en términos estadísticos para el nivel departamental en la ruralidad, sin embargo, se intenta mostrar que existen diferencias de lo urbano y rural en los municipios que participaron en la muestra.

El segundo componente corresponde a uno de tipo evaluativo que busca establecer si dentro de la política de respuesta o en el PS (Plan de Salud) departamental existe coherencia con los hallazgos sobre las necesidades en salud del primer componente.

De esta manera, se pretende hacer un llamado a la reflexión sobre la importancia de una planificación de la respuesta en salud, que no solo considere las diferencias entre los grupos, sino que debe hacerlas partícipes de la construcción de su propia respue

## 2. Planteamiento del problema

### 2.1 Antecedentes

El crecimiento demográfico ha estado mediado por procesos sociales, culturales, económicos y políticos que prescribieron los flujos migratorios que históricamente han reconfigurado la estructura poblacional en cada región. Así, en 1975 el total de la población mundial era de 4,1 mil millones de habitantes, en donde el 62,26% correspondía a personas que habitaban en las zonas rurales y el restante en áreas urbanas. Sin embargo, para el año 2017 la población mundial era de 7,53 mil millones de habitantes, de los cuales menos de la mitad correspondieron a personas que habitaban en el sector rural: 45,15% (3,4 mil millones) (Banco Mundial 2017). África y América Latina (Colombia, Bolivia, Perú, Nicaragua, Costa Rica y Honduras) se han considerado como las dos regiones en donde la ruralidad<sup>1</sup> ha mantenido una representación importante en relación con otros países.

De acuerdo con un informe de la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (1974), los desplazamientos poblacionales en el país se iniciaron de manera progresiva desde 1940 como consecuencia de la industrialización, el incremento de los medios de comunicación, el deterioro de las condiciones de vida en el sector rural, determinado en parte por el sistema de tenencia de la tierra, las deficientes políticas de desarrollo rural y otros factores que, bajo el contexto del conflicto socio-político (aunque transformado, hoy tiene vigencia), aumentaron masivamente la migración del sector rural hacia las áreas urbanas.

---

<sup>1</sup> El término ruralidad tiene múltiples definiciones e interpretaciones y para efectos del presente documento está configurada desde un punto de vista de zonas poco pobladas - dispersión de la población en el territorio. (Guetterman, Fetters, and Creswell 2015)

Los cambios en la distribución de la población en el territorio nacional han generado grandes inequidades sociales que se acentúan en la ruralidad. Por una parte, las características del territorio determinan parte de las formas de vida rural con respecto a la densidad, la forma de ocupación, el uso de los recursos y las condiciones de vida; y, por otra parte, la situación socio-política, que históricamente ha tenido una influencia directa en la configuración de los problemas de la ruralidad, ha provocado que las intervenciones se concentren en las grandes urbes.

Se conoce que las reformas políticas rurales no solo se establecen para mejorar el desarrollo dentro de un modelo económico, sino que además se han utilizado como una oportunidad para mejorar las condiciones de vida y contribuir a la garantía de los derechos de la población rural. En Colombia, estos intentos por reconfigurar la vida rural no han sido concretados; según Machado (2009), en los países con conflictos como Colombia, la concentración de la tierra y la exclusión termina en enfrentamientos internos de la sociedad rural y urbana, razón por la cual las reformas agrarias han tenido una justificación más política que social y esto ha generado parte de su fracaso. Como consecuencia de ello, no se han logrado consolidar cambios estructurales que permitan una economía que mejore el ingreso, la calidad de vida, la educación, el acceso a servicios de salud y servicios básicos de calidad en las zonas rurales del país.

Para el caso de la salud, se conoce que el país siempre se ha enmarcado en un paradigma asistencialista, pues antes de la aprobación de la Ley 100 de 1993 el sistema de salud colombiano estaba constituido por tres pilares fundamentales: (i) el sistema de seguridad social, (ii) el sector público, y (iii) el sistema privado (Medina and Mejía 2006, 6). El sector público estaba conformado por los hospitales y centros de salud encargados de suministrar servicios a las personas que no pertenecían al sistema de seguridad social o cuyos ingresos eran insuficientes para acceder al sistema privado (representados en su mayoría por la población rural). A pesar de que estos costos eran asumidos por la Nación, existían grandes brechas en términos de cobertura, acceso y sostenibilidad (Santa María S et al. 2009).

En consecuencia, se crea el SGSSS mediante la ley 100 de 1993 que buscó garantizar el acceso a los servicios de salud a la población pobre de las áreas rural y urbana, mediante

---

un régimen subsidiado (Congreso De Colombia 1993). Si bien tras su vigencia se evidenciaron mejoras sobre la cobertura y acceso a los servicios, hoy estos problemas siguen vigentes, especialmente en las comunidades rurales, pues la evidencia muestra que la cobertura en salud no garantiza el acceso.

Como apoyo para mejorar la cobertura de servicios de salud, se han implementado otras estrategias nacionales como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en donde a través del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), reemplazado recientemente por el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), se pretende mejorar el acceso a servicios y la gestión del riesgo en salud en todo el territorio a nivel nacional; otras políticas sectoriales relacionadas con temas de salud sexual y reproductiva, salud mental, seguridad alimentaria, primera infancia, agua potable y saneamiento básico para las zonas rurales, entre otras, han permitido de cierta manera un mayor alcance poblacional, que si bien hoy muestran mejores indicadores de cobertura, no necesariamente se traducen en mejores condiciones distribuidas de forma equitativa para toda la población, por lo que no se han logrado generar cambios estructurales que logren modificar las condiciones de vida de quienes habitan en el sector rural.

A pesar de los avances logrados, los servicios de salud y las acciones en salud pública para las áreas rurales siguen siendo insuficientes e inequitativas. El Ministerio de Salud actualmente utiliza los Análisis de Situación de Salud (ASIS) como herramienta para la planeación en salud, sin embargo, dentro de ellos no se considera la diferenciación entre áreas para la toma de decisiones. Esto implica que, desde el proceso de planeación en salud, no se han considerado las características y la distribución de morbilidad y mortalidad propias del contexto rural, ya que las acciones que se generan se estructuran con base en perfiles epidemiológicos más urbanos que rurales, que no consideran las particularidades de los territorios más dispersos.

Por un lado, si se compara la oportunidad de acceso que se tiene en las áreas urbanas con el área rural, se puede decir que el perfil de morbilidad atendida analizado está determinado por quienes acceden a los servicios y, por otro lado, sobre el análisis de mortalidad es claro que la variable de ruralidad que contienen los registros no es un punto de análisis dentro de la metodología que actualmente se utiliza.

### 3. Justificación

El Departamento Nacional de Planeación (DNP) en 2014 estimó que el 84,7% del territorio nacional está conformado por municipios y áreas clasificados dentro de las categorías “Rural” y “Rural disperso”, en donde habita tan solo el 30,4% de la población total (DNP 2014). Esta distribución poblacional desigual en el territorio genera un grado de dispersión poblacional importante que establece patrones propios de bienestar determinados por aspectos geográficos, históricos, políticos, económicos, sociales, de desarrollo y de comportamiento que surgen de la naturaleza del contexto rural. (Couper ID 2003; Dirven, Perico, et al. 2011; Lutfiyya et al. 2012; Reid et al. 2014).

Jong (2014), afirma que para lograr una mejor salud en los sectores rurales, se requiere un gran número de acciones interrelacionadas que van desde la formulación de políticas de salud integrales, hasta la identificación de grupos desfavorecidos cuyas necesidades de salud deben especificarse claramente (Misión para la Transformación del campo 2015; Reid et al. 2014). Rodríguez-Triana (2016), agrega que las diferencias pueden constituirse como el primer paso para plantear políticas que mejoren y disminuyan la brecha entre la población que habita en el sector urbano y en el rural.

La ausencia o inapropiada respuesta pública puede tener diversos factores, entre ellos: la falta de estadísticas sólidas, la deficiencia en los análisis y usos de la información disponible, la insuficiente participación y comprensión de las percepciones de las partes interesadas en la construcción, formulación, ejecución y evaluación de las respuestas públicas (AbouZahr, Adjei, and Kanchanachitra 2007; Smith, Humphreys, and Wilson 2008; Thurston and Meadows 2003), además las variaciones en la definición de la “ruralidad”, que para el caso de América Latina, toma relevancia a la hora de la identificación para la acción (Couper ID 2003; Dirven, Echeverri, et al. 2011).

En varios países del mundo se ha documentado que la calidad de los datos sobre la ruralidad no es buena (AbouZahr, Adjei, and Kanchanachitra 2007; Probst et al. 2004). Generalmente, las encuestas disponibles no tienen la capacidad de recoger las particularidades de los trabajadores y la población que habita en esta área, como su estacionalidad, temporalidad, y la multiplicidad de actividades en las que ocupan su tiempo (Misión para la Transformación del campo 2015).

En Colombia estas limitaciones son reconocidas, pero no han sido abordadas de manera efectiva y, producto de ello, los procesos de ordenamiento territorial y planes de política pública han estado centrados con mayor intensidad en la planificación del componente urbano, más que en el rural. Es así como los servicios, en especial los de calidad (salud, educación, recreación etc.), están concentrados en las grandes ciudades y aunque hay una buena oferta de estos, la mayoría de la población que vive en condiciones de pobreza y de indigencia, no tiene acceso a ellos (Pérez 2007).

Los responsables de las políticas de salud usualmente recurren a los sistemas de atención para obtener información, pero estos rara vez son completos en cobertura y acceso (Rodríguez-Triana and Benavides-Piracón 2016). De esta manera se puede deducir que en Colombia los perfiles de morbilidad se construyen en razón de la prestación de los servicios de salud y frente a estos se plantean las políticas que ahondan sobre las generalidades urbanas, enmascarando las necesidades particulares de la población rural.

Dicho esto, el presente trabajo busca desarrollar un acercamiento a los perfiles de morbilidad en el área rural, haciendo uso de la información secundaria disponible, de tal forma que permita hacer un análisis crítico sobre la acción o respuesta pública que se emite desde el Estado hacia los problemas de la población rural, con el fin de inquietar y sugerir nuevas formas para el abordaje de la salud rural, especialmente en momentos determinantes como los que atraviesa actualmente el país en el marco del pos conflicto.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Identificar el perfil de morbilidad y mortalidad de las áreas urbanas y rurales de Antioquia y evaluar la respuesta en salud en la ruralidad del Plan de Salud departamental 2016-2019.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar y comparar los perfiles de morbilidad y mortalidad de las zonas urbanas y rurales del departamento de Antioquia con base en los registros disponibles.
- Evaluar la pertinencia de la respuesta en salud para las zonas rurales formulada en el Plan de Desarrollo 2016-2019, frente a los perfiles de morbilidad y mortalidad construidos para la zona rural del departamento para el periodo 2010-2014.

## 5. Marco de referencia

### 5.1 Definiciones conceptuales de salud y ruralidad

En la literatura no ha sido documentada de manera clara una definición integrada de “salud rural”, de modo que es necesario abordar las definiciones de “salud” y “ruralidad”.

La salud es un concepto que ha tenido diferentes transformaciones relacionadas con la diversidad de paradigmas desde donde se ha pretendido abordar a través del tiempo. La OMS 1948 emitió un acercamiento al significado de la salud como *“El estado completo de bienestar, físico, mental y social; y no solo como ausencia de la enfermedad”*, definición que hoy no ha sido modificada, pero que desde entonces trazó un hito que permitió un abordaje diferente de la salud y desató diferentes debates en busca de una nueva y más completa definición. La incorporación del factor “social” como determinante de la salud, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad, impulsando así la consideración de la salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado como responsable de ejercer la protección de este derecho (Rodríguez-Triana and Benavides-Piracón 2016).

Sobre esta definición, surgieron varias críticas asociadas a las limitaciones que ésta tiene para abarcar todos los elementos que determinan la salud<sup>2</sup>. Es así como Lalonde (1974) explicó la necesidad de establecer elementos que condicionan el estado de salud de una persona, dentro de los cuales consideró: el medio ambiente, los sistemas sanitarios la biología humana y los estilos de vida de las personas. Estos determinantes no influyen de igual manera en el estado de salud de las personas, siendo el más influyente de ellos los estilos de vida, es decir, los actos que cada persona lleva a cabo mantenidos en el

---

<sup>2</sup> Ver definiciones propuestas por: San Martín y Pastor (1989); Milton Terris, Alvin Tarlov (1992)

tiempo. Esto a su vez se encuentra determinado por elementos trazadores como la cultura, el acceso a oportunidades y servicios (Denver 1991).

Así mismo, el término “rural” no tiene una definición única en la literatura y, al igual que la salud, varía de acuerdo con la perspectiva en la que se use e interprete (Dirección de Desarrollo Rural Sostenible and Equipo de la Misión para la Transformación del Campo 2014; Dirven, Perico, et al. 2011). En general, las definiciones se han sustentado en lo geográfico, demográfico (número de habitantes), la producción agraria como única actividad económica, la infraestructura material y social (vías de acceso, servicios básicos, etc.), lo cultural y político<sup>3</sup>. Dichas concepciones se sustentan en la predominancia de un discurso modernizador hegemónico que privilegia una sociedad urbanizada, industrializada y organizada empresarialmente, donde el valor que orienta las prácticas políticas y las acciones de desarrollo es el económico.

Hasta hace pocos años, las discusiones se habían centrado en la relación de la ruralidad y lo agrario como sinónimos, sin embargo, la ruptura de esta dicotomía ha generado discusiones sobre la necesidad de redefinir lo rural, pues generalmente el término se ha asociado a lo atrasado, a lo no urbano, a lo no desarrollado, a lo no deseable y, desde el punto de vista económico, casi siempre se ha hecho referencia sólo a la actividad agrícola (Pérez 2007)

En Colombia, la definición de la ruralidad había estado ligada al desarrollo de los censos poblacionales, y es así como en 1993 lo rural fue definido como “*áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal*” (Censo de 1993). Para 2005 se definió como “*zonas localizadas por fuera del perímetro urbano, es decir centros poblados y en el resto del municipio*” (censo de 2005). Posteriormente, el DANE (2008) define lo rural como un espacio que “*se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones*

---

<sup>3</sup> Por ejemplo, la **OCDE** considera las zonas urbanas como aquellos territorios en donde hay más de 150 habitantes por kilómetro cuadrado (adicionando la distancia a las ciudades con más de 100.000 habitantes). **Sabalain** (2011) por su parte, expone que los puntos de corte en **Eslovaquia** son de más de 100 hab/km<sup>2</sup>, **Bulgaria** de 150 hab/km<sup>2</sup>, **Francia** de 116 hab/km<sup>2</sup> y **España** 92 hab/km<sup>2</sup> (Sabalain, 2011). Se considera que un territorio es rural cuando el proceso histórico de construcción social que lo define se sustenta principalmente en los recursos naturales y mantiene esta dependencia estructural de articulación (Dirven, Echeverri Perico et al. 2011).

*agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás, por lo general, no dispone de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.”*

En 2014 el DNP, propone una clasificación diferente del territorio nacional basado en la densidad poblacional y la importancia regional en cuatro grandes grupos así (Ver tabla 1):

*Tabla 1 Características y criterios de clasificación de los municipios en Colombia de acuerdo con la metodología del Departamento Nacional de Planeación, 2014*

Clasificación	Total Municipios	Población rural total	% territorio que abarcan	Densidad poblacional	Criterio de clasificación
<i>Ciudades y aglomeraciones</i>	117	2.088.360	6,4%		Densidad poblacional y centralización de la economía
<i>Municipios Intermedios</i>	314	3.337.839	8,9%	Más de 10 hab/km <sup>2</sup>	Importancia regional y con acceso a diversos bienes y servicios. caracterizados por tener entre 25 mil y 100 mil habitantes en la cabecera o que, a pesar de tener cabeceras menores, presentan alta densidad poblacional
<i>Municipios rurales</i>	373	5.402.735	19,8%;	Entre 10 hab/km <sup>2</sup> y 100 hab/km <sup>2</sup>	cabeceras de menor tamaño (menos de 25 mil habitantes) y presentan densidades poblacionales intermedias
<i>Rural disperso</i>	318	3.658.702	64,9%	Menos de 50 hab/km <sup>2</sup>	cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja

**Fuente:** Elaboración propia con base en criterios establecidos por DNP, 2014

De igual forma, con base en la densidad poblacional la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, que establece un nuevo modelo de atención en Salud, planteó una definición para su implementación en el territorio agrupándolos de la siguiente manera:

- Ámbitos territoriales con alta ruralidad, que corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Estos municipios deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología

ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad. La política plantea que *“El acceso a dicha oferta no debe constituir una barrera onerosa para el usuario y las vías de comunicación permiten la complementación entre prestadores de una misma red”*.

- Ámbitos territoriales dispersos, que corresponden a municipios donde la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, reconociendo que hay limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan.

Esta heterogeneidad en las definiciones a nivel institucional puede ser uno de los elementos que limita los alcances de las acciones públicas, pues para lograr un cambio desde las diferentes entidades del aparato gubernamental es necesario establecer definiciones claras que logren caracterizar y delimitar de manera específica la ruralidad para la toma de decisiones (Dirección de Desarrollo Rural Sostenible and Equipo de la Misión para la Transformación del Campo 2014; Dirven, Perico, et al. 2011).

## **5.2 Problemas de morbilidad asociados con la ruralidad**

La transición epidemiológica representa los cambios en los patrones de enfermedades y en las causas de muerte de una población, en la que se pasa de una mortalidad infantil elevada y epidemias infecciosas, a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, como consecuencia de la progresión del desarrollo económico y social (Omran 2005).

El avance del desarrollo en la ruralidad ha sido desigual, por tanto, la distribución de causas de morbilidad es diferente al de las áreas urbanas por lo que, al parecer, la transición epidemiológica en la ruralidad ocurre de manera desacelerada, en donde si bien las enfermedades no transmisibles (grupo II) se destacan como las principales causas de mortalidad general, las enfermedades transmisibles (grupo I) siguen siendo, en orden de

importancia, más prevalentes en áreas marginadas en países de medianos ingresos como Colombia (Dantés et al. 2011).

Desde 1967, López-Vidal describió las variaciones individuales y colectivas de las poblaciones rurales dispersas, dentro de las que destacó varios puntos interesantes para llamar la atención sobre la importancia de crear modelos diferenciales para la atención en salud de estas zonas.

La salud en la ruralidad, está determinada por el contexto, las personas y las grandes inequidades que existen. La carencia de servicios básicos como agua, saneamiento, electricidad, educación, entre otras, sumadas a las condiciones socioculturales, hacen que esta población sea más susceptible a agresiones físicas, biológicas y sociales.

La estimación de incidencias y prevalencias de enfermedades en zonas rurales es problemática, por la ausencia o baja calidad de los datos, si se tiene en cuenta que existe incertidumbre sobre el número de personas que se incluyen como numerador (número de casos/incidencia de enfermedad) y el número de individuos de población, por las múltiples definiciones que se tiene sobre lo rural y la poca disponibilidad de información sobre los habitantes de las zonas más dispersas (Loue and Morgenstern 2001).

A pesar de esto, a través de los indicadores más problemáticos y de manera fragmentada, se han creado aproximaciones que buscan dar cuenta de las enfermedades asociadas a la ruralidad, algunos de ellos asociados directamente con las condiciones del entorno rural y otros con las formas y condiciones de vida, de trabajo y de acceso a servicios.

Desde el punto de vista ecológico, las condiciones ambientales del medio rural son en su totalidad favorables para el desarrollo, de forma permanente o endémica, de las enfermedades del grupo I (transmisibles) causadas por agentes infecciosos, virales, bacteriano y de las infecciones parasitarias (no bacterianas) (López-Vidal 1967). Es así como se destacan enfermedades desatendidas como la malaria, la enfermedad de chagas, la leishmaniasis, tracoma, helmintiasis (transmitida por el contacto con el suelo), oncocercosis y otras que históricamente se han asociado a la pobreza (World Health Organization n.d.). Algunas enfermedades infecciosas relacionadas con la exposición agrícola son: brucelosis, histoplasmosis y leptospirosis, entre otras.

Otras morbilidades infecciosas se relacionan con las condiciones de saneamiento y agua como la ,giardiasis, hepatitis A, esporotricosis, amebiasis, entre otras.

La seguridad alimentaria en la ruralidad se ha visto comprometida por varios factores, siendo los más importantes la introducción de monocultivos, la pérdida de apoyo para el desarrollo económico a la ruralidad y su consecuente condición de bajos ingresos de gran parte del sector rural, que disminuye la capacidad adquisitiva de otros alimentos nutritivos. Es así como la malnutrición por exceso y por defecto, afecta tanto a adultos como a niños. Para el caso de los niños el grupo más desfavorecido son los menores de 5 años.

Durante la última década, como consecuencia de la globalización se ha documentado un aumento en el estrés, los estilos de vida sedentarios, la mala alimentación (malnutrición por exceso o por defecto), la pobreza y la contaminación, con un consecuente aumento de las enfermedades crónicas (enfermedades del grupo II). A pesar de existir pocos estudios sobre este grupo de enfermedades en la ruralidad, algunos asocian los desenlaces fatales de las enfermedades crónicas con la falta de acceso a servicios de salud y a las condiciones geográficas. La existencia de este grupo de enfermedades es menos reportada por la población que habita en la ruralidad (dos Santos Tavares et al. 2016). El desenlace de estas enfermedades se relaciona directamente con la adopción y modificación de estilos de vida saludable, que no siempre están al alcance de las comunidades dispersas (Querales-Carrasquel et al. 2017).

Las neoplasias son otro problema de salud en aumento. Se ha documentado que la incidencia de casos es similar entre las áreas urbanas y rurales a excepción del cáncer de tiroides (Alonso Gordo et al. 2004), pero estos casos pueden estar asociados con la exposición ambiental a pesticidas y otros productos químicos cancerígenos; los indicadores de letalidad (muerte) son mayores en las áreas rurales, en donde el lugar de residencia determina tanto el diagnóstico oportuno, como el tratamiento y el desenlace (Croyle 2016; Leslie K and Pallota 2001),

Por otra parte, los trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental parecen ser diagnosticados con menos frecuencia en entornos rurales, lo que no representa la ausencia de este tipo de enfermedades. La falta de diagnóstico, secundaria a la falta de acceso a servicios de salud, puede ser el resultado de este indicador (Loue and Quil 2001).

La salud sexual y reproductiva de las personas que habitan en la ruralidad, representado generalmente en los indicadores de salud materna, ha mostrado que existen grandes diferencias en términos de mortalidad materna asociada a la falta de oportunidad y dificultades en el acceso a servicios de salud (Winstead-Fry and Wheeler 2001); las coberturas de atención del parto institucionalizado son más bajas en áreas rurales (Naciones Unidas 2019), sin desconocer que existen otras necesidades relacionadas con el acceso a programas de planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres.

La violencia intrafamiliar es otro problema de salud pública, que afecta a mujeres tanto urbanas como rurales, sin embargo, estudios demuestran que las mujeres rurales tienen mayor riesgo de aislamiento social y por ende tienen menores oportunidades de recibir atención y ayuda legal (Winstead-Fry and Wheeler 2001).

Con respecto a la salud ocupacional, es importante precisar que los datos sobre la morbilidad y la mortalidad de las personas que trabajan en áreas rurales es insuficiente, por tanto las condiciones de trabajo pueden ser peores a las que muestran algunas estadísticas existentes (Stallones 2001). Sin desconocer que en la ruralidad existen más ocupaciones, la agricultura, además de ser el trabajo más representativo en el sector rural, ha sido catalogada por la Organización Internacional del Trabajo como uno de los más peligrosos, si se tiene en cuenta que, por su naturaleza, es físicamente exigente. El riesgo de accidentes aumenta con el cansancio, la utilización de herramientas poco ergonómicas, las dificultades del terreno, la exposición a condiciones climáticas extremas y la mala salud general, situaciones asociadas con el hecho de trabajar y vivir en comunidades rurales remotas (Organización Internacional del Trabajo 2015).

La literatura sobre enfermedades musculo esqueléticas en zonas rurales es escasa y la mayoría se enfoca en la artritis (Leslie K and Pallota 2001; Loue and Quil 2001) y en las percepciones sobre la prevalencia de dolores de espalda, secundario al trabajo rural (Abadía et al. 2017).

Las lesiones por causa externa en la ruralidad son poco documentadas, sin embargo, su ocurrencia afecta a trabajadores y a menores de edad, para los primeros asociadas con la ocupación y para los segundos con los riesgos inminentes propios del contexto rural y a su exposición permanente a riesgos.

### 5.3 Marco normativo/político

Con la creación de la *Ley 100 de 1993* se determinó que el derecho a la seguridad social es una responsabilidad del Estado, y se estableció que el acceso a los servicios de salud estaría condicionado por la afiliación de sus habitantes (urbanos y rurales) a través de dos regímenes de afiliación: contributivo o subsidiado; convirtiendo de esta forma “la afiliación” al sistema un derecho y una responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud - (EPS) públicas y privadas como encargadas de ofrecer servicios de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud – POS, para cada uno de los regímenes de afiliación.

Dadas las condiciones de precariedad en los contextos rurales, la nación estableció el Sistema General de Participaciones (SGP) con el fin de proveer apoyo en aspectos específicos del sector rural (salud, educación, agua potable y saneamiento básico y propósito general). La regulación del SGP se definió en la Ley 715 de 2001, donde se especifica que el SGP es administrado por los municipios y distritos; de esta forma, los entes territoriales tienen la responsabilidad de proveer a la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales los servicios de salud a través del Régimen Subsidiado (24,5% para salud), además de realizar su seguimiento y control. A su vez en esta ley se señala que los recursos girados por medio del SGP deben ser distribuidos con el criterio de equidad, con el fin de contribuir a reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales (artículo 48)(Congreso de Colombia 2001)

La Ley 715 de 2001 ratifica esta competencia del Ministerio en definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el sistema integral de información en salud y el sistema de vigilancia en salud pública, con la participación de las entidades territoriales.

Lo anterior expresa que la responsabilidad de la oferta y control de los servicios de salud no recae en los entes territoriales, sino que es el Régimen Subsidiado el principal mecanismo de acceso a este servicio para la población. No obstante, cabe cuestionar si la destinación específica para la salud se enfoca en los perfiles de enfermedad que las poblaciones rurales presentan, es decir, si se consideran tanto las condiciones de infraestructura como aquellas variables asociadas a las labores del campo que incluyen riesgos particulares. Además, la redefinición de lo rural podría obligar a una redistribución

de los recursos a través del SGP dado que la población clasificada como rural aumentó, según indica el DNP, en 2014 (Rodríguez-Triana and Benavides-Piracón 2016).

En 2007 la Ley 1122 establece que las Entidades Promotoras de salud tienen la responsabilidad de *“facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, por tratarse de una población dispersa geográficamente, mediante mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades bajo los mecanismos establecidos desde el gobierno.”* Adicionalmente se menciona por primera vez en una ley el nombre SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social) y se dice que el Ministerio de la Protección Social definirá su plan de implementación (Congreso de la República de Colombia 2007). Es importante mencionar el sistema de información en salud, pues aporta información importante para la construcción de la política pública.

Otra modificación normativa importante se da con la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) que modifica la Ley 100, reconociendo la salud como un derecho social fundamental. Adopta, así mismo, un enfoque colectivo de la salud, presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), y lo incluye en las obligaciones del Estado (art. 5°). Destaca, en cabeza de este, la formulación y adopción de *“políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”* (art. 5°- literal c). Los principios (art. 6°) resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los *“determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”* (art. 9°, art. 20) (Congreso de Colombia 2015). Así pues, se establece el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde iguales oportunidades.

## 5.4 Evaluación de pertinencia en las políticas sanitarias

Una política pública se compone de un conjunto de decisiones y acciones dirigidas a resolver un problema público. La solución de dicho problema dependerá no sólo de la idoneidad del diseño de la política pública, sino de su eficaz implementación. (Cejudo 2016)

La evaluación de una política se orienta de acuerdo con los objetivos por los cuales se realiza. De esta manera las evaluaciones de las políticas pueden ser de varios tipos, retrospectivas, prospectivas y continuas; la primera de ellas se realiza luego de la implementación, la prospectiva se realiza antes y la continua durante el proceso. (Curcio, 2007)

En este sentido, es necesario que las políticas sean coherentes y pertinentes para que puedan resolver lo que se ha definido como un problema público. **La pertinencia** se entiende como la adecuación de los objetivos del programa a las necesidades sectoriales y problemas socioeconómicos a los que se dirige, verificando que la estrategia y su concreción en los ejes prioritarios establecidos en el Programa sigan siendo adecuados.

Existen cuatro posibles combinaciones entre la manera, buena o mala, de estructurar el problema público y la presencia de una política o programa correcto o incorrecto:

- La primera combinación es aquella en la que el problema está bien estructurado pero la política no es conceptualmente correcta.
- La segunda es aquella en la que el problema está bien estructurado y la política es correcta.
- La tercera combinación es aquella en la que el problema está mal estructurado y la política es correcta, siendo el error tipificado como III.
- La cuarta combinación posible es aquella en la que el problema está mal estructurado y, además, la política está conceptualmente incorrecta.

La **coherencia** de la política o el programa la entendemos desde dos perspectivas: una externa asociada a la presencia o no de un error tipo III, y otra interna que relaciona los

objetivos planteados con las actividades a desarrollar para alcanzarlos. Para evaluar ambas coherencias debemos contrastar la política con un marco de referencia o un “deber ser”, construido a partir del marco conceptual de la evaluación, es decir, de la estructuración del problema. (Curcio 2007)

El alcance del presente trabajo se limita a la medición de “la coherencia interna” de la respuesta. De esta manera, se define la **coherencia** en las políticas públicas como un elemento que se refiere a la teoría causal que estructura una política (coherencia interna), en donde la pregunta central en este nivel de análisis es si la forma que toma la intervención del Estado es congruente con la definición del problema público, y si hay conexión lógica y articulación causal ente la definición del problema, los instrumentos de política y la solución esperada (Merino, 2013; Cortés, 2008 citados por(Cejudo 2016).

## **5.5 Caracterización de los contextos territorial y demográfico del departamento de Antioquia**

### **5.5.1 Población y territorio**

El departamento de Antioquia se encuentra localizado en el noreste de Colombia, está conformado por 125 municipios que se agrupan en 9 regiones: Valle de Aburrá, Occidente, Oriente, Norte, Nordeste, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Suroeste y Urabá. Tiene una extensión territorial de 63.612 Km<sup>2</sup> (5,6% del territorio nacional), se estima que para 2018 el 78,8% del total de la población habitaba en las áreas urbanas y tan solo el 21,2% en áreas rurales. (DNP 2019).

La densidad poblacional departamental para 2015 era de 106 personas por km<sup>2</sup>, sin embargo, al compararla entre áreas se puede identificar una gran diferencia: mientras en las cabeceras urbanas la densidad poblacional era de 14,298 habitantes por km<sup>2</sup>, en las áreas rurales era de 22 habitantes por km<sup>2</sup>. Estas diferencias son heterogéneas cuando se compara cada una de las subregiones; la región del Valle de Aburrá por ejemplo, contiene a Medellín y los municipios más urbanizados del departamento, y tiene el 95% de su población en el área urbana; para el resto de subregiones las diferencias entre las zonas urbanas y las rurales son menos marcadas e incluso se registra mayor porcentaje en zonas rurales, como en el Occidente donde el 64.0% de la población habita en el área rural, en

---

el Norte es el 53.2% y en el Suroeste, el 50.6% (Secretaría seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2016)<sup>4</sup>.

### **5.5.2 Estructura demográfica**

Colombia al igual que otros países de la región experimenta la segunda fase de transición demográfica caracterizada por altas tasas de mortalidad y un descenso progresivo de la natalidad. Este comportamiento se duplica cuando hablamos del departamento como unidad, sin embargo, la desagregación por zonas de residencia de la población permite mostrar una diferencia en el comportamiento de la estructura demográfica de cada una de las áreas.

De acuerdo con el censo de 2005 en Antioquia había 5.682.310 habitantes y para 2014 la población había ascendido a 6.376.132 habitantes (DANE 2008). En el área rural la estructura para 2005 configuraba una pirámide poblacional progresiva con una base amplia; se estimaba que por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) había 46,4 niños entre 0 y 4 años y, aunque para 2014 esta cifra descendió a 41,5, en las zonas rurales esta población sigue teniendo una mayor proporción de población joven; es así como en las áreas urbanas la población tiende a configurar una pirámide más angosta en su base. Se estimaba que en las áreas urbanas pasó de 33,5 a 28,2 niños por cada 100 mujeres en edad fértil durante los años 2005 y 2014 respectivamente.

Por otra parte, el índice de envejecimiento por áreas de residencia muestra que existen diferencias: mientras en la ruralidad para 2005 era de 19,6 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años, en el área urbana fue de 23,5. Para 2014 éste índice aumentó a 26,7 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años y 31,1 en el área urbana; aunque las diferencias entre áreas son evidentes, el aumento generalizado de éste índice, aunque en diferente proporción, es el resultado del envejecimiento de la población.

---

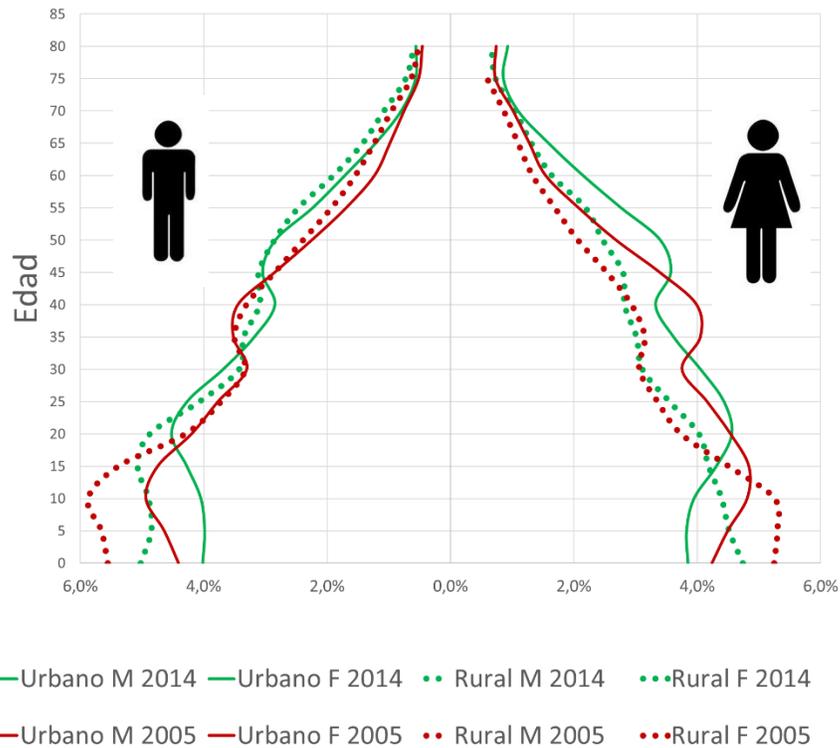
<sup>4</sup> Para una ampliación de las características poblacionales ver (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2016).

Se puede evidenciar que con el paso del tiempo disminuye la población infantil. Mientras en el 2014 la población menor de 15 años en áreas rurales era de 28,4% del total de la población de esta área, en 2005 era 4,4 puntos porcentuales mayor (32,9%). En lo urbano se daba la misma tendencia a la disminución, pero en mayor proporción; para 2005 la población infantil representaba el 27,5% y en 2014 decreció a 23,6%. Para el caso de los mayores de 60 años, se puede decir que, mientras en el área urbana aumentó de 9,2% del total de la población en 2005, a 11,4% en 2014; en el área rural el comportamiento fue inverso: en 2005 la población mayor de 60 años era de 9,3% y en 2014 ésta misma población solo representó el 3,1% del total de la población.

Lo anterior configura el índice de dependencia demográfica, que muestra un descenso durante el periodo estudiado. Para el área rural en 2005, de cada 100 personas económicamente activas (15-60 años) dependían 73 personas < 15 años y > de 60 años; para el año 2014 el número de dependientes era de 65 personas < 15 años y > de 60 por cada 100 personas económicamente activas. En el área urbana el índice de dependencia es menor, sin embargo, el comportamiento decreciente ha sido menor: mientras en 2005 por cada 100 personas económicamente activas dependían 58 personas < 15 años y > de 60, para 2014 solo 54 personas < 15 años y > de 60 eran dependientes por cada 100 personas económicamente activas.

Se puede apreciar claramente que en Colombia la población de hombres era menor en 2005 que en 2014, especialmente en edades de 20 a 50 años, lo que se puede explicar por las muertes derivadas del conflicto armado que históricamente sufre el país. De igual manera la reducción de hombres y mujeres en edad productiva podría estar relacionada con las migraciones que se generaron, especialmente en años anteriores (ver ilustración 1).

Ilustración 1 Pirámide poblacional Urbana y Rural, Antioquia 2005 y 2014



Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones DANE, 2005-2014

## 6. Diseño metodológico

### 6.1 Tipo de investigación

Al considerar que el objetivo general es determinar la pertinencia del Plan Territorial de Salud incluido en el Plan de Desarrollo “Antioquia Piensa en grande 2016-2019” frente al perfil de morbilidad y las necesidades de la zona rural en el departamento, para el estudio se desarrollan dos componentes metodológicos: el primero, orientado a identificar

las necesidades en salud de la población rural mediante el análisis de las estadísticas disponibles que cuenten con la variable de “ruralidad” y, el segundo, realizó una evaluación de la pertinencia entre la respuesta contemplada en la política en salud y la configuración de necesidades rurales halladas en el primer componente. En este sentido, la investigación se desarrolló con diseño de corte mixto, secuencial<sup>5</sup>, con la utilización de métodos cuantitativos (CUAN) y cualitativos de tipo evaluativo (CUAL).

Para el primer componente CUAN se utilizó un diseño **descriptivo**<sup>6</sup>, **transversal, retrospectivo de tipo ecológico**, ya que de acuerdo con la definición presentada por Sampieri (2008) este tipo de estudio permite construir un perfil de morbimortalidad del área rural. Para el desarrollo del segundo componente CUAL, se utilizó la metodología de evaluación de políticas públicas de salud propuesta por Curcio (Curcio 2007) complementada con un componente descriptivo interpretativo.

### 6.1.1 Perfil de mortalidad

Se estima que en Colombia el 15,6% de los registros son causas mal definidas con códigos inútiles que aportan poca o ninguna información estadística (Rodríguez-García et al. 2017). Por ello, para la creación del perfil de mortalidad se utilizaron como insumo las bases de datos que provee el DANE, donde se reportaron las defunciones ocurridas durante los años 2010 a 2014 en el departamento de Antioquia y se usó la metodología de redistribución de causas de mortalidad que provee el Instituto de Métrica y Evaluación de la salud (IHME), con el fin de tener una mayor precisión en los datos, teniendo en cuenta que en la ruralidad, específicamente, pueden ser más frecuentes los problemas de registro y definición de las causas de mortalidad.

---

<sup>5</sup> “... la representación de un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos (CUAN) y cualitativos (CUAL), así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio”

<sup>6</sup> **Los estudios descriptivos** buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. Son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

---

Primero se realizó una limpieza y selección de las muertes, verificando que el registro tuviera la información de las siguientes variables:

- *Área de residencia*: esta variable nominal en la base de mortalidad hace referencia al origen de la persona fallecida; tiene tres categorías establecidas: Cabecera municipal, Centro Poblado y rural disperso, sin embargo, para efectos del presente trabajo y teniendo en cuenta la distribución de los datos poblacionales del Censo 2005 y sus respectivas proyecciones de población, fueron homologadas a dos únicas áreas: Urbano y Rural (conformada por la categoría Centro poblado y rural disperso). Para casos en los que hubo ausencia del dato, se realizó un proceso de imputación con la variable de *lugar de la muerte* y se descartaron los registros que no contaron con ninguna de las dos variables.
- *Edad*: se tuvieron en cuenta los 18 grupos de edad establecidos por la OMS, con una modificación en el primer grupo que se reagrupó en <1 año y 1-4 años.
- *Sexo*: se tuvo en cuenta la definición masculino y femenino.

Una vez seleccionados los casos de muertes, con los criterios de inclusión se aplicó la metodología de redistribución del IHME, que permitió inicialmente la reagrupación de las 307 causas descritas en la CIE- 10 en 235 causas básicas de muerte definidas en la GBD 2010 y 72 grupos de “códigos inútiles”, que por su definición no pueden serlo (ejemplo, hipertensión arterial, cefalea etc.), y usualmente aparecen en los registros de mortalidad generando ruido en las estadísticas de mortalidad<sup>7</sup>.

Una vez fueron identificados estos códigos, los algoritmos estadísticos establecidos por la metodología GBD 2010<sup>8</sup> (Ver Anexo I) fueron aplicados mediante el uso del “*programa estadístico R*” que generó una redistribución de las causas de muerte mal definidas y se suman de manera diferencial a las causas básicas de muerte que pudieron estar relacionadas con la muerte, de tal manera que mejora los registros y disminuye los sesgos

---

<sup>7</sup> Los algoritmos y los respectivos ajustes fueron previamente desarrollados por un grupo investigador del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana y fueron utilizados para la presente investigación previa autorización. Ver (Rodríguez-García et al. 2017).

<sup>8</sup> Esta metodología permite redistribuir o eliminar los códigos basura o las causas de muerte mal definidas mediante el uso de algoritmos ya establecidos por la metodología a fin de mejorar las estadísticas de mortalidad.

que pudieran existir. Para el presente trabajo se aplicaron algunas restricciones para no afectar el perfil de mortalidad en el cruce de tres variables seleccionadas que fueron previamente descritas.

Para el estudio se hicieron algunos ajustes adicionales, con restricciones específicas que limitaran la creación de nuevas causas de muerte.

Una vez se obtuvo la redistribución de las causas básicas de muerte por grupo quinquenal, área de residencia del fallecido y sexo, se calculó la tasa bruta de mortalidad y las tasas específicas<sup>9</sup> por edad, teniendo como numerador el número de muertes distribuidas por causa y como denominador la proyección de población generadas por el DANE a partir del censo poblacional 2005, para cada una de las áreas y años estudiados, distribuida por sexo y edad.

De manera particular, para el grupo de edad “menores de 1 año” y “niños de 1-4 años” no se contó con los datos de población en las proyecciones DANE por área de residencia específica y sexo, por lo que se realizó un ajuste en la redistribución de la proyección en estos dos grupos de edad, teniendo en cuenta el número de nacimientos registrados en los Registros de Estadísticas Vitales - Nacimientos del DANE, de acuerdo con el área de residencia de la madre. Para esto, se calcularon los pesos porcentuales de los nacimientos por área y sexo y se ajustaron a la población proyectada; los casos de mortalidad se obtuvieron para estos grupos de edad por separado.

Al tener en cuenta que la densidad poblacional entre las áreas urbano y rural es diferente, para poder hacer una comparación objetiva, disminuyendo la probabilidad de sesgos por distribución poblacional etaria en cada área, se realizó una estandarización de tasas mediante un método directo, tomando como población tipo la población de Colombia proyectada para cada uno de los años estudiados.

Para la estandarización de tasas se calcularon las muertes esperadas (ME) para la población tipo como el cociente resultante entre la tasa de mortalidad calculada para cada grupo quinquenal por sexo y área de residencia por la población proyectada para Colombia

---

<sup>9</sup> Para todas las tasas de mortalidad se usó la constante  $n$  muertes por 100.000 habitantes.

en cada año de estudio, multiplicada por la constante usada en el cálculo de la tasa que para este caso fue 100.000.

$$\text{Muertes esperadas} = \frac{TM(x100.000) \text{ específica edad y área en un periodo de tiempo}}{\text{Pobl específica x grupo edad y área(proyección DANE mismo periodo)}} \times 100.000$$

Una vez hallados los casos esperados se dividieron por la población tipo para cada grupo de edad y área, multiplicado por la constante 100.000 y se obtuvieron las tasas estandarizadas para cada una de las causas por área y sexo (masculino, femenino y total).

$$\text{Tasa estandarizada} = \frac{ME \text{ específica edad y área en un periodo de tiempo}}{\text{Población Colombia x grupo edad y área(proyección DANE mismo periodo)}} \times 100.000$$

Para el análisis, se usaron las tasas estandarizadas de mortalidad por causa, se realizó un orden ascendente para cada una de las áreas y se compararon las diez primeras causas entre áreas; además se realizó una comparación de tasas de mortalidad específicas en algunos grupos de interés en donde la diferencia entre áreas fue relevante.

### 6.1.2 Perfil de morbilidad

Como se manifestó antes, se parte del supuesto de que existen dificultades de acceso a los servicios de salud, por lo que se descartó el uso del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, como insumo para la construcción de este perfil; adicionalmente se consideró que estos registros actualmente no cuentan con la variable de ruralidad o urbanidad claramente definida. Es así como para la construcción del perfil de morbilidad se utilizaron dos fuentes de información: la primera fue la Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) realizada en el año 2014, disponible en el Repositorio Digital (RID) del Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente la variable de morbilidad sentida en donde los participantes manifestaron sus condiciones de salud durante un periodo de tiempo determinado. Como criterio de selección se tuvo en cuenta el tiempo en que se realizó esta encuesta, ya que representó el periodo sobre el cual se construye el Plan de Salud vigente,

La segunda fuente de información fueron los registros de Eventos de Notificación Obligatoria en Salud (ENOS) reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – SIVIGILA, del Instituto Nacional de Salud en Colombia, teniendo en cuenta

que estos no solo derivan de un proceso de atención, sino también de búsquedas activas en ámbitos comunitarios.

### 6.1.2.1 Morbilidad sentida

La ENSAB se desarrolló bajo un enfoque cuali-cuantitativo que se apoyó en tres estrategias metodológicas, dentro de las cuales estuvo el examen clínico bucal, en donde se recolectó información sobre la distribución y frecuencia de los problemas de salud bucal, En la ficha de recolección de datos clínicos, que fue específica para los siguiente grupos de edad: niños(as) de 1 a 3 años, 5 años, jóvenes de 12 y 15, 18 años y adultos de 20 y 79 años, en la sección de antecedentes médicos se preguntó si la persona muestreada *“alguna vez había padecido o le habían diagnosticado alguno de los problemas listados”*, las causas referidas para cada edad fueron diferentes de acuerdo con lo definido en la metodología de la encuesta. En total se definieron 15 causas como opción de respuesta (alergias, anemia, ansiedad, cáncer, cardiovascular, diabetes, discapacidad, epilepsia, gastrointestinal, hemorragia, hepatitis C, hipertensión, mentales, enfermedades respiratorias y enfermedad tiroidea).

Es importante aclarar que, aunque para el departamento de Antioquia se tuvo una proporción importante de la muestra en la ENSAB IV, esta no es estadísticamente representativa a nivel departamental, ni municipal. Sin embargo, se consideró hacer el análisis de la variable de morbilidad sentida para identificar la diferencia de morbilidad sentida entre zonas de residencia de quienes participaron en la muestra. Para el análisis de esta variable se tomaron las frecuencias de cada uno de los grupos de enfermedades establecidos por la ENSAB IV y se analizaron de manera ascendente entre las dos zonas de estudio. No se calcularon las tasas, por la falta de representatividad de la muestra y por no contar con los datos de población a riesgo para cada uno de los grupos de población participante.

### **6.1.2.2 Eventos de Notificación Obligatoria en Salud Pública**

Los registros de los ENOS reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – SIVIGILA, se encuentran disponibles en uno de los Cubos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y fueron utilizados para complementar el perfil de morbilidad sentida construido a partir de la ENSAB IV.

Se seleccionaron los registros generados durante el periodo de estudio 2010-2014, con las variables de “lugar de residencia” y “evento” para el departamento de Antioquia. Estos reportes cuentan con una variable de residencia que se categoriza como: urbano, centro poblado y rural disperso; al igual que se analizó la mortalidad se unificaron las zonas de centro poblado y rural disperso como la categoría “rural”. Adicionalmente se eliminaron los eventos relacionados con la mortalidad informada de los ENOS, teniendo en cuenta que la mortalidad se analizó en un módulo particular.

Para el análisis no se calcularon tasas específicas por evento, dada la dificultad que se tiene para establecer un denominador para cada uno, si se tiene en cuenta que la población en riesgo para cada evento es diferente y los datos por área de residencia son generales. Por tanto, se determinó la agrupación de eventos en 7 grupos así: enfermedades transmitidas por vectores, eventos inmunoprevenibles, eventos asociados a factores ambientales, eventos asociados a micobacterias, eventos por zoonosis, infecciones de transmisión sexual y eventos relacionados con la salud infantil.

### 6.1.3 Componente evaluativo

Para el desarrollo de la evaluación, inicialmente se propuso realizar una revisión documental y un análisis de contenido del PS 2016- 2019, con el uso del modelo evaluativo planteado por Curcio (2007), explicado en el marco conceptual.

En primer lugar, se estableció un perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad en la ruralidad, con el uso de los datos obtenidos en el componente descriptivo. Se agruparon las primeras 10 causas, de acuerdo con la prevalencia en subgrupos de causas luego, para cada uno de los grupos conformados, se evaluó la respuesta contenida en cada uno de ellos en el PS, identificando su alcance poblacional. Dada la generalidad de la política, con el fin de cumplir el objetivo propuesto y con el propósito de profundizar en la respuesta desde la política pública a las necesidades en salud de la población que vive en las zonas rurales fueron desarrolladas entrevistas semiestructuradas, con las que se buscaba comprender el alcance de las actividades de algunos de los programas contemplados en el PS así como sus limitaciones en el sector rural, con el fin de establecer la pertinencia de las acciones frente a las necesidades establecidas.

El instrumento para la recolección de la información primaria fue construido a partir de los hallazgos del análisis de contenido del PS, los cuales buscaron ser complementados y contrastados con las percepciones de los entrevistados, en temas tales como salud materna, salud mental, enfermedades crónicas, Atención Primaria en Salud (APS). La selección de los participantes se realizó a conveniencia y utilizando la técnica de bola de nieve, sin embargo, se tuvieron en cuenta algunos criterios de inclusión como: trabajadores de la secretaria de salud que trabajaran en áreas relacionadas con los temas de interés, con conocimiento del funcionamiento de los programas que manejan y personas externas de algún municipio que participaran directa o indirectamente en la implementación del PS.

Previa solicitud de consentimiento informado y autorización para la grabación de cada entrevista, en total se realizaron seis entrevistas semiestructuradas y una entrevista semiestructurada grupal (11 participantes). En total participaron 17 personas, en donde se

incluyeron actores asociados a la implementación y seguimiento de las actividades de algunos programas de salud contemplados en el PS.

La integración de la información del componente cualitativo y evaluativo se desarrolló mediante la metodología de matrices de integración o “*Joint Displays*”<sup>10</sup>, teniendo en cuenta que esta herramienta ha sido utilizada para la complementación de información entre diferentes tipos de datos dentro de los estudios mixtos.

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a realizar las transcripciones de cada una de ellas y posteriormente fueron codificadas mediante el uso de NVivo 12, con el cual se procedió a realizar codificación abierta y axial de las entrevistas como insumo para el análisis de la información recolectada. Luego, se procedió a hacer un análisis descriptivo agrupando las categorías y subcategorías por grandes temas para luego dar paso a la interpretación de los resultados.

---

<sup>10</sup> La integración de datos a través de matrices de integración se usa para identificar “coherencia” entre datos cuantitativos y cualitativos. El uso de esta metodología puede conducir a tres resultados: “confirmación”, “expansión” o ampliación de percepciones y “desacuerdo/discordancia” entre la información. Ver (Fetters, Curry, and Creswell 2013; Guetterman, Fetters, and Creswell 2015)

## 7. Análisis y resultados

### 7.1 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se utilizó la metodología GBD 2010, que clasifica las causas de mortalidad en 307 causas distribuidas en 4 grandes grupos de causas de mortalidad: transmisibles, no transmisibles (ENT), causa externa y condiciones maternas y neonatales y excluye un grupo de enfermedades que por su definición no pueden ser clasificadas como causa básica de muerte (72 causas).

Durante el periodo analizado (2010-2014), en el departamento de Antioquia se registraron 146.674 defunciones. Una vez redistribuidas las causas de mortalidad se trabajó con 146.175 defunciones (99,6%); los datos excluidos en la redistribución se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2 Características seleccionadas de la base de datos de mortalidad, Antioquia 2010-2014 (en número de muertes y porcentaje del total)

<b>Descripción de la exclusión</b>	<b>N° de muertes.</b>	<b>% del total</b>
<b><i>Sin área de residencia del fallecido/ sin sitio de defunción</i></b>	181	0,12%
<b><i>Sin Edad</i></b>	311	0,21%
<b><i>Sin sexo</i></b>	7	0,00%
<b><i>Resto de defunciones (Redistribución)</i></b>	146.175	99,66%
<b><i>Tota, de fallecidos</i></b>	146.674	100,00%

**Fuente:** Elaboración propia con base en el Registro de Estadísticas Vitales- mortalidad, Antioquia 2010-2014 y resultados de Redistribución GBD

Para el periodo 2010-2014 en el departamento de Antioquia fueron identificados en promedio 20.232 causas de muerte básicas mal definidas que representaron el 14% de los

registros de mortalidad y aportan poco o nula información para la toma de decisiones en salud.

Se estableció que la redistribución de estos códigos inútiles fue diferente entre áreas: en el área rural las causas mal definidas fueron del 17% de los registros; una vez hecha la redistribución, este porcentaje descendió a un 9% y en el área urbana pasó del 13% a un 3% en este mismo periodo.

### **7.1.1 Mortalidad general por grandes causas**

Para los grandes grupos de causas de mortalidad, se observó que las ENT representaron las principales causas de muerte tanto en el área urbana como en la rural. Con el ajuste de la redistribución, la carga porcentual aumentó para ambas áreas, acentuando las diferencias de prevalencias para cada grupo: mientras en lo urbano las ENT representaban el 65% del total de las muertes y en lo rural era del 55%, con la redistribución la carga porcentual aumentó en un 12,3% en el área urbana y 10,9% en el área rural.

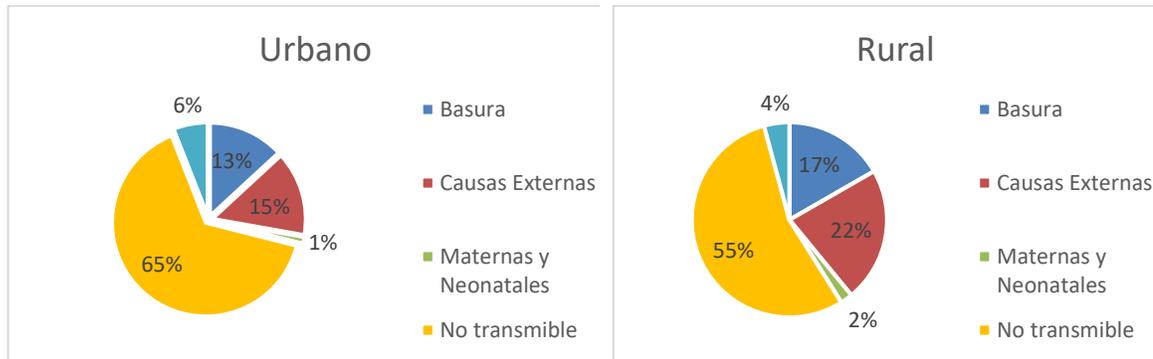
Las causas externas representaron una importante proporción en las causas de mortalidad, con una mayor proporción de participación en las muertes del área rural (22%) que en el área urbana (15%); una vez redistribuidos los códigos inútiles, este grupo aumentó 6,6% y 9% respectivamente en cada área.

Como es de esperarse, en el área rural las enfermedades transmisibles fueron mayores con respecto al área urbana. En esta última no se evidenció una variación significativa, mientras que en lo rural la redistribución aumentó un 25% las muertes por esta causa.

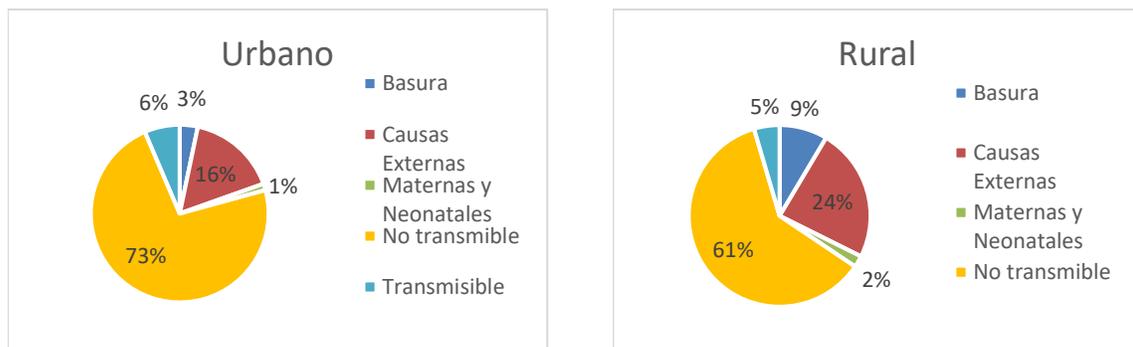
La mortalidad por condiciones maternas y neonatales fue mayor en las áreas rurales con un 2% frente a 1% en lo urbano. El algoritmo de redistribución no influyó de manera importante en este grupo (Ver Ilustración 2).

*Ilustración 2 Distribución porcentual del número de muertes de acuerdo con los grandes grupos de causas, antes y después de la redistribución de códigos inútiles. Antioquia 2010-2014*

### Mortalidad antes de la redistribución



### Mortalidad después de la redistribución



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

## 7.1.2 Mortalidad general por sexo y edad

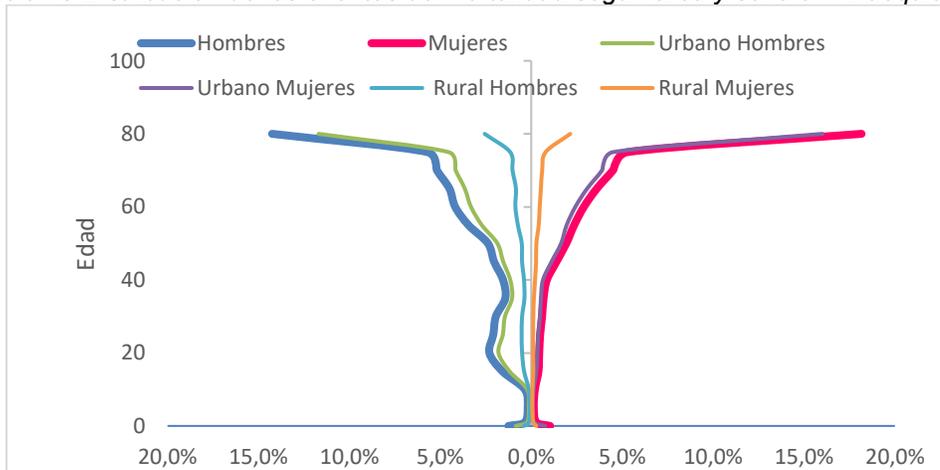
La distribución porcentual de las defunciones por sexo y edad registradas durante el 2014 en el departamento de Antioquia ponen en evidencia que el patrón de mortalidad entre hombres y mujeres tuvo diferencias, especialmente en edades entre 20 y 40 años, en donde la mortalidad en hombres de áreas urbanas es mayor. Estas muertes por lo general están asociadas a causas externas. En términos de frecuencia, la mortalidad en todos los grupos de edad de sexo masculino siempre es más alta que la femenina.

Se observó que la mortalidad tiene un comportamiento diferencial de acuerdo con las áreas de residencia de los fallecidos. En el primer año de vida el riesgo de morir es alto y va

reduciéndose hasta los 5 a 10 años, cuando empieza a ascender en forma acelerada, especialmente en el grupo de hombres que habitan en áreas urbanas, para posteriormente aumentar. A partir de los 40 años tanto en hombres como en mujeres el riesgo de morir aumenta progresivamente con la edad.

El comportamiento general de la mortalidad en el área rural tiene menos variaciones respecto al comportamiento de la mortalidad general. La muerte de los hombres en edad productiva que habitaban en el sector rural fue menor que en el área urbana (Ver Ilustración 3).

*Ilustración 3 Distribución de los eventos de mortalidad según área y sexo en Antioquia , 2014*



**Fuente:** Elaboración propia, con base en Registros de mortalidad DANE procesados, Antioquia, 2010-2014

### 7.1.3 Mortalidad por causas específicas

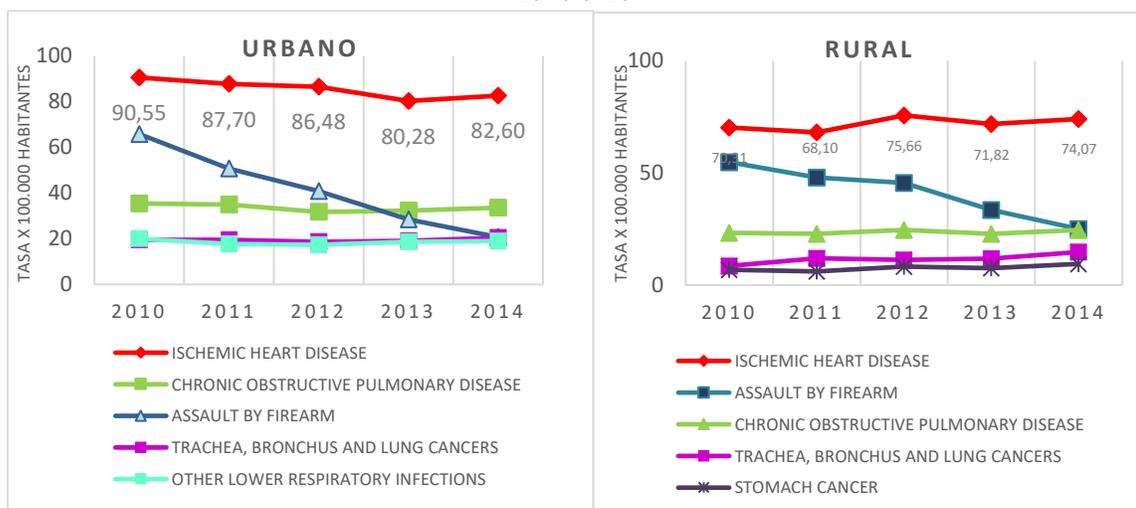
Entre los años 2010 y 2014 las principales causas de mortalidad en Antioquia presentaron una tendencia variable en el tiempo. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en las dos áreas, sin embargo, la tendencia en las zonas urbanas decrece con una tasa de 90,5 a 82,6 muertes por cada 100.000 personas para el año 2010 y 2014 respectivamente; en las zonas rurales el comportamiento de la tendencia es hacia el aumento con una tasa de 70,3 muertes por cada 100.000 personas en 2010 a 74,7 muertes por cada 100.000 personas para el año 2014.

La mortalidad por arma de fuego representaba la segunda causa de muerte con una tendencia clara de disminución en el tiempo, descendiendo de la segunda a la tercera causa de muerte en el área urbana con una tasa de 20,71 muertes por cada 100.000 personas. Las muertes asociadas a esta causa en las áreas rurales han disminuido, aun así, se mantiene una tasa que es mayor que en el área urbana de 25,06 muertes por cada 100.000 personas en áreas rurales.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC fue la segunda causa de mortalidad en las zonas urbanas con tendencia a la disminución y la tercera en el área rural con un leve aumento: mientras que en 2010 la tasa era de 23,32 muertes por cada 100.000 personas en 2014 fue de 24,52 muertes por cada 100.000 personas

El cáncer de pulmón, tráquea y bronquios se sitúa en el cuarto lugar en las causas de muerte tanto en la zona urbana como en la rural con tendencia al aumento. El cáncer de estómago toma una posición importante en la ruralidad, siendo la quinta causa de mortalidad, mientras en 2010 la tasa era de 6,91 en 2014 ascendió a 9,47 (Ver Ilustración 4).

*Ilustración 4. Tendencia de tasas estandarizadas de mortalidad en zona Urbano y Rural, Antioquia 2010 a 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010.

En el análisis general del periodo 2010-2014 se evidencian diferencias en términos de prevalencias y, en consecuencia, de prioridad para determinar las primeras causas básicas de muerte. Al analizar las tasas estandarizadas de mortalidad del último año estudiado (2014), se puede establecer que la mortalidad en zonas urbanas tiene gran peso/influencia

---

sobre la configuración de las principales causas de mortalidad del departamento, escondiendo dentro de ésta última las diferencias que existen en las áreas rurales.

De esta manera, las seis primeras causas de mortalidad del departamento de Antioquia fueron las marcadas por las tasas de mortalidad más altas en el área urbana (cabecera), mientras que, en el área rural, aunque las tasas fueron bajas, al reorganizar por prioridad fue diferente, por tanto, se establece una nueva configuración en términos de causalidad.

La enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de mortalidad en las dos áreas con una tasa general ajustada de 80,7 muertes por cada 100.000 personas con mayor peso en el área urbana: 82,6 muertes por cada 100.000 personas en relación con el área rural 74,1 muertes por cada 100.000 personas.

La segunda causa de mortalidad en la ruralidad fueron las agresiones con arma de fuego con una tasa de 25,1 muertes por cada 100.000 personas, mientras que en lo urbano la tasa fue menor con 20,7 muertes por cada 100.000 personas. Esta diferencia hace que la tasa general baje y, por tanto, sea la tercera causa después de las muertes por EPOC, que resulta siendo la tercera causa de mortalidad en la ruralidad con una tasa de 24,5 muertes por cada 100.000 personas.

El cáncer de estómago es una de las causas básicas de muerte importantes en el departamento; mientras en el área urbana es la octava causa básica de muerte con una tasa de 11,4 muertes por cada 100.000 personas, en la ruralidad representa la quinta causa, después del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, con una tasa de 9,5 muertes por cada 100.000 personas.

El grupo de “otras enfermedades respiratorias” son la quinta causa de muerte en la generalidad, sin embargo, para la ruralidad se posiciona en la séptima causa con una tasa de 9,2 muertes por cada 100.000 personas.

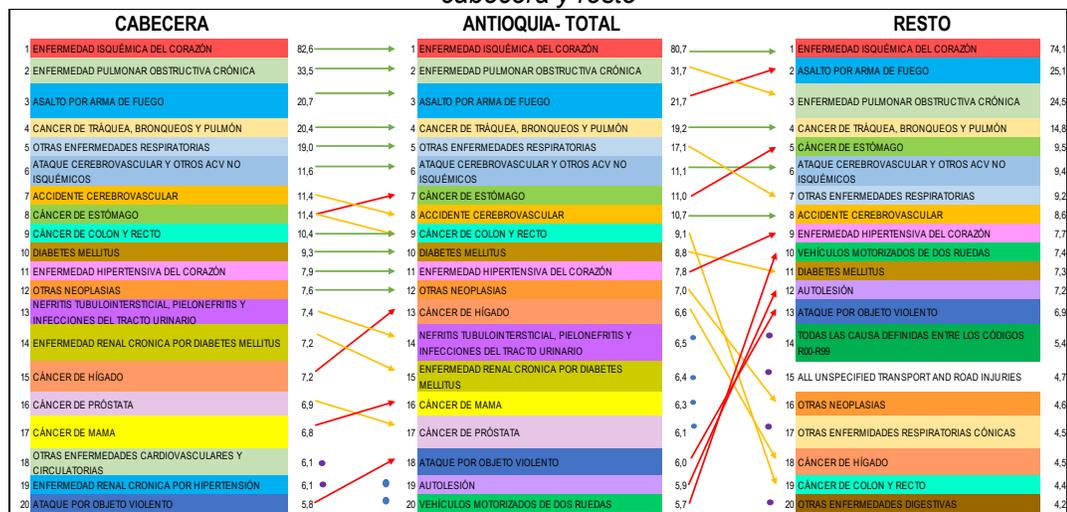
Llama la atención que la cardiopatía hipertensiva tiene una tasa similar en las dos zonas, pues en el área urbana la tasa es de 7,9 muertes por cada 100.000 personas y en el área rural es de 7,7 muertes por cada 100.000 personas, sin embargo, en la zona rural tiene más peso en términos de priorización.

Enfermedades como el cáncer de colon, la diabetes mellitus, el cáncer de hígado y otras neoplasias son relevantes en el área urbana, ubicándose en lugares más distantes en las causas de mortalidad del área rural, como se puede ver en la Ilustración 5.

Por su parte, las enfermedades asociadas a causa externa por vehículos motorizados de dos ruedas (motocicletas), lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio) y agresiones por objeto cortante, son más prevalentes en áreas rurales tuvieron tasas entre 7,2 y 7,4 muertes por cada 100.000 personas. Si se tiene en cuenta que la población urbana es mayor que la rural, las muertes asociadas a este grupo se disipan en la generalidad, haciendo que ocupen posiciones inferiores en la priorización.

Llama la atención que las muertes “definidas entre los códigos R00-R99” hacen parte de las catorce primeras causas de mortalidad en la ruralidad, lo que muestra que la calidad del registro de mortalidad en áreas rurales es más deficiente que en las áreas urbanas, pues de acuerdo con la metodología GBD 2010 son causas mal definidas y no es posible redistribuirlas por su falta de especificidad. (Ver Ilustración 5)

*Ilustración 5 Primeras veinte causas básicas de muerte (tasa x 100.000) Antioquia 2014, por zona cabecera y resto*

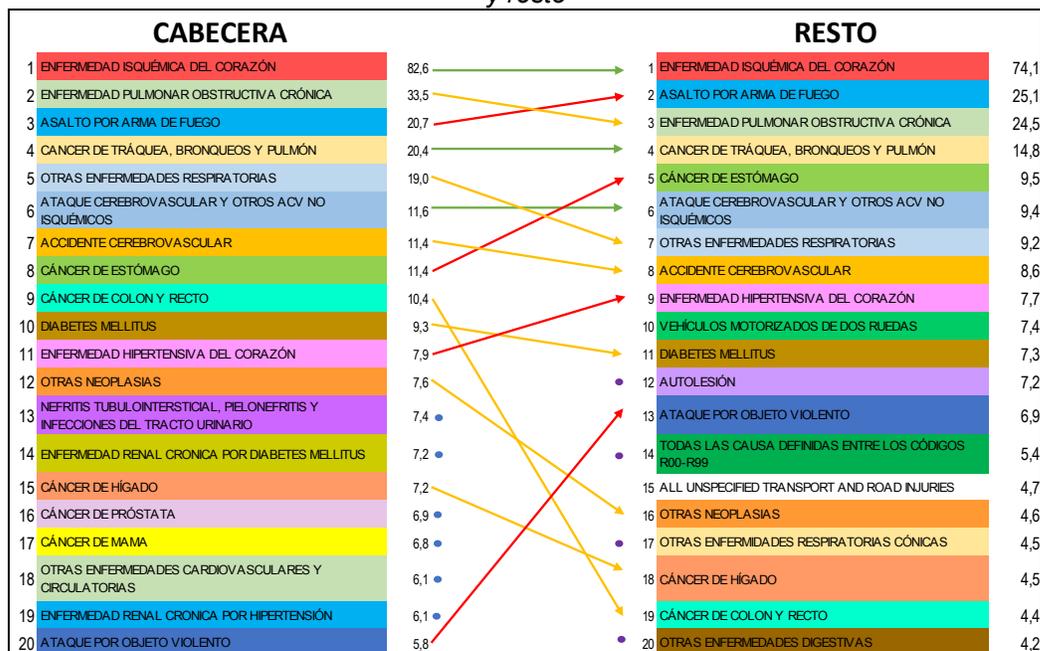


Fuente: Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

De esta manera, se evidencia que existen causas básicas de muerte que por su magnitud en el área urbana no se posicionan en las primeras causas de mortalidad general, como el suicidio y las causas externas. La Ilustración 6 muestra la configuración heterogénea y, por tanto, las variaciones de las prevalencias para la priorización de las principales causas

de muerte en las zonas urbanas y rurales del departamento tal y como se explicó previamente.

*Ilustración 6 Primeras veinte causas básicas de muerte (tasa x 100.000) Antioquia 2014, cabecera y resto*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.3.1 Mortalidad general por sexo y causas específicas

Tal y como se ha visto, existe una homogeneidad en las primeras causas de muerte entre las dos zonas estudiadas. Para el caso de los hombres las cuatro primeras causas se configuran de igual forma con diferentes prevalencias en cada una de las áreas de residencia, así, la primera causa de mortalidad en hombres fue la enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 93,9 muertes por cada 100.000 hombres en áreas urbanas y 83,8 muertes por cada 100.000 hombres en áreas rurales.

Las muertes por arma de fuego fueron la segunda causa de muerte en hombres, sin embargo, la tasa fue mayor en áreas rurales con 46,4 muertes por cada 100.000 hombres, mientras que en lo urbano la tasa fue de 39,17 muertes por cada 100.000 hombres. Esto puede estar explicado por el conflicto armado marcado en áreas rurales que, aunque en descenso, prevalece a través del tiempo.

Para las dos áreas la EPOC y el cáncer de tráquea y bronquios fueron la tercera y cuarta causa de muerte respectivamente, representada con diferentes magnitudes en las muertes de los hombres de áreas urbanas y rurales. (Ver Ilustración 7).

Se evidencia que la priorización de causas de mortalidad se vuelve heterogénea entre áreas. Las enfermedades respiratorias tuvieron una tasa de mortalidad ajustada de 19,2 muertes por cada 100.000 hombres en el área urbana, y se posicionan como la quinta causa de muerte en hombres, sin embargo, en la ruralidad es la novena causa con una tasa de 10,7 muertes por cada 100.000 hombres.

Enfermedades que ocuparon lugares descendentes en la lista de priorización de las áreas urbanas, como muertes por accidentes de tránsito (motocicletas), que en lo urbano se ubican como la decimotercera causa de muerte con una tasa de 8,76 muertes por cada 100.000 hombres, en lo rural presentó una tasa de 13 muertes por cada 100.000 hombres ubicándose como la quinta causa de muerte. Esto puede estar explicado por las dificultades de acceso con que se cuenta en la ruralidad para atención oportuna de los siniestros viales, las condiciones geográficas propias de la ruralidad como parte del riesgo natural y el insuficiente cuidado que se tiene con el uso de elementos de seguridad, ya sea por construcciones sociales o por ausencia de autoridades regulatorias en estas áreas.

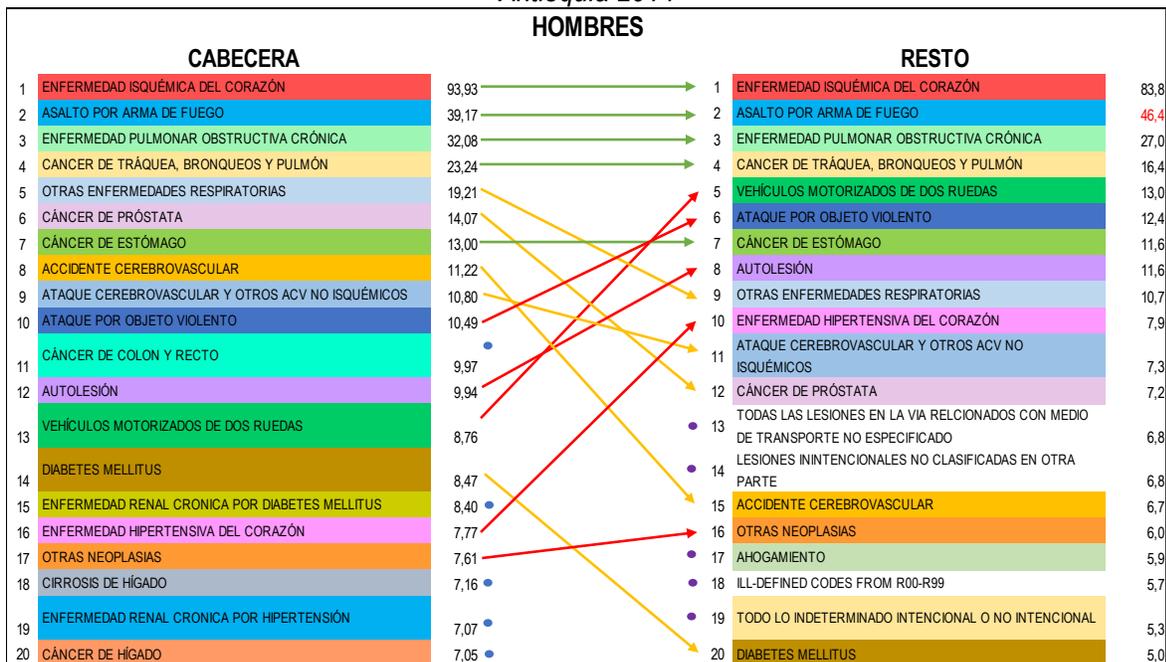
Las causas de muerte asociadas al ataque con objetos cortantes fueron la sexta causa de muerte en áreas rurales con una tasa de 12,4 muertes por cada 100.000 hombres, mientras que en lo urbano fue la décima causa con una tasa de 10,4 muertes por cada 100.000 hombres.

La muerte por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) fue mayor en las zonas rurales como novena causa de muerte con una tasa de 11,6 muertes por cada 100.000 hombres, frente a una tasa de muerte en lo urbano de 9,94 muertes por cada 100.000 hombres, categorizada como la decimosegunda causa de mortalidad.

Aunque la cardiopatía hipertensiva tuvo un comportamiento similar en lo urbano y rural con una tasa de 7,7 y 7,9 muertes por cada 100.000 hombres respectivamente, estas fueron más importantes en la ruralidad como décima causa.

En la *ilustración 7* se puede observar el comportamiento de otras causas de muerte en hombres y la variabilidad en términos de priorización en cada una de las zonas urbano y rural.

*Ilustración 7 Primeras veinte causas de mortalidad en Hombres según zona de residencia, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

El comportamiento de la mortalidad en mujeres también tuvo variaciones importantes y, a pesar de que las dos primeras causas de mortalidad coinciden, la prevalencia es variable. Como primera y segunda causa de mortalidad, al igual que en los hombres para 2014, estaban las muertes asociadas a la cardiopatía isquémica con una tasa de 71,6 y 64,6 muertes por cada 100.000 mujeres en la zona urbana y rural respectivamente; y la EPOC como segunda causa de mortalidad con una tasa de 34,9 muertes por cada 100.000 personas en las zonas urbanas y 22,1 muertes por cada 100.000 mujeres en áreas rurales.

En general, todas las tasas de mortalidad ajustada fueron más altas en las áreas urbanas, sin embargo, a partir de la tercera causa de mortalidad se evidencian cambios importantes que reconfiguran la causalidad de muerte de las mujeres urbanas y rurales. Dicho esto, las otras infecciones de las vías respiratorias inferiores en las zonas urbanas representaron la tercera causa de muerte con una tasa de 18.8 muertes por cada 100.000 mujeres, y en las

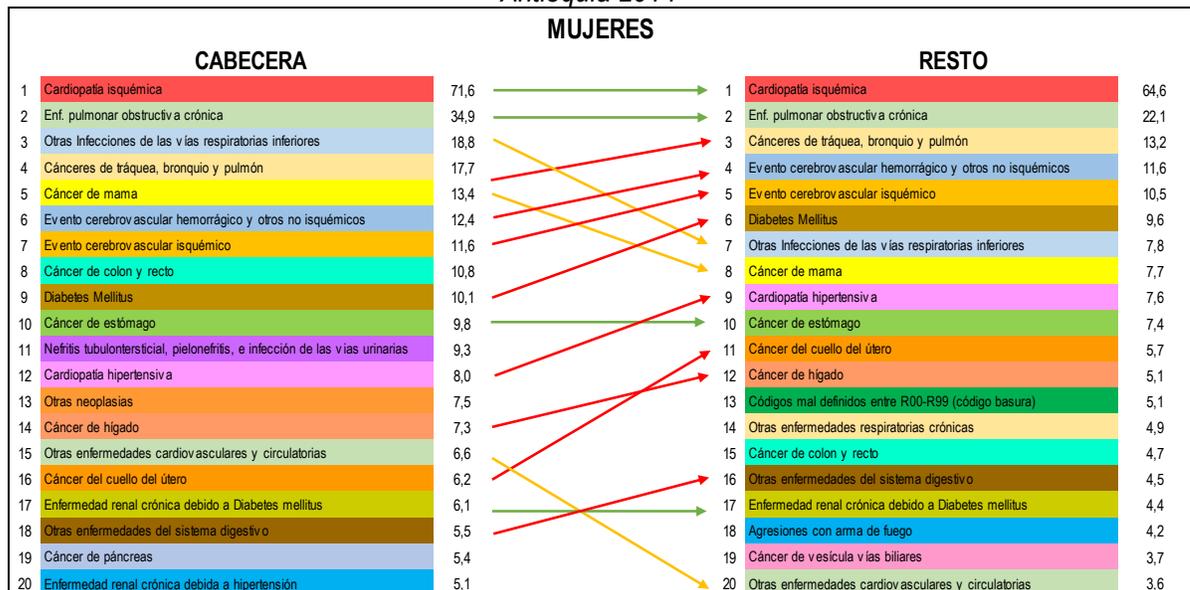
zonas rurales fue la séptima causa de muerte con una tasa de 7,8 muertes por cada 100.000 mujeres.

Lo mismo sucede con el cáncer de mama que, con una tasa de 13.4 muertes por cada 100.000 mujeres, era la cuarta causa de muerte en las zonas urbanas y la octava causa de muerte en las zonas rurales con una tasa de 7,7 muertes por cada 100.000 mujeres.

Mientras tanto, existen otras enfermedades que se posicionan con mayor importancia en las zonas rurales, si se compara con la zona urbana, como el cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, la muerte por evento cerebrovascular hemorrágico e isquémico, la diabetes mellitus, la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía hipertensiva y el cáncer de útero que, aunque tienen tasas estandarizadas menores, son prioritarias en las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas (Ver Ilustración 8).

Lo contrario, sucede con algunas enfermedades como la muerte por infecciones de las vías respiratorias inferiores, el cáncer de mama y las otras enfermedades cardiovasculares y circulatorias que tienen un gran peso en áreas urbanas en términos de priorización, pero que se configuran con menor relevancia en áreas rurales.

*Ilustración 8 Primeras veinte causas de mortalidad en Mujeres según zona de residencia, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### **7.1.4 Mortalidad específica por subgrupo**

A continuación, se presenta un análisis de la mortalidad por grupos de causas de acuerdo con la clasificación GBD 2010, con tasas estandarizadas para las diez primeras causas de cada grupo (Para las demás causas, consultar Anexo II).

#### **7.1.4.1 Enfermedades No transmisibles (ENT)**

En el departamento de Antioquia las ENT representaron el 61% y 73% del total de las muertes en las zonas rurales y urbanas, respectivamente, durante el periodo estudiado. Es importante resaltar que este grupo de enfermedades fue el que más muertes representó en 2014. El comportamiento de la mortalidad de acuerdo con las áreas urbanas y rurales fue homogéneo para las tres primeras causas en términos de priorización, con una variación en las tasas estandarizadas que, como en los demás grupos, generalmente fueron menores en las zonas rurales.

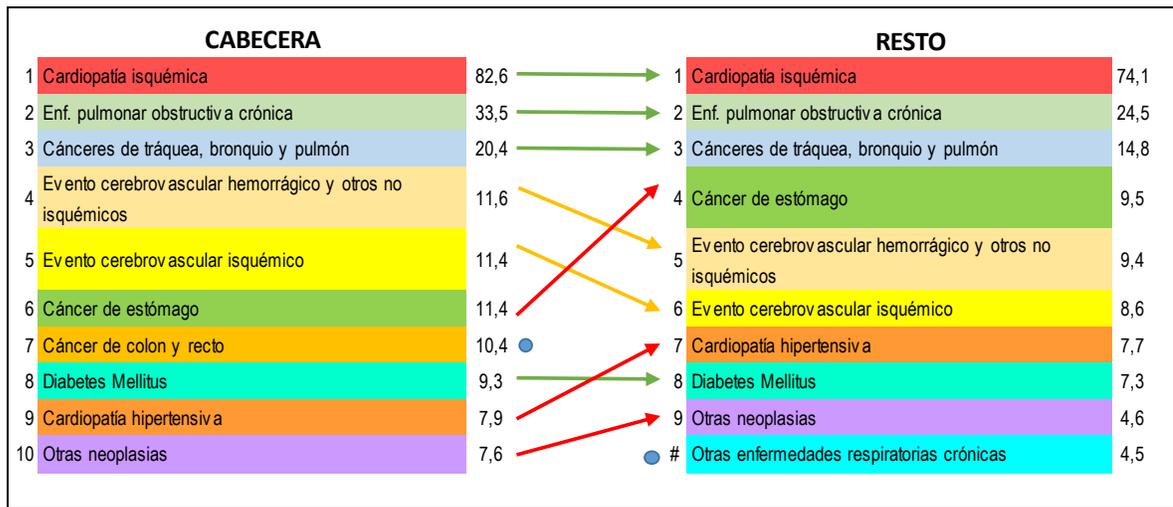
La primera causa de mortalidad fueron las cardiopatías isquémicas tanto en zona urbana como rural con una tasa de 82,6 y 74,1 muertes por cada 100.000 personas, respectivamente; le sigue la EPOC, que en la zona urbana representó una tasa de 35,5 muertes por cada 100.000 personas y en el área rural una tasa de 24,5 muertes por cada 100.000 personas.

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón con una tasa de 20,4 muertes por cada 100.000 personas en áreas urbanas y 14,8 muertes por cada 100.000 personas en áreas rurales, representó la tercera causa de muerte. Las causas de muerte subsiguientes en cada área tienen una variación en términos de priorización, pues aunque las prevalencias de las tasas estandarizadas de muerte cambian en cada área, la priorización cambia, así por ejemplo, el cáncer de estómago que se posiciona como cuarta causa de muerte en el área rural de Antioquia para 2014 con una tasa de 9,5 muertes por cada 100.000 personas, es la sexta causa de muerte en el área urbana que representa una tasa de 11,4 muertes por cada 100.000 personas.

Otras causas de muerte como las asociadas a eventos cerebrovascular hemorrágico e isquémicos difieren de acuerdo con el área de residencia del fallecido, priorizadas de manera diferente en el área rural si se compara con el área urbana.

El cáncer de colon y recto es la séptima causa de muerte en el área rural con una tasa de 10,4 muertes por cada 100.000 personas, sin embargo, en el área rural del departamento la muerte por esta misma causa se ubica en la posición decimotercera. Llama la atención que la tendencia de las tasas estandarizadas va en aumento a través del tiempo en las áreas rurales (Ver Ilustración 9).

*Ilustración 9 Primeras diez causas de mortalidad por ENT según zona de residencia, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.4.2 Enfermedades Transmisibles

Las muertes por Enfermedades Transmisibles en Antioquia representaron un 5% y 6% del total de las muertes totales registradas en las zonas rurales y urbanas, respectivamente, durante el periodo 2010-2014.

La muerte por otras infecciones respiratorias inferiores fueron la primera causa de mortalidad, tanto en zonas urbanas como rurales, con tasas estandarizadas de mortalidad de 19 y 9,2 muertes por cada 100.000 personas para cada área, respectivamente.

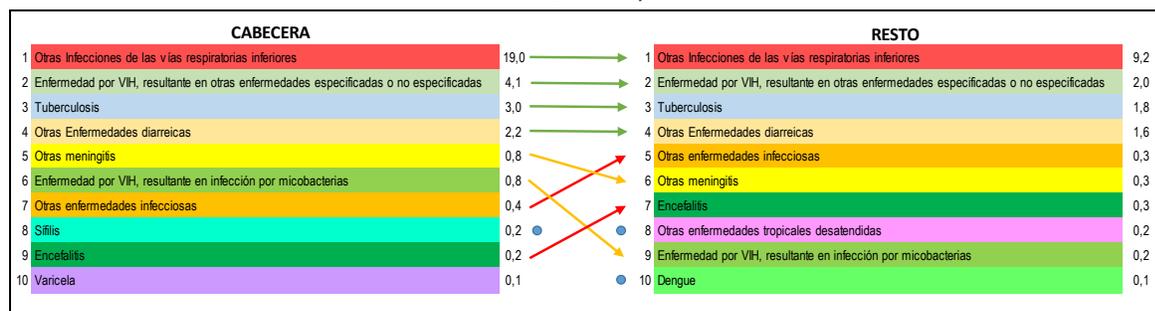
La enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades especificadas o no especificadas, fue la segunda causa de muerte en las dos áreas con una tasa de 4,1

muerres por cada 100.000 personas en el área urbana y 2 muertes por cada 100.000 personas en áreas rurales.

Las tasas de muerte asociadas a enfermedades diarreicas fueron mayores en zonas urbanas, con una tasa de 2,2 muertes por cada 100.000 habitantes, y en el área rural con 1,6 muertes por cada 100.000 personas.

Las causas de muerte asociadas a otras enfermedades infecciosas y la encefalitis se posicionan de manera prioritaria en áreas rurales como se puede observar en la Ilustración 10.

*Ilustración 10 Primeras 10 causas de mortalidad por enfermedades transmisibles según zona de residencia, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.4.3 Mortalidad por causa externa

Las muertes por causa externa representaron el 16% de muertes en el área urbana y el 24% del total de muertes en el área rural del departamento de Antioquia durante el periodo 2010-2014. El porcentaje de muerte atribuido a causas externas fue notablemente mayor en áreas rurales y, por tanto, las tasas estandarizadas fueron mayores para todas las causas de este grupo.

Las agresiones con arma de fuego fueron la primera causa de muerte, tanto en las áreas urbanas como rurales. Para las primeras la tasa fue de 20,7 muertes por cada 100.000 personas y las segundas, se evidencia una tasa de 25,1 muertes por cada 100.000 personas, esta diferencia puede ser atribuida al conflicto evidente y más frecuente en áreas rurales que, aunque en descenso, se mantiene a través del tiempo.

A partir de la segunda causa el orden de priorización fue diferente para las dos áreas, mientras las muertes atribuidas a los siniestros viales de vehículos de dos ruedas registraron una tasa de 7,4 muertes por cada 100.000 personas, posicionándose como la segunda causa de muerte en la ruralidad. En el área urbana era la cuarta causa de muerte con una tasa de 5,2 muertes por cada 100.000 personas.

Las muertes por lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidio) fueron la tercera causa de muerte tanto en zonas urbanas como rurales, con una tasa de 5,6 y 7,2 muertes por cada 100.000 personas para cada área respectivamente, notablemente mayor en áreas rurales.

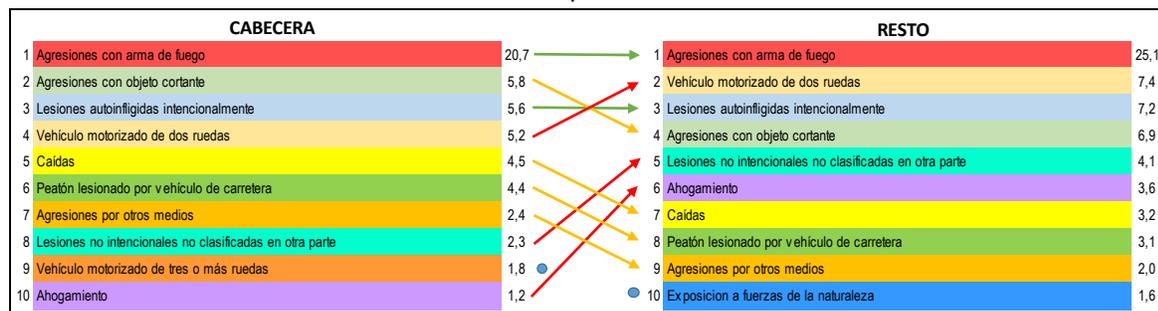
La segunda causa de muerte en el área urbana fueron las asociadas a las agresiones con objeto cortante (riñas) con una tasa de 5,8 muertes por cada 100.000 personas; para el caso de las áreas rurales las muertes por esta causa, aunque la tasa fue mayor (6,9 muertes por cada 100.000 personas), ocupaba la cuarta causa de mortalidad.

Las lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte tuvieron una tasa mayor en las zonas rurales de 4,1 muertes por cada 100.000 personas, siendo la quinta causa en términos de priorización; esta misma causa en el área urbana fue la octava causa de muerte con una tasa de 2,3 muertes por cada 100.000 personas.

Las muertes por ahogamiento muestran una variabilidad importante: en las áreas urbanas fue la décima causa de muertes con una tasa de 1,2 muertes por cada 100.000 personas, mientras que en el área rural fue la sexta causa de muerte con una tasa de 3,6 muertes por cada 100.000 personas.

Otras causas de muerte como las asociadas a caídas, peatón lesionado por vehículo en carretera y agresiones por otros medios fueron causas más prioritarias en las áreas urbanas que en las áreas rurales (Ver Ilustración 11).

*Ilustración 11 Primeras 10 causas de mortalidad por causas externas según zona de residencia, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

#### 7.1.4.4 Mortalidad por condiciones materno-perinatales

La tendencia de mortalidad materna en Antioquia durante los últimos años claramente ha venido descendiendo. Para 2010 se calculaba una razón de 63 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, y para 2014 la razón era de 24 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Además, se pudo identificar que, aunque las muertes maternas han disminuido en el tiempo, las diferencias entre las áreas urbano y rural siguen siendo notorias, especialmente en las regiones más dispersas del departamento (Magdalena Medio y Oriente)<sup>11</sup>.

Dentro de la clasificación de mortalidad GBD 2010, se establecen 6 causas de muerte, que corresponden al grupo de condiciones materno-perinatales. Tres de ellas describen las causas de mortalidad materna como se explica a continuación.

Por un lado, los trastornos hipertensivos, aborto, hemorragia y otras enfermedades maternas. Las tasas de mortalidad ajustada para estas causas de muerte mostraron pequeñas diferencias entre áreas (Ver Ilustración 11).

Por otro lado, las muertes perinatales mostraron una mayor variación en términos de priorización para cada una de las áreas: las tasas estandarizadas de muertes por

<sup>11</sup> Datos suministrados por la SDS, Comité de vigilancia epidemiológica departamental abril 25 de 2019

condiciones de parto pretérmino fueron levemente mayores en el área urbana con 2,89 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, frente a una tasa de 2,56 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural. Sin embargo, la encefalopatía neonatal fue más alta en áreas rurales, con una tasa de 2,49 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, que en el área urbana (1,43 muertes por cada 100.000 nacidos vivos).

Las muertes atribuidas a otros trastornos neonatales y sepsis en el recién nacido (otras enfermedades infecciosas) tuvieron tasas más altas en lo rural que lo urbano (ver Ilustración 12).

*Ilustración 12 Primeras diez causas de mortalidad por condiciones materno-perinatales según zona de residencia, Antioquia 2014*

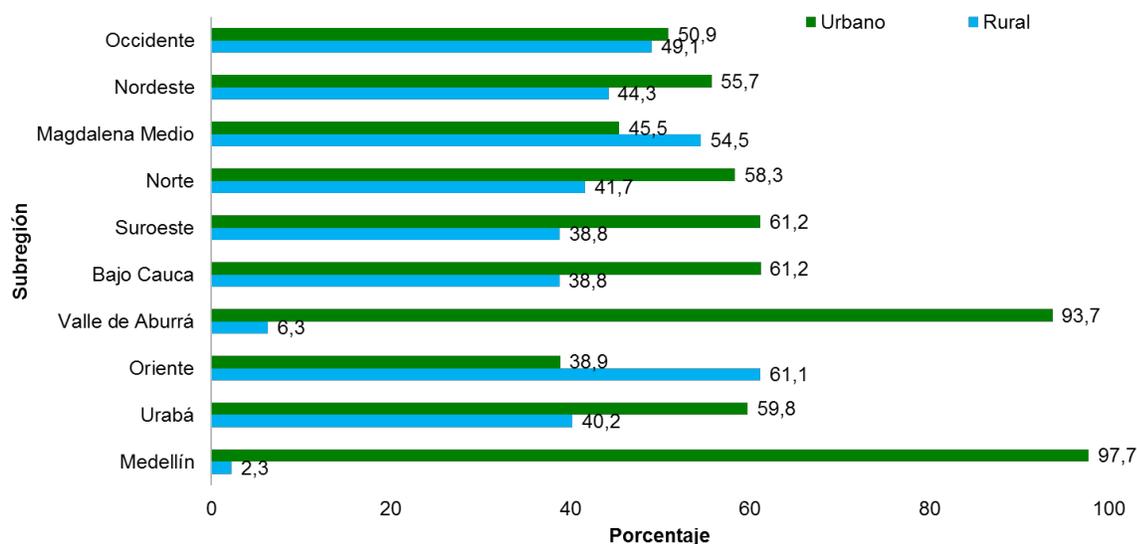
CABECERA		RESTO	
1	Complicaciones por parto pretermino	2,89	2,56
2	Encefalopatía neonatal (asfixia y trauma al nacer)	1,43	2,49
3	Otros trastornos neonatales	0,61	0,64
4	Sepsis y otras enfermedades infecciosas del recién nacido	0,60	0,63
5	Otras enfermedades maternas	0,33	0,42
6	Trastornos hipertensivos del embarazo	0,08	0,16
7	Aborto	0,06	0,08
8	Hemorragia materna	0,02	

**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

Al comparar los reportes de mortalidad de SIVIGILA entre áreas y subregiones, se puede observar que existen diferencias en términos de mortalidad materna. Si se comparan las razones de mortalidad por área a través del tiempo, se evidencia que existen brechas que hacen que la mortalidad materna en las zonas rurales, aunque decreciente, sea mayor que en las áreas urbanas. (Ver Anexo II).

La región de Oriente tiene una mayor proporción de muertes maternas en el área rural, con un 61,1% de las muertes en esta región y Magdalena Medio, con un 54,5% de muertes en el área rural. Regiones más urbanas como Valle de Aburrá y Medellín concentran mayor número de muertes maternas (ver Ilustración 13).

*Ilustración 13 Distribución de muertes maternas por área urbano- rural por regiones. Antioquia 2017-2018*



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2017-2018

### 7.1.5 Mortalidad por grupos de edad

Para el análisis de mortalidad se utilizó la agrupación de grupos de edad establecida por el DANE, que clasifica los registros de mortalidad en seis grupos etarios. La distribución poblacional por área y sexo para cada grupo de edad se consideró importante por las notables diferencias en la distribución de la mortalidad (ver Tabla 3).

*Tabla 3 Distribución poblacional por edad, sexo y área de Residencia proyectada por DANE, 2014*

Grupos de edad	URBANO			RURAL			ANTIOQUIA TOTAL		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<1 M	0,6%	0,6%	1,3%	0,2%	0,2%	0,4%	0,9%	1%	1,7%
1-4 M	2,5%	2,4%	4,9%	0,9%	0,8%	1,7%	3,4%	3%	6,6%
5-14 M	6,3%	6,1%	12,3%	2,1%	2,0%	4,1%	8,4%	8%	16,4%
15-44 M	17,8%	18,9%	36,7%	5,2%	4,5%	9,8%	23,0%	23%	46,5%
45-64 M	7,7%	9,3%	16,9%	2,3%	2,0%	4,3%	9,9%	11%	21,2%
>65 M	2,4%	3,5%	5,9%	0,8%	0,8%	1,7%	3,3%	4%	7,6%
TOTAL /SEXO	37%	41%	78,1%	12%	10%	21,9%	49%	51%	100,0%

Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones poblacionales DANE, Antioquia 2014

#### 7.1.5.1 Mortalidad el grupo de menores de 1 año

Para el año 2014 la población de menores de 1 año en el departamento de Antioquia representaba el 1,7 % del total de la población departamental. La principal causa de muerte

para este grupo de edad fueron las complicaciones por parto pretérmino, con una tasa específica de 153,7 muertes por cada 100.000 menores de un año, que al ser calculada por áreas mostró una diferencia significativa, siendo mayor en el área urbana con una tasa específica de 158,3 muertes por cada 100.000 menores de un año, en comparación con la rural, que para este mismo año fue de 140,3 muertes por cada 100.000 menores de un año.

La segunda causa de muerte fue la encefalopatía neonatal, con una tasa específica departamental de 90,6 muertes por cada 100.000 menores de un año. Sin embargo, esta tasa en la ruralidad fue de 132,7 muertes por cada 100.000 menores de un año, frente a una tasa de 76,9 muertes por cada 100.000 menores de un año en áreas urbanas.

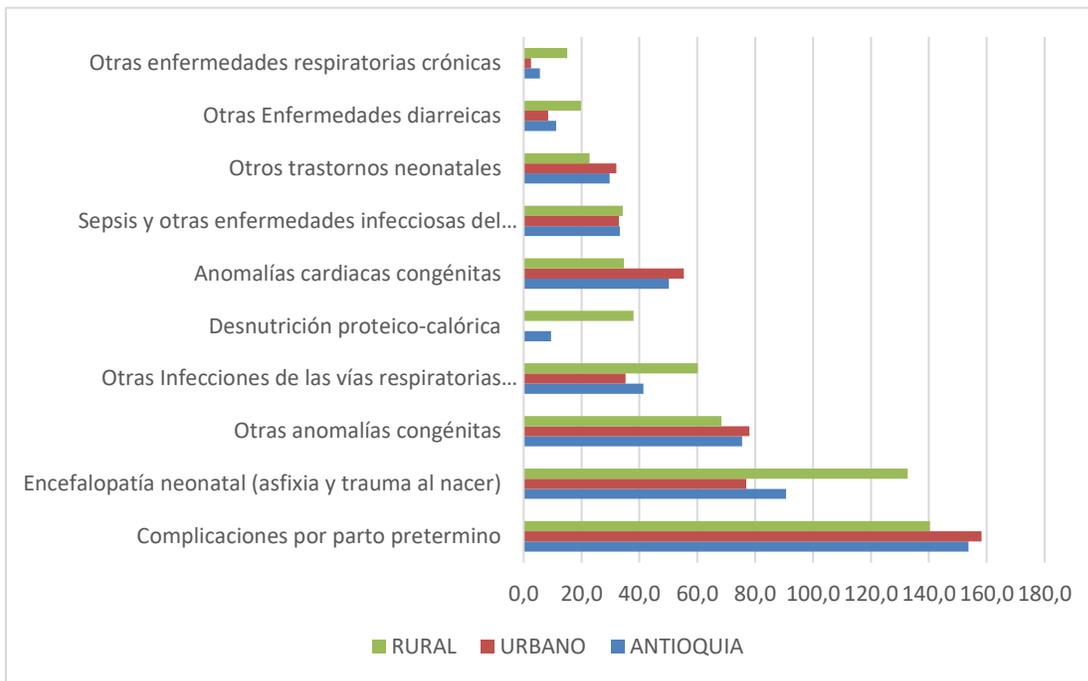
Las muertes asociadas a otras infecciones de las vías respiratorias representaron grandes diferencias entre áreas, pues mientras en el sector rural la tasa de muerte específica fue de 60,2 por cada 100.000 menores de un año, en el área urbana fue de 35,3 muertes por cada 100.000 menores de un año.

Las muertes asociadas a la desnutrición proteico calórica a nivel departamental están representadas por una tasa de 9,4 muertes por cada 100.000 menores de un año, sin tener una tasa de muerte asociada a esta causa en el área urbana. En el área rural se calculó una tasa de 38 muertes por cada 100.000 menores de un año, lo que muestra la influencia que tiene el factor poblacional sobre las causas de muerte cuando se miran a nivel global.

Otra causa relevante de la mortalidad en áreas rurales fueron las causadas por otras enfermedades diarreicas con una tasa de 19,8, frente a 8,5 muertes por cada 100.000 menores de 1 año en áreas urbanas.

Para este grupo de edad se pudo establecer que las causas mal definidas (que no se redistribuyen) representaron una proporción importante dentro de la causalidad (Ver Ilustración 14).

*Ilustración 14 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de < 1 año. Antioquia 2014.*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.5.2 Mortalidad en el grupo de 1 a 4 años

La población proyectada en el grupo de 1 a 4 años para 2014 en Antioquia representaba el 6,6% del total de la población departamental.

La mortalidad para este grupo de edad se comportó de una manera heterogénea en las dos áreas de estudio. La principal causa de mortalidad que afectó el área rural fue el ahogamiento, con una tasa de 9,4 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años que vivían en la ruralidad, mientras que en lo urbano la tasa fue mucho menor con 1,73 4 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años.

La segunda causa de muerte en la ruralidad fue la ocasionada por desnutrición proteico-calórica. Mientras a nivel departamental representó una tasa de 1,6 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, a nivel rural fue la segunda causa de muerte con una tasa de 4,55 muertes por cada 100.000 menores del área rural entre 1 y 4 años.

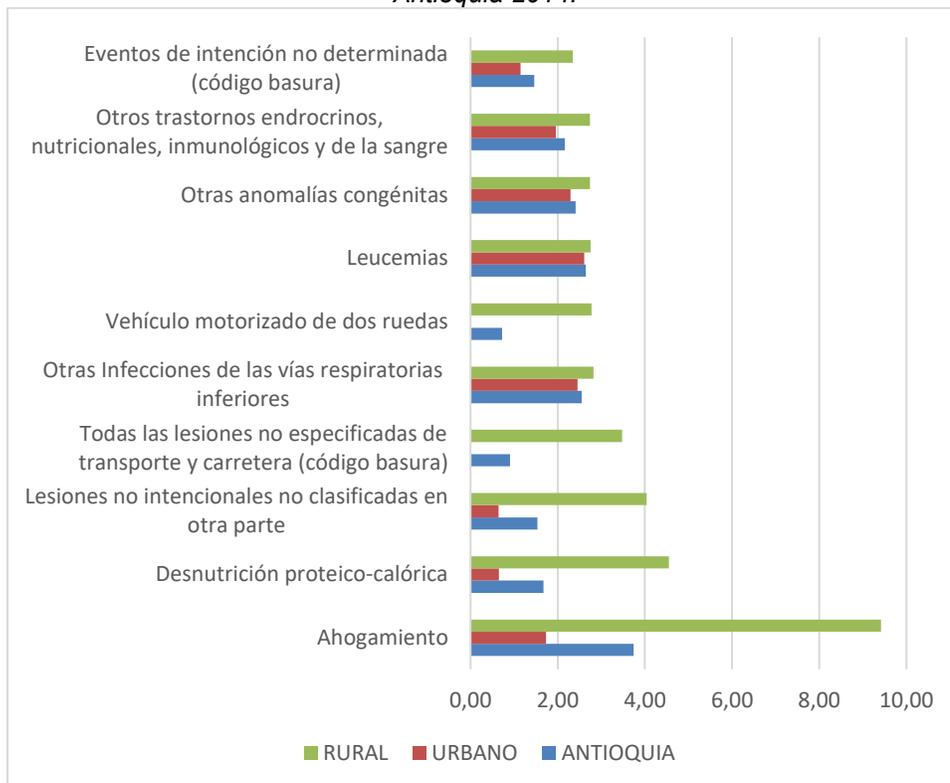
Las lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte, en áreas rurales fueron la tercera causa de muerte con una tasa de 4,04 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, mayor a la del área urbana que presentó una tasa de 0.64 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años del área urbana.

Como cuarta causa de muerte clasificaron todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera (consideradas código basura dentro de la clasificación GBD), con una tasa estimada de 3,48 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años del área rural, lo que significa deficiencias en la definición de causas básicas de muerte dentro de los registros de mortalidad, pues para este mismo grupo de edad en áreas urbanas la estimación fue de 0, después del proceso de redistribución.

Lo mismo sucedió con las muertes asociadas al uso de vehículos motorizados de dos ruedas (motocicletas) que fueron mayores en el área rural con una tasa de 2,78 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años que habitaban en lo rural, mientras la tasa departamental por esta causa estaba representada por una tasa de 0,73 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años; estas muertes pueden estar asociadas a diversos factores que tienen una relación directa con las condiciones del área rural.

Otras causas de muerte como las leucemias, anomalías congénitas, otros trastornos endocrinos y otros presentan tasas de muerte similares, tanto en áreas urbanas como en las rurales; la mayoría de ellas tienden a ser levemente mayores en el área rural (Ver Ilustración 15).

*Ilustración 15 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de 1 a 4 años, Antioquia 2014.*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.5.3 Mortalidad en el grupo de 5 a 14 años

Este grupo de edad representaba el 16,4% del total de la población proyectada para Antioquia en 2014. La primera causa de muerte en el área rural se asoció con las leucemias con una tasa de 3,85 muertes por cada 100.000 personas del área rural entre 15 a 44 años, mientras que en lo urbano la tasa fue menor con 1,55 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años.

La muerte por ahogamiento representó la segunda causa de muerte para el área urbana, siendo mayor en el área rural con una tasa de 2,78 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años, mientras que en el área urbana las muertes por esta misma causa

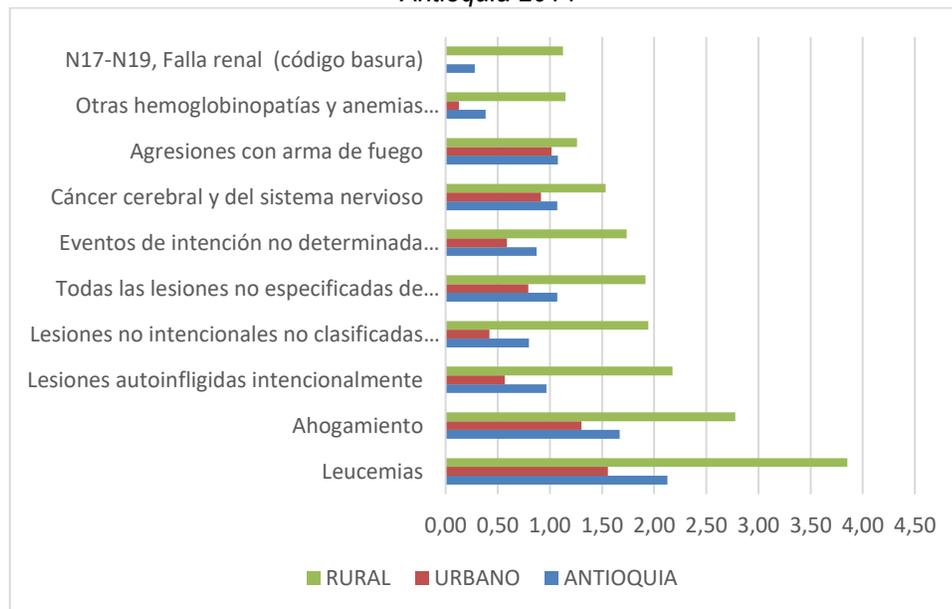
representaron 1,30 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años que habitaban en esta área.

Los suicidios o lesiones autoinflingidas intencionalmente fueron la tercera causa de muerte en áreas rurales con una tasa de 2,18 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años, mientras que en el área urbana fue menor con 0,57 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años. A nivel departamental la tasa fue de 0,97 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años y la ubica como la séptima causa de muerte a nivel de departamento.

Lo mismo sucede con las muertes por lesiones no clasificadas en otra parte (lesiones no clasificadas ni como suicidios ni lesiones específicas), en donde la tasa de mortalidad fue de 1,92 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años en el área rural y de 0,79 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años en el área urbana.

Las agresiones con arma de fuego fueron levemente mayores en el área rural para este grupo de edad, con tasas de 1,26 y 1,02 muertes por cada 100.000 personas entre 15 a 44 años respectivamente para áreas rurales y urbanas (Ver Ilustración 16).

*Ilustración 16 Diez primeras causas de mortalidad en el sector rural en población de 5 a 14 años, Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

#### **7.1.5.4 Mortalidad en el grupo de 15 a 44 años**

En este grupo de edad se concentraba la mayor parte de la población de Antioquia durante el año 2014, con un 46,5% del total de la población proyectada por el DANE. En este grupo se concentran, en las primeras causas de muerte, las clasificadas dentro del grupo de causas externas como se presenta en la Ilustración 17.

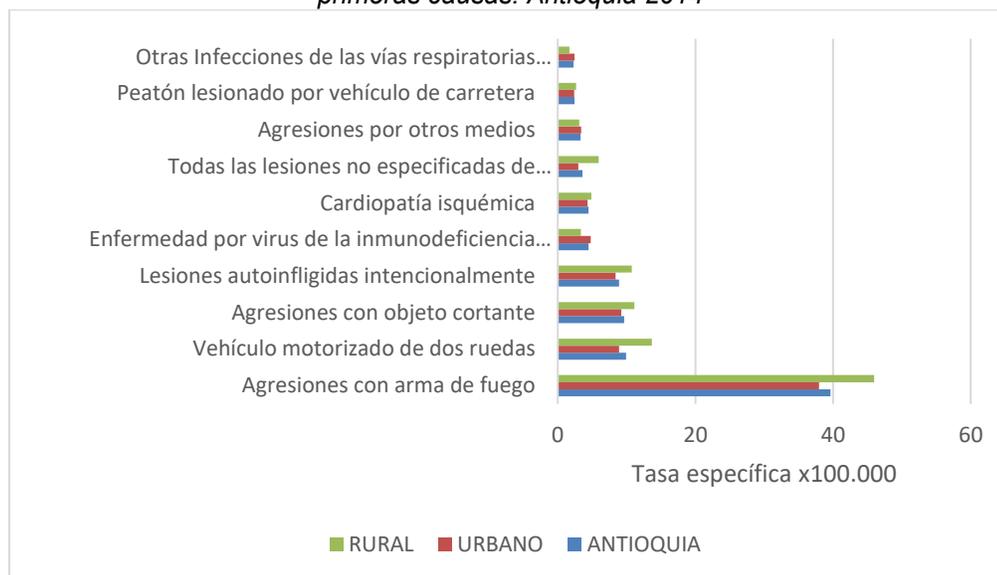
La mortalidad para este grupo de edad en el área rural del departamento de Antioquia en 2014 se concentró en las agresiones con arma de fuego con una tasa de 46 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años. Por esta misma causa en el área urbana la tasa estimada fue de 38 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años.

Como segunda causa de muerte, estaban las ocasionadas por/en vehículo motorizado de dos ruedas, con una tasa de 13,7 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años en el área rural y 8,9 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años en el área urbana.

Las muertes por agresiones con objeto cortante fueron la tercera causa de mortalidad para este grupo de edad en el departamento, con una tasa de 11,1 y 9,3 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años en el área rural y urbana respectivamente. Llama la atención que las lesiones autoinflingidas (suicidio) se configuraron como la cuarta causa de mortalidad en la ruralidad con una tasa de 10,7 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años en esta área, frente a una tasa de 8,4 muertes por cada 100.000 personas entre 15 y 44 años en áreas urbanas.

Las muertes asociadas a cardiopatía isquémica, todas las lesiones no especificadas en otra parte, las agresiones por otros medios y otras registraron tasas levemente más altas en áreas rurales que en las urbanas para este grupo de edad (Ver Ilustración 17).

*Ilustración 17 Tasas de mortalidad específica para grupo de edad de 15-44 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### 7.1.5.5 Mortalidad en el grupo de 45 a 64 años

Para 2014 en Antioquia el grupo de edad de 45 a 65 años representaba el 21,2% del total de la población proyectada. En la generalidad, las causas de mortalidad se concentraron en el grupo de causas asociadas al grupo de ENT.

La primera causa de mortalidad en la ruralidad para el 2014 en Antioquia fueron las asociadas a cardiopatía isquémica con una tasa de 84,6 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área rural, frente a una tasa de 68,4 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área urbana.

La segunda causa de muerte en este grupo de edad estuvo atribuida a los cánceres de tráquea, bronqueo y pulmón, en donde la tasa en la ruralidad fue menor a la calculada en el área urbana con 23 y 26,4 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área rural y urbana, respectivamente.

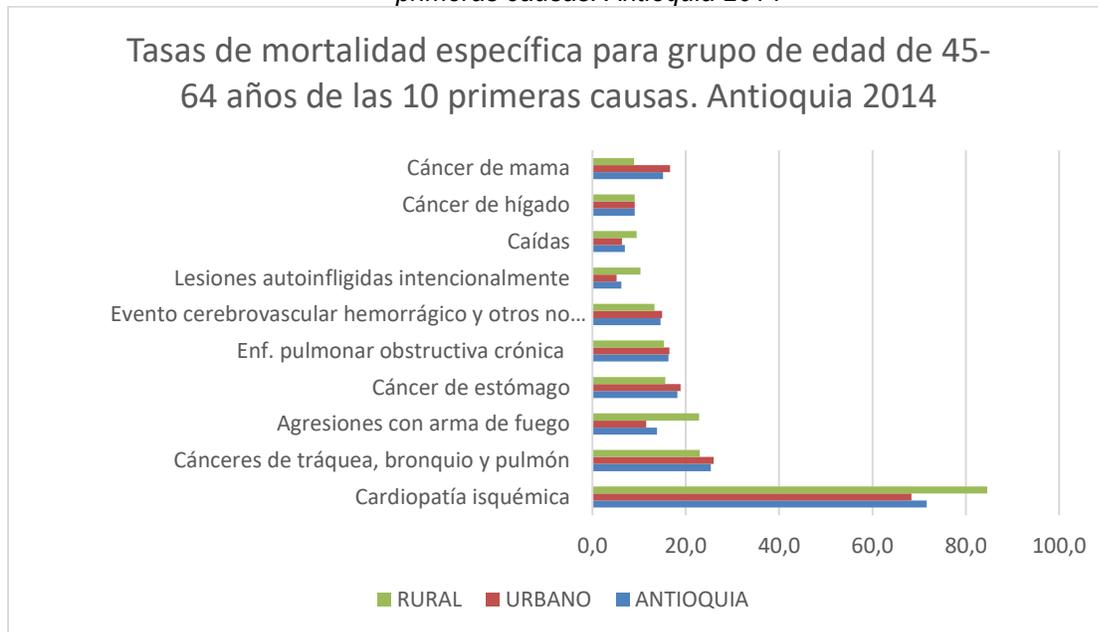
Como tercera causa de mortalidad para este grupo de edad se presentaron las agresiones con arma de fuego, que representaron una tasa de 22,9 muertes por cada 100.000

personas entre 45-64 años en el área rural y 11,6 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área urbana.

Las muertes por cáncer de estómago, EPOC, evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos, fueron causas importantes asociadas con altas tasas de mortalidad en el sector rural, sin embargo, en términos comparativos las tasas en áreas urbanas para estos eventos fueron levemente más altas que en el sector rural.

Las muertes asociadas a caídas fueron la octava causa de muerte en la ruralidad con una tasa de 3,5 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área rural, frente a una tasa estimada de 6,3 muertes por cada 100.000 personas entre 45-64 años en el área urbana. (Ver Ilustración 18)

*Ilustración 18 Tasas de mortalidad específica para grupo de edad de 45-64 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

### **7.1.5.6 Mortalidad en el grupo de 65 años y más**

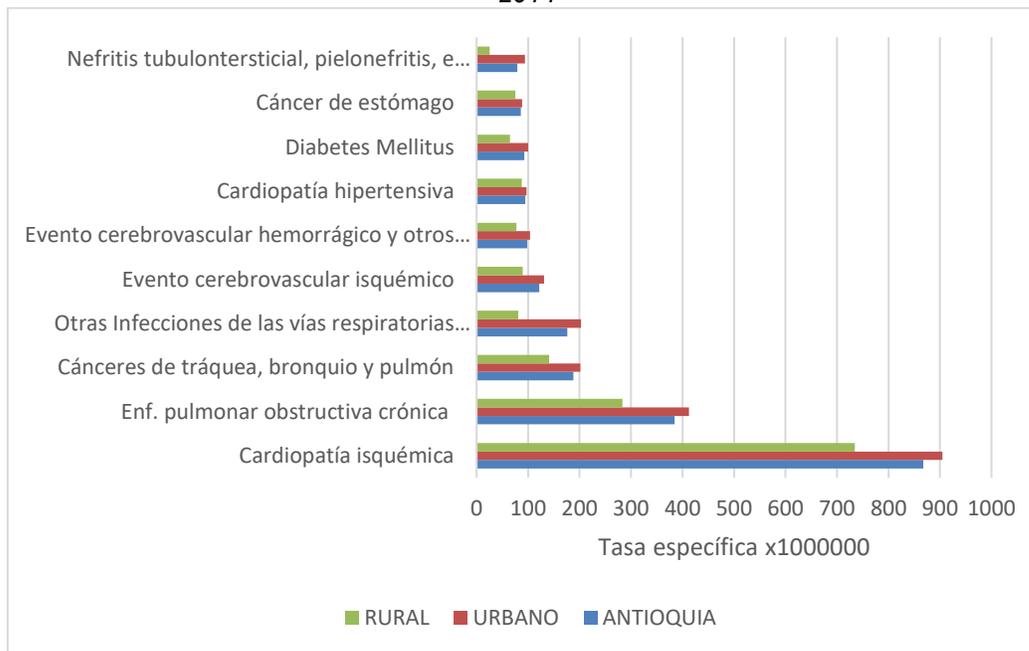
La población proyectada dentro del grupo de edad de mayores de 65 años representaba el 7,6% del total de la población antioqueña en 2014. Las causas de muerte en este grupo de edad se concentraban en el subgrupo de ENT.

La primera causa de mortalidad fue la cardiopatía isquémica, con una tasa departamental de 867,5 muertes por cada 100.000 personas > de 65 años. En el área rural la tasa de muertes de 904,7 por cada 100.000 personas >65 años por esta causa fue menor que en el área urbana con una tasa de mortalidad de 734,7 muertes por cada 100.000 personas del área rural >65 años.

La segunda causa de muerte en Antioquia para 2014 fue la EPOC, con una tasa de 412,7 muertes por cada 100.000 personas >65 años en áreas urbanas y 283,2 muertes por cada 100.000 personas >65 años en áreas rurales, seguido de las muertes por cáncer de tráquea, bronquio y pulmón con una tasa mayor en el área urbana con 201,4 y 140,9 muertes por cada 100.000 personas >65 años en el área rural.

En general, las primeras diez causas de muerte para este grupo de edad se asociaron con enfermedades crónicas que tuvieron una tasa estimada mayor en el área urbana comparada con el área rural (ver Ilustración 19). Es importante tener en cuenta que los códigos mal definidos en el ajuste fueron mayores en el área rural, especialmente para este grupo de edad.

*Ilustración 19 Tasas de mortalidad específica en >65 años de las 10 primeras causas. Antioquia 2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de mortalidad y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y metodología GBD 2010

## 7.2 Perfil de Morbilidad

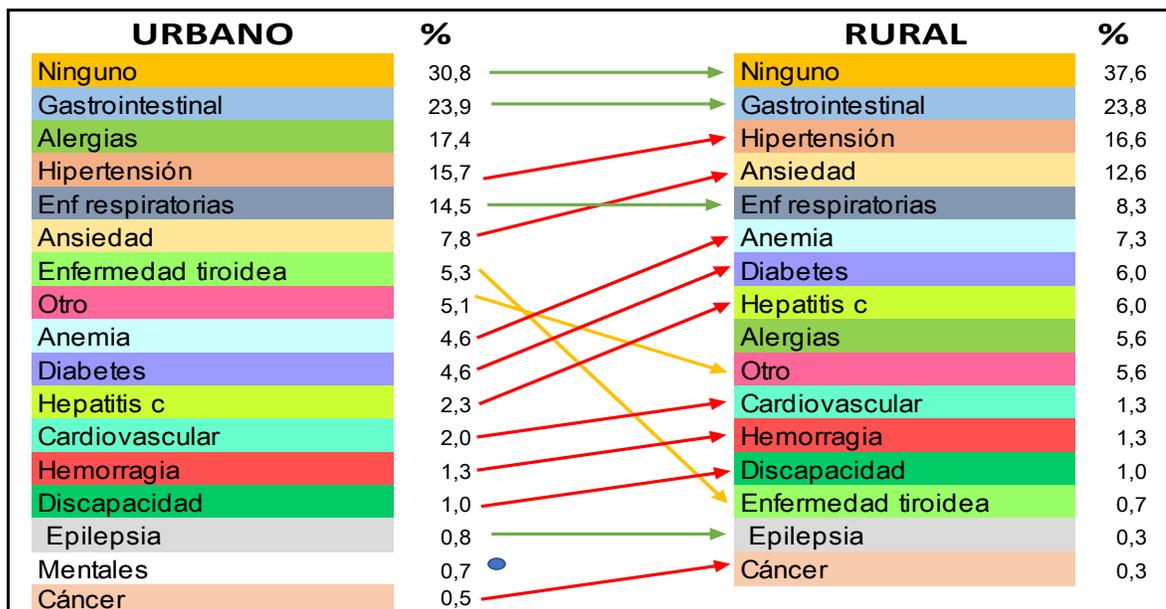
### 7.2.1 Morbilidad sentida

Como se anunció en el componente metodológico, los datos utilizados para el análisis provienen de una variable de morbilidad sentida de la ENSAB IV, que, aunque no es representativa estadísticamente para el departamento, por las características del marco muestral que se utiliza en este tipo de encuestas, la muestra fue significativa y permite mostrar las diferencias que existen sobre la percepción de los problemas de salud en las dos áreas estudiadas. Es así como para el 2014 los participantes en la Encuesta manifestaron que los problemas gastrointestinales fueron una de las principales causas que padecieron, tanto las personas del sector urbano como del rural, con un 23,9% de prevalencia para cada una de las dos áreas.

Enfermedades como la hipertensión fueron reportadas por el 16,6% de la población residente en el área rural, mientras que en el área urbana esta misma causa fue reportada por el 15,7% de la población que participó en la encuesta.

Otra enfermedad importante que reportaron los participantes que habitaban en el área rural fue la ansiedad con un 12,6%, mientras que esta misma morbilidad en el área urbana fue reportada por un 7,8%. Así mismo, la diabetes y la hepatitis C tuvieron un mayor porcentaje de prevalencia en áreas rurales. (Ver Ilustración 20 ). Enfermedades como las alergias, la enfermedad tiroidea y la epilepsia fueron más reconocidas por las personas que participaron y que residían en áreas urbanas.

*Ilustración 20 Morbilidad sentida, municipios de Antioquia que participaron en ENSAB IV 2014*



## 7.2.2 Eventos de notificación obligatoria

Los ENOS se consideraron como una fuente objetiva de la morbilidad. A diferencia de los RIPS, el registro de los ENOS contiene incorporada la variable de ruralidad, por lo que su uso se consideró importante para el presente análisis. Aunque se encontraron disponibles registros de notificación desde 2008, se consideraron los registrados durante el periodo de estudio 2010-2014.

A continuación, se presenta el análisis de la morbilidad asociada a eventos de interés en salud pública en cada una de las áreas de estudio urbano y rural durante el periodo estudiado (El registro de eventos para el periodo fue de 315.748 casos). Fueron excluidos los eventos de notificación de mortalidad materna, mortalidad materna extrema, mortalidad perinatal, mortalidad por EDA en menores de 1-4 años, mortalidad por IRA, mortalidad por desnutrición y mortalidad por malaria (5.796 casos). Se realizó una agrupación de eventos en los siguientes siete grupos: enfermedades transmitidas por vectores, eventos inmunoprevenibles, eventos asociados a factores ambientales, eventos asociados a micobacterias, eventos por zoonosis, infecciones de transmisión sexual y eventos relacionados con la salud infantil.

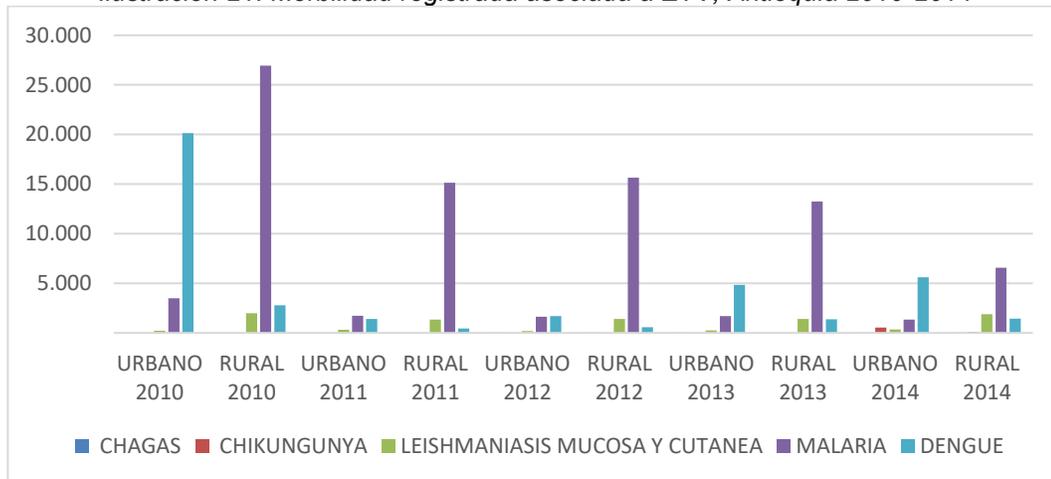
#### **7.2.2.1 Enfermedades transmitidas por vectores**

Este grupo comprendió los casos reportados dentro de las fichas de notificación de chagas, dengue, dengue grave; malaria *falciparum*, *malariae Vivax* complicada; leishmaniasis cutánea y mucosa; chicungunya. Este grupo de morbilidades representó el 74% de los eventos reportados en el área rural y el 24% del total de eventos notificados en el área urbana.

En términos de priorización se puede observar que existe un comportamiento diferencial en cada área. Para el área rural, la malaria y la leishmaniasis fueron las enfermedades que representaron la mayor cantidad de casos reportados. La malaria, se configuró como una morbilidad muy prevalente en el área rural con un 64,6% del total de los eventos frente al total de ENOS reportados en esta área con una tendencia a la disminución a través de los años estudiados. La leishmaniasis se reportó como la segunda morbilidad con más frecuencia en la ruralidad con un 6,2% del total de los eventos reportados en el área rural, (9.240 casos de leishmaniasis cutánea y 133 casos de leishmaniasis mucosa)

En el departamento de Antioquia fueron reportados 40.312 casos de dengue y dengue grave. El 84% de los casos sucedieron en áreas urbanas (en promedio representó el 18,1% del total de eventos reportados en el área urbana), siendo la primera causa de reporte del grupo de las ETV en esta área, y configurándose como tercera causa de reporte en el área rural con un 3,8% del total de casos reportados en esta área (Ver Ilustración 21).

Ilustración 21. Morbilidad registrada asociada a ETV, Antioquia 2010-2014



Fuente: Construcción propia con datos de SIVIGILA

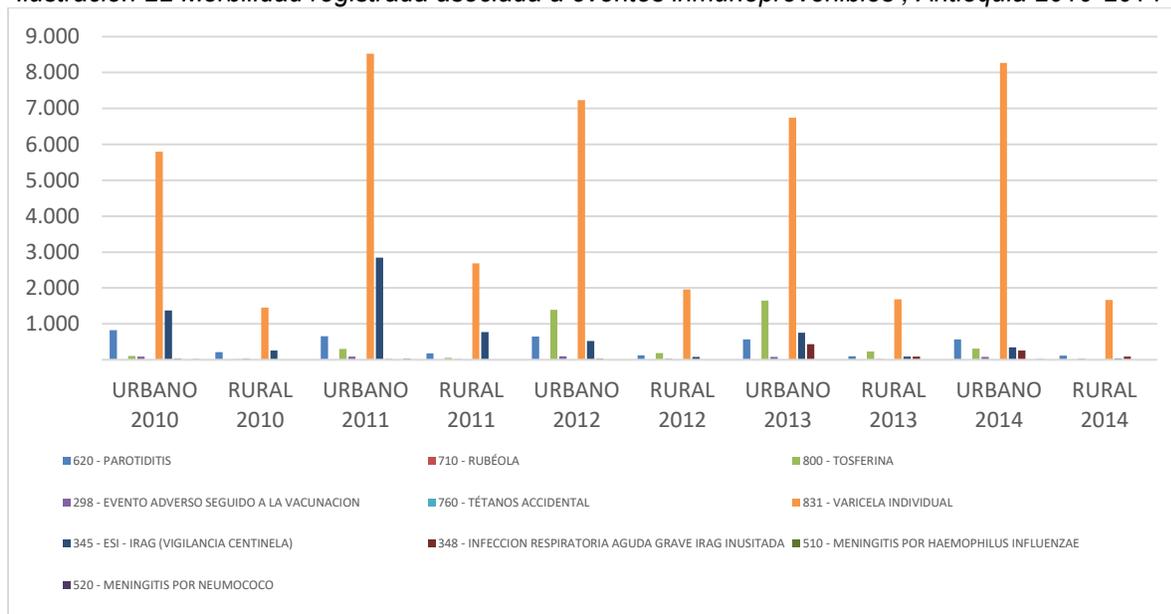
### 7.2.2.2 Eventos inmunoprevenibles

Dentro de este grupo se consideraron los casos reportados como: parotiditis, rubeola, tosferina, eventos supuestamente atribuibles a la inmunización, rubeola congénita, tétanos accidental, varicela individual, ESI-IRAG, infección respiratoria aguda, meningitis por hemophilus influenzae y por neumococo.

Se evidencia que la morbilidad por casos de varicela fue el evento con mayor notificación en las dos áreas, sin embargo, hubo un mayor registro en el área urbana (21,05% del total de los eventos para esta área) frente a lo encontrado en el área rural (5,92%).

El reporte de vigilancia centinela de ESI- IRAG mostró una mayor prevalencia de casos en el área urbana en comparación con el área rural; estas diferencias pueden atribuirse a la estrategia de vigilancia epidemiológica usada para este caso particular (centinela), que generalmente se realiza a nivel institucional en las UPGD seleccionadas para tal fin.

*Ilustración 22 Morbilidad registrada asociada a eventos inmunoprevenibles, Antioquia 2010-2014*



Fuente: Construcción propia con datos de SIVIGILA

### 7.2.2.3 Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

#### 7.2.2.3.1 Intoxicaciones

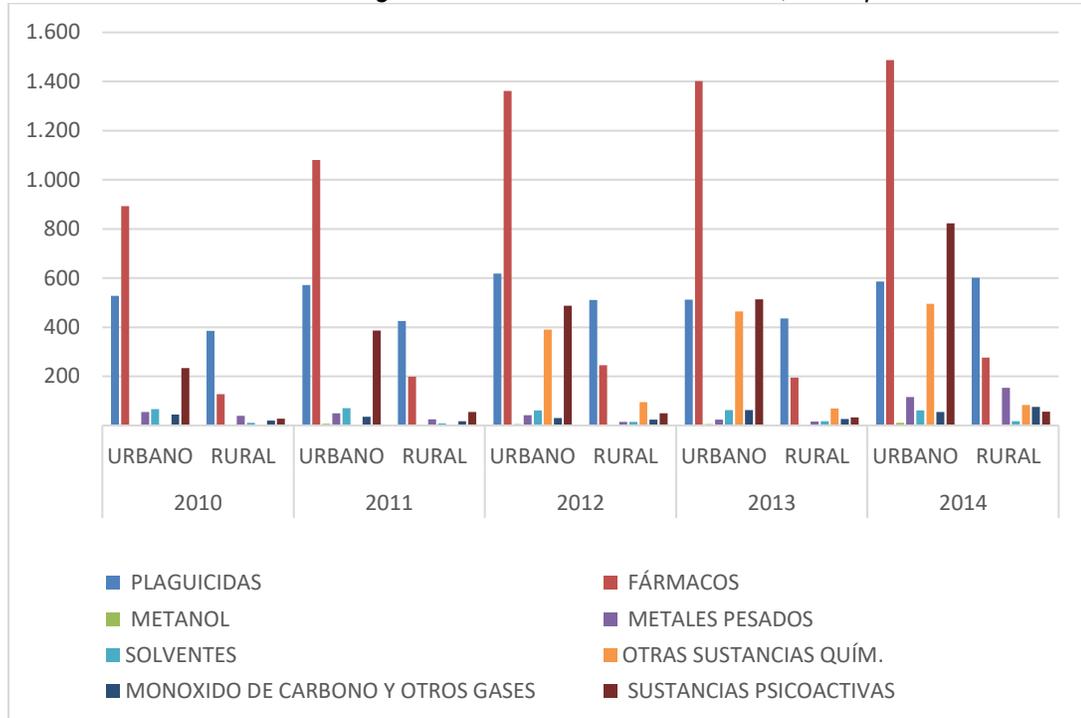
Dentro de este grupo, se consideraron las intoxicaciones como un subgrupo que contempló los siguientes eventos: morbilidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas) y morbilidad por hepatitis A. Este grupo representó el 5,8% del total de eventos reportados en el departamento.

Para el caso de las intoxicaciones se evidenciaron notables diferencias entre áreas. Por un lado, para el área urbana, sobresalieron las intoxicaciones por fármacos con un 3,57% de los reportes, con una clara tendencia al aumento a través de los años, pues mientras en 2010 se registraban 893 casos en 2014 el reporte ascendió a 1.487.

En lo rural, el principal evento notificado para este grupo fueron las intoxicaciones por plaguicidas mostrando una tendencia al aumento: mientras en 2010 los eventos por esta causa fueron 385, en 2014 el reporte ascendió a 601 casos (Ver ilustración 23). En términos del comportamiento de notificación a lo largo del tiempo, se pudo evidenciar que

los reportes asociados a este grupo aumentan a través del tiempo, a excepción de la intoxicación por solventes.

*Ilustración 23 Morbilidad registrada asociada a Intoxicaciones, Antioquia 2010-2014*

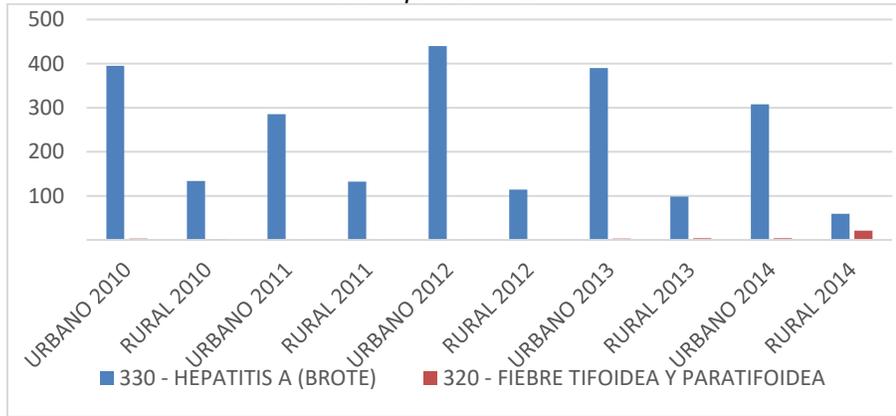


**Fuente:** Construcción propia con datos de SIVIGILA

### 7.2.2.3.2 Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Para este grupo se categorizaron dos eventos asociados a las enfermedades transmitidas por alimentos: la hepatitis A y la fiebre tifoidea y paratifoidea. Para el caso de la Hepatitis B la tendencia de reporte evidencia una leve disminución en el área rural. Aunque los eventos relacionados con fiebre tifoidea y paratifoidea fueron menos frecuentes, se observa que en el año 2014 el mayor reporte se relaciona con casos ocurridos en el área rural (Ver Ilustración 24)

*Ilustración 24 Morbilidad registrada asociada a factores Enfermedades transmitidas por Alimentos, Antioquia 2010-2014*

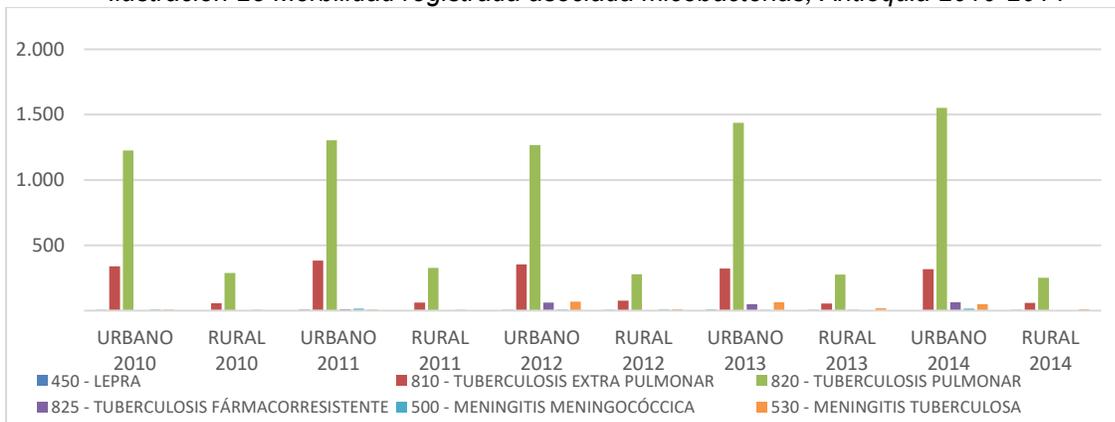


Fuente: Construcción propia con datos de SIVIGILA

### 7.2.2.4 Eventos por Micobacterias

Dentro de este grupo se consideraron los eventos notificados de tuberculosis pulmonar, extra pulmonar y farmacológica, lepra, meningitis meningocócica y meningitis tuberculosa. Este grupo representó el 3,4% del total de ENOS reportados durante el periodo. Los eventos de tuberculosis notificados en la ruralidad fueron de 1,6% y en lo urbano de 4,97% del total de los registros para cada área, La tuberculosis pulmonar es la más prevalente en las dos áreas. En la ruralidad, el número de casos de las tuberculosis se mantiene a través del tiempo con una leve tendencia al aumento. La notificación por lepra fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales.

*Ilustración 25 Morbilidad registrada asociada micobacterias, Antioquia 2010-2014*



Fuente: Construcción propia con datos de SIVIGILA

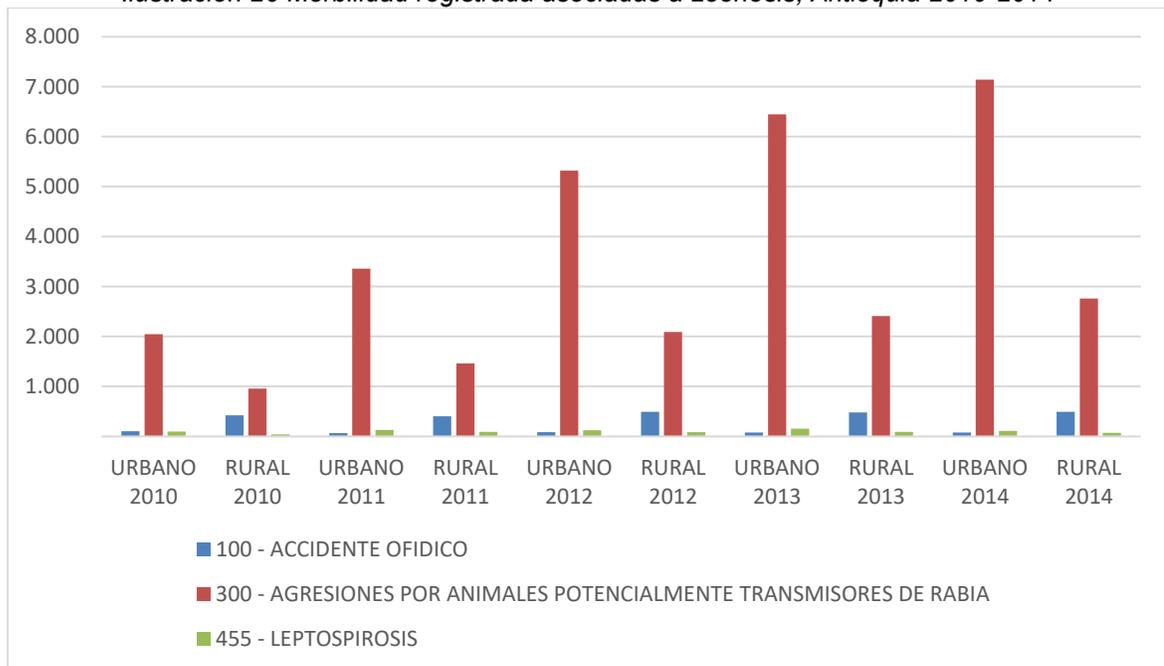
### 7.2.2.5 Eventos de zoonosis

En este grupo de eventos se consideraron las notificaciones por agresión por animal potencialmente rabioso, morbilidad por accidente ofídico y morbilidad por leptospirosis. Este grupo representó el 12,16% del total de registros para el periodo estudiado.

Las agresiones por animal potencialmente rabioso fueron más prevalentes en el área urbana, presentando una tendencia al aumento, al igual que en las áreas rurales, aunque representados por un número menor de casos. Seguido a esto, las notificaciones por accidentes antiofídicos fueron más prevalentes en el área rural con 2.293 casos reportados durante el periodo para esta área.

A pesar de que la leptospirosis se asocia generalmente con ámbitos rurales, llama la atención que los reportes fueron mayores para el área urbana con 618 casos frente a 389 reportados para el área rural.

*Ilustración 26 Morbilidad registrada asociadas a zoonosis, Antioquia 2010-2014*



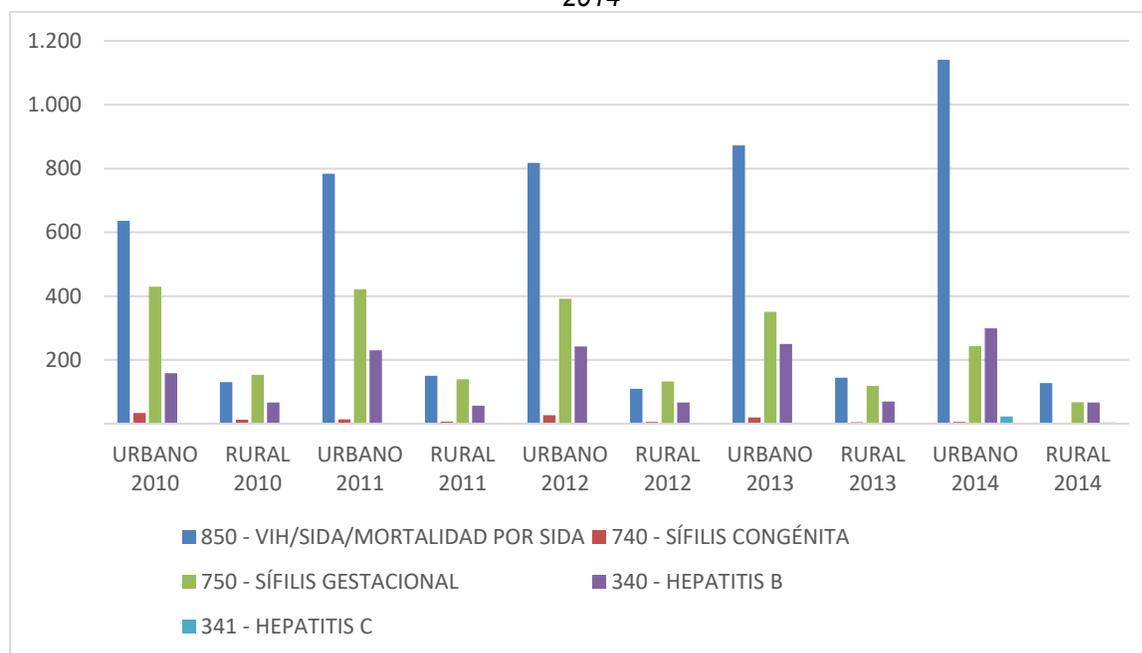
**Fuente:** Construcción propia con datos de SIVIGILA

### 7.2.2.6 Eventos de Infecciones de Transmisión sexual

Los ENOS incluidos para este grupo fueron: VIH/SIDA/mortalidad por SIDA, sífilis congénita, sífilis gestacional, hepatitis B y hepatitis C. Este grupo representó el 22,5% del total de eventos reportados durante el periodo de tiempo estudiado.

El VIH fue uno de los eventos más reportados tanto en el área urbana como en la rural, con una leve tendencia al aumento durante el periodo de estudio. Se evidenció un leve descenso en el reporte de la sífilis gestacional, especialmente en áreas urbanas, mientras que en las rurales se mantuvo y solo disminuyó durante el 2014.

*Ilustración 27 Morbilidad registrada asociadas infecciones de Transmisión Sexual, Antioquia 2010-2014*



Fuente: Construcción propia con datos de SIVIGILA

### 7.2.2.7 Eventos asociados a salud infantil

Dentro de este grupo se contemplaron los siguientes ENOS: bajo peso al nacer, leucemia aguda pediátrica linfocítica y mielocítica, anomalías congénitas, cáncer infantil, hipotiroidismo

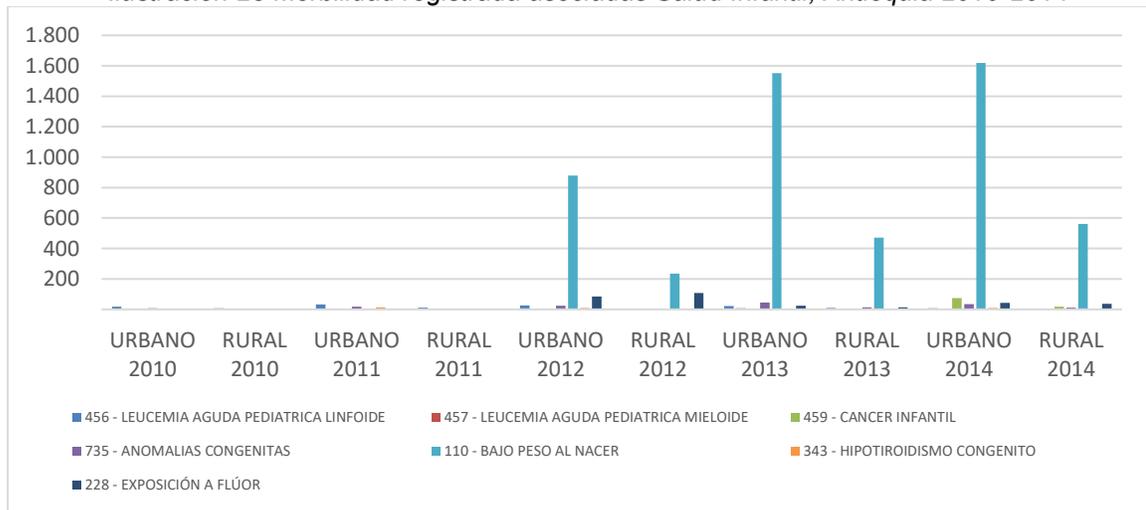
congénito y exposición al frío. Este grupo de eventos representaron el 2% de los reportes totales durante el periodo estudiado.

El bajo peso al nacer, fue el evento que presentó una mayor frecuencia en el reporte al SIVIGILA y para las dos áreas se evidencia un aumento en el registro desde el año 2012. Para el área rural en 2012 se reportaron 236 casos, esta cifra aumentó para 2014, registrando 562 casos de bajo peso al nacer. Comportamiento similar se observó para las anomalías congénitas.

La exposición a flúor fue mayor en las áreas rurales que en las urbanas excepto durante el año 2013. Aunque para la notificación de cáncer infantil solo se tienen reportes del último año en el área rural había 17 casos frente a 74 del área urbana.

La leucemia linfóide fue más frecuente durante el periodo estudiado, con un mayor número de casos en el área urbana que en la rural; a pesar de esto, el número de casos, aunque menor en el área rural, se mantuvo constante.

*Ilustración 28 Morbilidad registrada asociadas Salud Infantil, Antioquia 2010-2014*



**Fuente:** Construcción propia con datos de SIVIGILA

### **7.3 Componente Evaluativo.**

Los resultados del componente anterior permitieron establecer los problemas prioritarios derivados de los datos para los años 2010-2014 (este periodo de datos fue usado para la planeación del PS 2016-2019) que demandan atención de servicios y programas de salud pública para el sector rural. Esta sección responde a la pregunta: ¿es pertinente la respuesta en salud para las zonas rurales formulada en el Plan de Desarrollo (PD) de Antioquia 2016-2019 frente a los perfiles de morbilidad construidos para la ruralidad del departamento?

En la primera parte de este componente se presentarán los resultados obtenidos a la luz del modelo propuesto por Curcio (2005), se realizó una clasificación de los problemas identificados de acuerdo con las dimensiones del PDSP, estos se integraron a la revisión documental del Plan de Salud (PS) de Antioquia y sus anexos para (COAI); y a parte de la información que fue obtenida del análisis de entrevistas semiestructuradas que se realizaron a personas involucradas en la ejecución del PS que dentro del alcance del presente trabajo se pudieron realizar, se complementa, además, con la distribución presupuestal programada para cada programa contenido en el PS.

Con respecto al ejercicio de entrevistas, emergieron elementos importantes que potencialmente pueden contribuir a políticas diferenciales para las áreas rurales, por lo que se presentan de manera agrupada en una segunda parte, de acuerdo con el análisis de las categorías estructuradas y emergentes de los datos obtenidos.

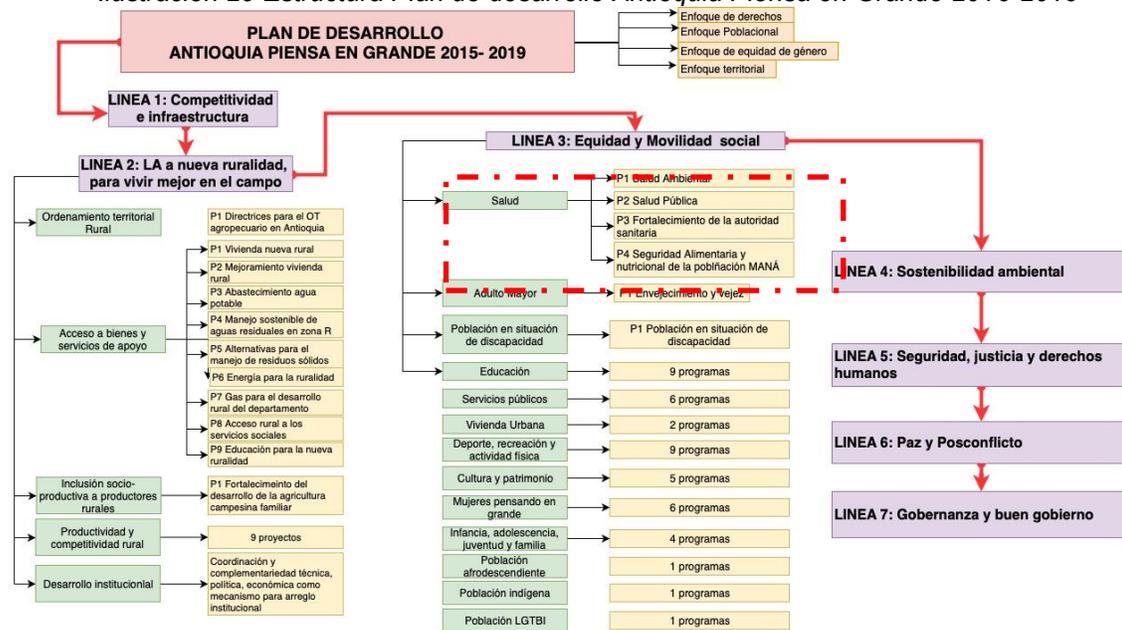
En total fueron realizadas seis entrevistas semiestructuradas, una de ellas se realizó de manera grupal con 11 participantes, teniendo en cuenta que al momento de la entrevista, no se contaba con una persona encargada de los programas de salud para enfermedades crónicas y por tanto se reunieron las personas afines que participaban en la ejecución de acciones asociadas a este tema. En total se contó con la participación de 17 personas, tres de ellas externas a la entidad departamental (dos participantes del municipio seleccionado y una persona asociada a la academia). Dentro de los perfiles profesionales de los

participantes encontramos que el 29% tenían como profesión de base enfermería, los odontólogos y médicos representaron el 18% respectivamente, el 12 % eran trabajadores sociales y psicólogos respectivamente, además participaron un ingeniero de sistemas y una fisioterapeuta. El 88% de los participantes tenía algún tipo de posgrado relacionado a salud pública, epidemiología y/o auditoria de la calidad. Los 14 participantes de la gobernación trabajaban en el área de Salud Pública y el programa de bienestar social; de estas personas solo el 42% tenía un cargo asociado a un contrato público, los demás se encontraban en condición de provisionalidad.

### 7.3.1 Análisis de Pertinencia de la respuesta a las necesidades en salud del área rural

El Plan de Desarrollo (PD) 2016-2019 se estructuró en siete líneas de acción, dentro de las cuales se encuentra la línea de “Movilidad y equidad social” con 13 componentes. Para la presente evaluación se tuvo en cuenta el componente de Salud. El PD en su planteamiento general incluye algunos aspectos importantes que fueron considerados: i) Enfoque de derechos; ii) Enfoque poblacional; iii) Enfoque de equidad de género; y iv) Enfoque territorial (Ver Ilustración 29).

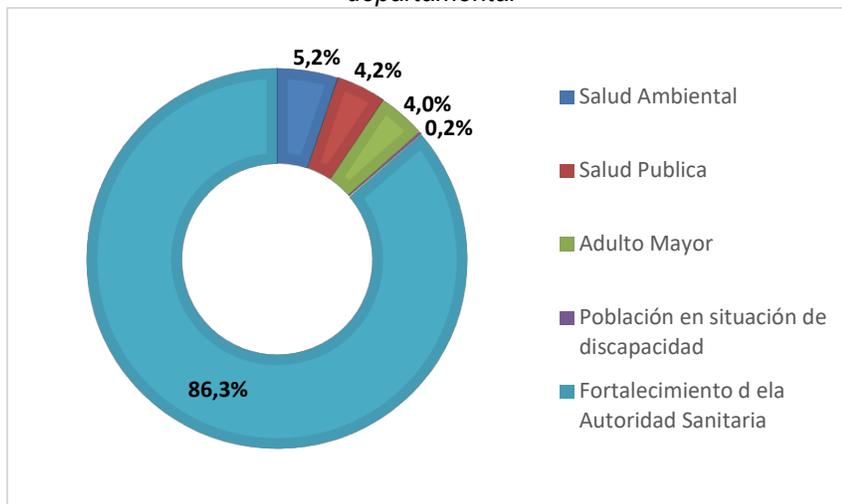
Ilustración 29 Estructura Plan de desarrollo Antioquia Piensa en Grande 2016-2019



Fuente: Elaboración propia

Para el desarrollo de los programas de salud fueron dispuestos un total de 1, 9 billones de pesos. En la ilustración 29 se presentan los proyectos contenidos en el PS con su respectiva asignación presupuestal, ya que esta cifra permitiría el cumplimiento de las actividades planteadas en cada una de ellas:

*Ilustración 30 Asignación presupuestal para los proyectos establecidos en el Plan de Salud departamental*



*Fuente: Elaboración propia con base en COAI- PAS*

### 7.3.1.1 Programa de Salud Ambiental

Este programa se enmarca en la dimensión de salud ambiental del PDSP. Para el desarrollo de estas actividades fueron programados \$102 mil millones correspondientes al 5,2% del total del presupuesto destinado para el cumplimiento del PS.

Es importante aclarar que el PS en su planteamiento general contempla en la línea dos denominada: “La nueva ruralidad para vivir en el campo” acciones enmarcadas a la mitigación de determinantes sociales intermedios como: i) acceso a bienes y servicios (vivienda, agua potable, manejo de residuos, energía, gas, educación); ii) inclusión socio-productiva para productores; iii) productividad y competitividad; y iv) desarrollo institucional, que si bien pueden ser complementarios a algunas de las acciones establecidas en el PS, especialmente para el programa de Salud Pública, no fueron considerados en este análisis, teniendo en cuenta que el presente trabajo se desarrolló en el marco de una mirada de la morbilidad presentada.

Por una parte, en el PS este programa tiene como objetivo: *“contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitarias para el suministro de agua potable”*, con alcance de trabajo sobre los factores ambientales y ocupacionales que contribuyan a la salud pública. Los indicadores de medida contemplados en el plan se limitan a la vigilancia de acueductos de municipales.

Por otra parte, desde el COAI se estructuraron acciones en tres líneas operativas: gestión en salud pública, gestión del riesgo en salud y promoción de la salud. En la primera línea se desarrollan actividades para favorecer acciones como: vacunación, esterilización de felinos y caninos, uso y manejo de medicamentos, análisis de calidad del agua, uso y manejo de sustancias químicas, control en comercialización de alimentos, intervención de eventos zoonóticos, verificación de condiciones sanitarias de establecimientos comerciales por medio de procesos de Inspección Vigilancia y Control (IVC), participación social, gestión de talento humano, desarrollo de capacidades, entre otras.

La segunda y tercera línea operativa se ejecuta a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con actividades como: vacunación antirrábica, educación en salud, prevención y control de vectores, intervención de eventos zoonóticos, intervención de población trabajadora informal para la promoción y prevención de riesgos ocupacionales de este grupo poblacional.

Son diversos los problemas relacionados con el ambiente rural, la respuesta se presenta de manera general, dentro del objetivo estratégico planteado en el COAI se evidencia la población rural como objeto de las actividades del componente, sin embargo, la única actividad en la que se estableció de manera explícita la ruralidad fue la vigilancia de acueductos rurales. En la Tabla 4 se muestran los hallazgos de la respuesta pública que pueden estar relacionada con la ruralidad:

Tabla 4 Respuesta pública a los problemas de salud ambiental en la ruralidad. PS Antioquia

PROBLEMA IDENTIFICADO	ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto	ACTIVIDADES	PERCEPCIÓN DE EJECUTORES
<p><b>MORBILIDAD:</b> Enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, alergias, intoxicaciones por sustancias químicas</p> <p><b>MORTALIDAD:</b> <u>Lesiones autoinflingidas (suicidio)</u></p>	<p>El <b>Plan De Salud</b>, tiene una descripción muy general del programa de salud ambiental, sin embargo, en el <b>COAI</b> se evidencian mayores actividades que se concentran en el manejo de factores ambientales tales como calidad del agua, manejo de vectores, manejo de residuos entre otros.</p> <p>Plantea como <b>objetivo estratégico:</b> "Generar cambios favorables en las poblaciones con mejores condiciones sociales, ambientales, sanitarias y alimentarias, evidenciadas en la mejor calidad del aire, suelo y agua; con una infraestructura vial y vías de acceso en mejor estado para el acceso a los servicios de salud por parte de la población, y con una infraestructura de servicios públicos suficiente y permanente, especialmente en los hogares del área rural, los cuales dispondrán de agua potable. Así mismo se hará un uso adecuado de sustancias químicas y biológicas por parte de los diferentes actores en el territorio. igualmente habrá una producción, comercialización, disponibilidad y acceso a los alimentos de manera adecuada para toda la población Antioqueña, disminuyendo así los riesgos químicos, físicos y biológicos, la morbilidad por enfermedades transmisibles, la malnutrición por déficit, exceso y carencia específica y las enfermedades crónicas en la población en general"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL</b> Asesoría y asistencia técnica para eventos de notificación obligatoria-ETV- Zoonosis, intoxicaciones</li> <li>• P y P riesgos ocupacionales poblacionales informales</li> <li>• Vigilancia de acueductos rurales</li> <li>• Esterilización y vacunación de caninos y felinos</li> </ul>	<p>No se obtuvo información de entrevistas</p> <p>**El objetivo estratégico enunciado puede estar respaldado en las acciones establecidas en la línea dos del PD de Antioquia 2016-2019.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos PS- COAI- Entrevistas

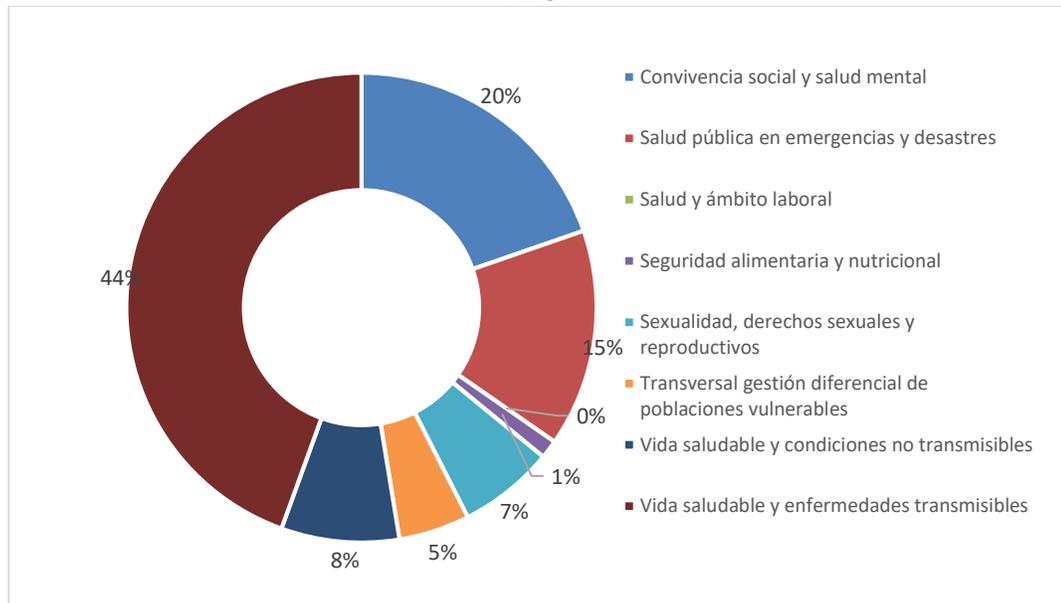
### 7.3.1.2 Programa de Salud Pública

Este programa examina las demás dimensiones contempladas en el "PDSP 2012-2021" con tres líneas operativas en cada una de ellas, a saber: gestión de la salud pública, gestión del riesgo en salud y promoción de la salud. Para el desarrollo de estas actividades fueron programados \$83,5 mil millones de pesos correspondientes al 4,2% del total del presupuesto destinado para el cumplimiento del PS, este rubro se encuentra distribuido por dimensiones, con una mayor destinación presupuestal asignada para la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles con el 44% de la asignación presupuestal,

seguido de la dimensión de convivencia social y salud pública en emergencias y desastres con un 20% y 15% respectivamente. La asignación para la dimensión de enfermedades no transmisibles fue del 8% y del 7% la dimensión de salud sexual y reproductiva.

La de salud y ámbito laboral no tenía asignación presupuestal dentro del PAS- COAI, la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional tuvo una asignación presupuestal de 1,27% del total del programa; esto puede estar explicado porque tiene un programa propio dentro del PS (esta asignación presupuestal no fue obtenida) (Ver Ilustración 31):

*Ilustración 31 Distribución de presupuesto del Programa de Salud Pública por dimensión del PDSP*



**Fuente:** Elaboración propia con datos COAI/PAS Antioquia 2016-2019

#### 7.3.1.2.1 Dimensión de Convivencia y Salud Mental

Para esta dimensión, se registró una asignación presupuestal del 20% del total del dinero asignado para el Programa De Salud Pública.

El evento más relevante en las tasas de mortalidad relacionado con esta dimensión son las lesiones autoinflingidas (suicidio) que a su vez es reconocido como problemático en el

PS, además de las tasas de intento suicida no consumado. Se aprecia que no existen respuestas concretas para la ruralidad y todas las actividades se desarrollan en la generalidad de cada uno de los municipios del departamento, de hecho, de acuerdo con los ejecutores, las acciones se concentran en la notificación, seguimiento del evento y la integración del manejo en la ruta de atención establecida en la política integral de salud mental que se encuentra en construcción para todo el departamento. Dentro de las mediciones de resultado se contemplan indicadores como: tasa de mortalidad por suicidios, tasa de víctimas de violencia intrafamiliar, aumento edad inicio consumo de sustancias psicoactivas, seguimiento y monitoreo al sistema de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar en los municipios, planes territoriales de reducción de número de personas víctimas del conflicto armado que reciben atención psicosocial en el departamento de Antioquia, porcentaje de municipios con políticas públicas de salud mental implementadas, sin priorizar las zonas en donde estos eventos generalmente ocurren. La ansiedad como evento de morbilidad sentida, no tiene una respuesta específica, se resalta la centralización de los servicios de salud mental, lo que podría representar una barrera de acceso a servicios para la población rural (Ver tabla 5)

Tabla 5 Respuesta pública a los problemas de salud mental en la ruralidad PS Antioquia

<b>PROBLEMA</b>	<b>ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PERCEPCIÓN DE EJECUTORES</b>
<p><b><u>MORTALIDAD:</u></b> lesiones autoinflingidas intencionalmente -suicidio problema identificado en población de 5-50 años (tasas de 2,18- 10,7)</p> <p><b><u>MORBILIDAD</u></b> <b><u>SENTIDA:</u></b> Ansiedad</p>	<p>Problema priorizado, en la <b>Dimensión de convivencia social y salud mental.</b> Incluyó indicadores de resultado general para la asistencia técnica de adopción y adaptación de la política de salud mental y planes territoriales para la reducción de SPA. Enuncia como <b>Objetivo estratégico</b> " Impactar positivamente en el conflicto armado y el tráfico de sustancias con la intervención eficaz de las esferas políticas, económicas y sociales, y las acciones eficientes para la disminución de las diferentes formas de violencia y el consumo de sustancias psicoactivas, gracias a la gestión eficiente y oportuna de las autoridades competentes impactando de forma positiva en la situación de salud de toda la población antioqueña."</p> <p><b>Líneas de acción:</b> Gestión Pública y Promoción de la Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría y Asistencia Técnica para la formulación política pública en Salud Mental</li> <li>• Asesoría y Asistencia Técnica prevención conducta suicida y violencias</li> <li>• Implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas</li> <li>• Asesoría y asistencia técnica en conducta suicida</li> <li>• Seguimiento y monitoreo notificación (eventos salud mental) Asistencia y Asesoría Técnica del manejo escolares consumidores SPA</li> <li>• Asesoría, asistencia técnica a los actores del SGSSS sobre la medida de rehabilitación en salud. Asesoría habilidades para la vida</li> </ul>	<p>Desde la Gobernación se trabaja principalmente en la formulación de la política de salud mental para los municipios, Resaltan que no existe un contacto con comunidad, ni se garantiza que la participación ciudadana en la construcción de la política se dé, ya que esto se hace a través de las entidades municipales y son ellos quienes tienen la responsabilidad de convocar. Los servicios de salud mental se encuentran centralizados, lo que dificulta el acceso. Se realiza un seguimiento al evento de manera individual. Falta articulación real con el área de educación- el trabajo intersectorial es complejo y administrativamente demorado.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos PS- COAI- Entrevistas

### 7.3.1.2.2 Salud pública en emergencias y desastres

Para esta dimensión se registró una asignación presupuestal del 15% del total del dinero asignado para el Programa De Salud Pública. Las acciones planteadas no son específicas y se concentran en la gestión administrativa. No se obtuvo información en las entrevistas realizadas. Adicionalmente, se identifica que en el Programa de fortalecimiento de la autoridad sanitaria existe otro rubro asignado para la gestión de estos eventos.

#### 7.3.1.2.3 Salud y ámbito laboral

Para esta dimensión no se registró una asignación presupuestal dentro del programa de salud pública, lo que no converge en la no existencia de actividades, pues en la dimensión Transversal de gestión diferencial de grupos vulnerables se identificaron acciones para la población trabajadora informal. Ninguna de las actividades del COAI hacen referencia a acciones específicas para la población trabajadora (agricultores especialmente) del área rural. Es importante destacar que dentro del PD existe una línea de ruralidad, que, aunque no es el objeto de análisis del presente trabajo se concentra en el desarrollo económico del sector mediante proyectos productivos, no se identifica algún componente relacionado con la salud ocupacional en la ruralidad.

#### 7.3.1.2.4 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Para esta dimensión se registró una asignación presupuestal del 7% del recurso para el Programa De Salud Pública. Se identificaron problemas importantes con relación a la mortalidad materna, lo que no traduce en que sean las únicas necesidades en salud sexual y reproductiva, pues se ha documentado que en la ruralidad eventos como el embarazo adolescente, falta de acceso a métodos de planificación, bajas coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y otros son prioritarios en esta dimensión, sin embargo la información utilizada para el desarrollo del primer componente del trabajo limita la identificación de problemas como los mencionados anteriormente.

En la formulación del PS departamental se enuncia un objetivo específico sin que se relacione la mortalidad materna de manera directa, Las acciones para poblaciones específicas no se encuentran descritas claramente. Como sucede en otros grupos de causas las actividades que se desarrollan son de seguimiento y están directamente relacionadas con el programa de notificación obligatoria y el seguimiento del Programa Nacional de Maternidad Segura, esto se encuentra respaldado por las actividades descritas en el COAI.

Se resaltan avances para mejorar el acceso a servicios de salud a la población gestante, reconociendo que los esfuerzos siguen siendo insuficientes. Se enuncian algunas

actividades generales, no específicas para la ruralidad. En los municipios se implementan acciones institucionales a través del PIC con la ejecución de programas como Instituciones Amigables para la Mujer y la Infancia (IAMI) - Servicios Amigables (Ver Tabla 6)

*Tabla 6 Respuesta pública a los problemas de salud rural relacionados con salud sexual y reproductiva PS Antioquia*

<b>PROBLEMA</b>	<b>ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PERCEPCIÓN DE EJECUTORES</b>
<p><b>SALUD MATERNA</b> <b>MORTALIDAD:</b> Se incluyeron complicaciones por parto pretérmino (Tasa de 140,3); encefalopatía neonatal (Asfixia al nacer); Anomalías congénitas (Tasa de 68,3); Sepsis y otras enfermedades del RN (Tasa de 34,2); Otros trastornos del RN</p> <p><b>MORBILIDAD:</b> La información limita la priorización de problemas*</p>	<p>Se incluyó como problema priorizado, en la <b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b> incluyeron indicadores de resultado general para la disminución de la tasa de mortalidad materna general, los embarazos de 10 a 14 años y 15 a 19 años. Además, se contempla la implementación de servicios de salud amigables.</p> <p><b>COAI:</b> Enuncia como <b>Objetivo estratégico</b> "Fortalecer las competencias de Inspección, Vigilancia y control de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud gracias al aumento de las capacidades básicas para una acción efectiva y al empoderamiento de los profesionales de salud para una atención con calidad. Así como al fomento de la articulación intersectorial en diferentes escenarios estratégicos, y el involucramiento de la participación social y el contar con redes integradas de servicios de salud para facilitar el acceso de la población a la prestación de servicios de salud con calidad."</p> <p><b>Línea de acción:</b> Gestión de la salud pública, gestión de riesgo en salud y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazadas en control prenatal en el primer trimestre.</li> <li>Asesoría y Asistencia Técnica de componentes Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de actores SGSSS</li> <li>Vigilancia Epidemiológica eventos SSR</li> </ul>	<p>El trabajo que se desarrolla en el marco de las competencias es hacer seguimiento al evento de morbilidad materna. Se reconoce que las principales causas de muertes materna son: 1)hemorragia obstetricia, 2) hipertensión inducida por el embarazo y 3) sepsis, por tanto se trabaja sobre el personal de salud para prevenirlas. Se adelantan trabajo de cuidado intercultural con las comunidades indígenas del territorio. En la ruralidad se presentan retrasos relacionados con el desconocimiento de los signos de alarma. La priorización se realiza de acuerdo con el número de muertes en el territorio. A nivel departamental, se tiene un programa de maternidad segura, que se desarrolla en convenio con NACER (UdeA). Se viene trabajando sobre el desarrollo de las RIAS y otras actividades para fortalecer las actividades de captación temprana a través del PIC. Existen problemas de integralidad en la red de atención. El transporte aéreo para las zonas de difícil acceso ha tenido problemas. Se han venido implementando casas de paso para las mujeres en</p>

	<p>promoción de la salud. <b>Plan de salud:</b> describe la búsqueda de la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral, con estrategias tales como: políticas públicas sectoriales, transectoriales, participación comunitaria, información, educación, empoderamiento de grupos sectoriales y redes en el ejercicio de exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.</p>		<p>estado de embarazo que viven lejos de los sitios de atención, falta compromiso de las EAPBs. Los seguimientos extramurales solo se hacen cuando se presenta el evento. Falta capacitación del recurso humano, que en esos territorios es muy ausente por falta de garantías. Es necesario mejorar la calidad del dato, el sistema de información es bueno</p>
--	--	--	--

#### 7.3.1.2.5 Vida saludable y condiciones no transmisibles

Para esta dimensión se registró una asignación presupuestal del 8% del total de recursos del Programa De Salud Pública. Dentro del PS se puede apreciar la existencia de un diagnóstico general que contempla por un lado el grupo de enfermedades cardiovasculares y por otro el cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer en menores de 18 años, que corresponden a ENOS. La visión general no contempla otras neoplasias que afectan tanto a la población urbana como la rural.

Los indicadores planteados fueron: i) reducir la mortalidad general (no específicos para las muertes por ECNT); y ii) vincular asociaciones con ONGs que promuevan estilos de vida saludable, sobre este último se presume que la mayoría de las entidades se encuentran en las áreas urbanas.

Las personas que fueron entrevistadas manifestaron que la información disponible en la entidad gubernamental en ocasiones contiene la variable de ruralidad, sin embargo, esta no fue usada para la construcción del PS; la mayoría de los datos que se generan por la atención de ENOS, aunque contienen la variable de ruralidad suelen estar sesgados debido a que los servicios de diagnóstico y tratamiento se encuentran centralizados en las grandes ciudades. Se confirmó que no existe una ruta de atención específica para lo rural.

Las actividades que se desarrollan en torno a este grupo de enfermedades se limitan a IVC y seguimiento (solo para el caso de cáncer en menores de 18ños) de los programas de ENOS, ninguna de ellas específica para la ruralidad

*Tabla 7 Respuesta pública a los problemas relacionadas a enfermedades no transmisibles de la zona rural PS Antioquia*

PROBLEMA	ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto	ACTIVIDADES	PERCEPCIÓN DE EJECUTORES
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> Dentro de este grupo se priorizaron: la cardiopatía isquémica (tasa desde 84,6 a 734,7 muertes por cada 100.000 px rural) Evento cerebrovascular isquémico y no isquémico, cardiopatía hipertensiva y diabetes mellitus en personas mayores de 45 años	Problema priorizado, en <u>la Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles</u> incluyó indicadores de resultado general para la disminución de la morbilidad por enfermedades crónicas en el departamento de Antioquia. <u>Objetivo estratégico</u> "Fortalecer las competencias de Inspección, Vigilancia y control de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud gracias al aumento de las capacidades básicas para una acción efectiva y al empoderamiento de los profesionales de salud para una atención con calidad. Así como al fomento de la articulación intersectorial en diferentes escenarios estratégicos, y el	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estilos de vida saludables- Actividad física</li> <li>Vigilancia de eventos de interés en salud pública priorizados.</li> <li>Apoyar a la promoción de los estilos de vida saludables</li> <li>Asesoría y/o Asistencia técnica en aspectos relacionados con la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles</li> <li>Inspección y vigilancia a los actores del SGSSS</li> </ul>	Los entrevistados manifestaron que no había una persona específica encargada para el evento (En proceso de contratación)
<b>CÁNCER</b> Dentro de este grupo se priorizaron los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, estómago, próstata, mama, hígado que afectó principalmente a personas mayores de 45 años en el área rural, con tasas de mortalidad que van desde 9 hasta 140,9 muertes por		<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyar la continuidad del Registro Poblacional de Cáncer Antioquia</li> <li>Gestión del Proyecto</li> <li>Promoción estilos de vida saludables</li> <li>Inspección y vigilancia a los actores del SGSSS</li> <li>Desarrollar estrategias en riesgos en salud</li> </ul>	Existe un equipo responsable de los eventos en Cáncer que son de Notificación obligatoria. La vigilancia es inherente a la ocurrencia del evento. Se realizan asistencias técnicas para tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino (CCU)- se resalta su efectividad No se analizan los eventos urbano o rural, aunque si se tiene una incidencia de casos por área. Se estudian, algunas condiciones como: régimen de afiliación, lugares de atención, subregión, ruta de

<p>cada 100.000 personas del área rural.</p>	<p>involucramiento de la participación social y el contar con redes integradas de servicios de salud para facilitar el acceso de la población a la prestación de servicios de salud con calidad." <u>Línea de acción:</u> Gestión de la salud pública, gestión de riesgo en salud y promoción de la salud. <u>Estrategia:</u> En el Plan de Salud se enuncian dos partes: i) Promoción y adopción de estilos de vida saludables; ii) fortalecimiento de las capacidades de gestión de los actores</p>		<p>atención, programas de tamizaje (para el caso de CCU). <b>Problemas identificados:</b> falta de continuidad en procesos de diagnóstico (se identifica responsabilidad individual y de los agentes del SGSSS) Falta de integración de la red de atención. Problemas de contratación de las EAPBs La centralización de los servicios para la atención de cáncer supera la oferta de los prestadores. Los eventos de cáncer con mayor atención son los ENOS. Existen fallos en los sistemas de información para cáncer, las estadísticas difieren. No existe compromiso de parte de los secretarios de salud</p>
<p><b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTOS</b> Dentro de estas enfermedades se incluyeron las muertes por EPOC (tasa de 283,2), otras infecciones de las vías respiratorias que afectó a personas &gt;65 años, en menor proporción a personas de 45 a 60 años</p>	<p>municipales y departamentales, Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable, y fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de eventos de interés en salud pública priorizados.</li> <li>• Apoyar a la promoción de los estilos de vida saludables</li> <li>• Asesoría y/o Asistencia técnica en aspectos relacionados con la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles</li> <li>• Inspección y vigilancia a los actores del SGSSS</li> </ul>	<p>No se obtuvo información</p>

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida

### 7.3.1.2.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles

Para esta dimensión se registró la mayor asignación presupuestal del programa de salud pública con el 44%. Muchas de las enfermedades transmisibles se asocian con las condiciones geográficas y propias del contexto rural. Para este grupo se identifican las muertes por enfermedades respiratorias como prioritarias, sin embargo, la morbilidad sentida y la morbilidad relacionada con ENOS identifican otras como: malaria, chagas, leishmaniasis, hepatitis A/B/C, tuberculosis, agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, accidentes ofídicos, leptospirosis, entre otras (Ver Tabla 8). Teniendo claro que la calidad de los datos para la ruralidad no es buena, y está limitada a las barreras de acceso a servicios o a la capacidad de búsquedas institucionales relacionadas con los ENOS no se tiene certeza de las incidencias de estas enfermedades en la ruralidad.

La respuesta se enmarca en actividades de vigilancia, aunque no son explícitas, se incluyen indicadores de asistencia técnica sobre este evento.

*Tabla 8 Respuesta pública a los problemas relacionadas con causas de mortalidad por enfermedades transmisibles de la zona rural PS Antioquia 2010-2014*

PROBLEMA	ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto	ACTIVIDADES	PERCEPCIÓN DE EJECUTORES
<p><b>MORTALIDAD ENFERMEDADES RESPIRATORIAS NIÑOS</b></p> <p>Se incluyeron las muertes por otras infecciones de las vías respiratorias inferiores (Tasa 60,2) y otras enfermedades respiratorias crónicas que afectaron a menores de 1 año.</p>	<p><b>Dimensión de enfermedades transmisibles.</b> Además, se identifican actividades en <b>la dimensión Transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables</b> relacionadas con el grupo poblacional niños menores de 5 años.</p> <p><b>COAI:</b> estas dimensiones tienen como objetivos estratégicos:</p> <p>i) "Fortalecer las competencias de Inspección, Vigilancia y control de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud gracias al aumento de las capacidades básicas para una acción efectiva y al empoderamiento de los profesionales de salud para</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría para competencia PAI y otras</li> <li>• Vigilancia SP planes PAI y otras</li> <li>• Gestionar insumos PAI y otras</li> <li>• Asesoría y Asistencia Técnica para la implementación de la Estrategia AIEPI</li> <li>• Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad y morbilidad de los eventos de interés en Salud Pública en menores de cinco años</li> </ul>	<p>Las actividades se limitan al reporte de casos y el análisis de datos.</p> <p>La intersectorialidad para mejorar condiciones que favorezcan la salud no se realiza de manera efectiva.</p> <p>Se realizan acciones de canalización a través del programa de APS, actualmente se trabaja en un programa de incentivos que</p>

	<p>una atención con calidad. Así como al fomento de la articulación intersectorial en diferentes escenarios estratégicos, y el involucramiento de la participación social y el contar con redes integradas de servicios de salud para facilitar el acceso de la población a la prestación de servicios de salud con calidad"</p> <p>ii) "Generar cambios favorables en las poblaciones con mejores condiciones sociales, ambientales, sanitarias y alimentarias, evidenciadas en la mejor calidad del aire, suelo y agua; con una infraestructura vial y vías de acceso en mejor estado para el acceso a los servicios de salud por parte de la población, y con una infraestructura de servicios públicos suficiente y permanente, especialmente en los hogares del área rural, los cuales dispondrán de agua potable. Así mismo se hará un uso adecuado de sustancias químicas y biológicas por parte de los diferentes actores en el territorio. igualmente habrá una producción, comercialización, disponibilidad y acceso a los alimentos de manera adecuada para toda la población Antioqueña, disminuyendo así los riesgos químicos, físicos y biológicos, las morbilidades por enfermedades transmisibles, la malnutrición por déficit, exceso y carencia específica y las enfermedades crónicas en la población en general"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación de líderes en APH</li> </ul>	<p>mejore la efectividad de estas acciones</p>
<p><b><u>MORBILIDAD SENTIDA:</u></b> Enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, hepatitis C.</p> <p><b><u>MORBILIDAD ASOCIADA A ENOS</u></b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad y morbilidad de los eventos de interés en Salud Pública</li> </ul>	<p>Las actividades se limitan al reporte de casos y el análisis de datos. La intersectorialidad para mejorar condiciones que favorezcan la salud no se realiza de manera efectiva. Se realizan acciones de canalización a través del programa de APS, actualmente se trabaja en un programa de incentivos que mejore la efectividad de estas acciones.</p>

**Fuente:** Elaboración propia con base en información obtenida

### 7.3.1.3 Programa de seguridad alimentaria y nutricional

#### 7.3.1.3.1 Seguridad alimentaria y nutricional

Dentro del PS se encuentra estipulado el Programa de seguridad alimentaria- MANA, que tiene como propósito *contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población antioqueña, en especial de la más pobre y vulnerable y garantizar el acceso a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida sana y activa*. Sin embargo, de acuerdo con los entrevistados e informes del PS, este programa desde 2016 se encontraba en reestructuración (suspendido), no se tuvo información adicional sobre el funcionamiento del programa en la actualidad, adicional a esto se considera que los indicadores de resultado planteados son genéricos y no diferencian las poblaciones vulnerables.

Las actividades se concentran en la certificación de Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas como instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI, vigilancia del bajo peso al nacer y se trabaja en la implementación en la normatividad vigente para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad por desnutrición en los menores de 5 años. El fortalecimiento de estos servicios se lleva a cabo con el apoyo de la Universidad de Antioquia a través del grupo NACER.

*Tabla 9 Respuesta pública a los problemas de salud nutricional. PS Antioquia*

PROBLEMA	ACCIÓN PÚBLICA/ Proyecto	ACTIVIDADES	PERCEPCIÓN DE EJECUTORES

<p><b>DEFICIENCIAS NUTRICIONALES MORTALIDAD AD: DNT proteico-calóricas (tasa 38) &lt;1año</b></p>	<p>Se incluyó como problema priorizado en la <b>Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional dentro del programa de Salud Pública</b>, adicionalmente se identificó una respuesta específica con el <b>Programa de Seguridad alimentaria y nutricional, para los dos casos se estableció un</b> indicador de resultado general para la disminución de la Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.</p> <p>El objetivo general del programas "Contribuir con el mejoramiento de la malnutrición por déficit, exceso y carencia específica en los diferentes grupos poblacionales del Departamento de Antioquia."</p> <p>Enuncia como <b>Objetivo estratégico:</b> Generar cambios favorables en las poblaciones con mejores condiciones sociales, ambientales, sanitarias y alimentarias, evidenciadas en la mejor calidad del aire, suelo y agua; con una infraestructura vial y vías de acceso en mejor estado para el acceso a los servicios de salud por parte de la población, y con una infraestructura de servicios públicos suficiente y permanente, especialmente en los hogares del área rural, los cuales dispondrán de agua potable. Así mismo se hará un uso adecuado de sustancias químicas y biológicas por parte de los diferentes actores en el territorio. igualmente habrá una producción, comercialización, disponibilidad y acceso a los alimentos de manera adecuada para toda la población Antioqueña, disminuyendo así los riesgos químicos, físicos y biológicos, las morbilidad por enfermedades transmisibles, la malnutrición por déficit, exceso y carencia específica y las enfermedades crónicas en la población en general.</p> <p>Línea de acción: Gestión de la salud pública, gestión de riesgo en salud y promoción de la salud.</p> <p>Estrategia:</p> <p><b>Estrategias:</b></p> <p><b><u>Programa de salud pública</u></b></p> <p>*Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de salud con asistencia técnica para la implementación en la normatividad vigente para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad por desnutrición en los menores de 5 años.</p> <p>*Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de salud con vigilancia nutricional de los eventos de notificación obligatoria en los municipios</p> <p><b>Programa de Seguridad Alimentaria: MANÁ</b></p>	<p><b><u>PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría y asistencia técnica</li> <li>• Fortalecimiento en IAMI integral</li> <li>• Vigilancia nutricional/ eventos de notificación obligatoria</li> </ul> <p><b><u>PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA MANÁ</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cupos en programas de complementación alimentaria para gestantes y niños</li> </ul>	<p>Programa en reestructuración a la fecha de entrevistas. No se obtuvo información adicional sobre funcionamiento del programa.</p> <p>Desde la secretaría de salud, se realiza notificación, seguimiento y educación para el reporte del evento</p>
---	---	--	---

	<b>Plan de salud:</b> describen las acciones enfocadas a población de <b>mujeres gestante y niños y niñas menores de 5 años</b> . Se articularán con los programas de complementación alimentaria ante una condición de vulnerabilidad, todo con el fin de contribuir a la disminución del bajo peso al nacer y la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.		
--	---	--	--

**Fuente:** Elaboración propia con base en información obtenida

### 7.3.1.4 Programa de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Este programa se enmarca en la dimensión de fortalecimiento de la autoridad sanitaria del PDSP 2020-2021, contempla tres líneas operativas a saber: gestión de la salud pública, gestión del riesgo en salud y promoción de la salud; cada una de ellas contiene categorías en las que se focalizan las actividades con su distribución presupuestal (Ver Anexo III). Para el desarrollo de estas actividades fueron programados 1, 7 billones de pesos correspondientes al 86.3% del total del presupuesto destinado para el cumplimiento del Plan de Salud, configurándose como el programa con mayores recursos asignados.

Se evidencia que, dentro de las categorías operativas, la gestión para la salud pública tiene el 99,9% de los recursos destinados en este programa, siendo la gestión del aseguramiento y la gestión de la prestación de servicios individuales las que más presupuesto asignado tienen con un 54.2% y 21,1% respectivamente (Ver Tabla 10)

*Tabla 10 distribución presupuestal, programa de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, Antioquia 2016-2019*

LINEAS OPERATIVAS	CATEGORIA OPERATIVA DEL PDSP	%
	GSP - Coordinación Intersectorial	0,6%
	GSP - Desarrollo de capacidades	5,7%
	GSP - Gestión administrativa y financiera	6,3%
	GSP - Gestión de Insumos de interés en Salud Pública	2,2%
	GSP - Gestión de la prestación de servicios individuales	21,1%
<b>Gestión de la salud pública</b>	GSP - Gestión de las Intervenciones colectivas	1,3%
	GSP - Gestión del Aseguramiento	54,2%
	GSP - Gestión del conocimiento	2,1%
	GSP - Gestión del talento humano	3,9%
	GSP - Inspección, Vigilancia y Control	1,6%
	GSP - Participación Social	0,2%
	GSP - Vigilancia en Salud Pública	0,7%

<b>Gestión de riesgo en salud</b>	PIC - Jornadas de salud	0,1%
<b>Promoción de la salud</b>	PIC - Educación y comunicación en salud	0,0%
	PIC - Rehabilitación basada en comunidad	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.700.540.469.483,00</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en información PAS-COAI

Dentro de las actividades con mayor parte del recurso se destacan las gestiones relacionadas con el apoyo y la gestión jurídica de las tutelas en salud; la gestión para la prestación de servicios individuales, la cofinanciación del régimen subsidiado, el pago de medicamentos y tecnologías no contempladas en el plan de beneficios.

Se identifican actividades de gestión que pueden estar relacionadas con las actividades de notificación y gestión del sistema de vigilancia, que también tienen rubro presupuestal en el programa de salud pública.

### **7.3.2 Percepciones de los actores frente a la pertinencia de las actividades que se desarrollan y las necesidades de servicios de salud en la ruralidad.**

Para el desarrollo de las entrevistas fueron diseñados unos instrumentos semiestructurados bajo unas categorías de interés que buscaron indagar sobre el alcance de las actividades que los ejecutores desarrollan en el marco del PS desde la gobernación hacia las zonas rurales del departamento. Una vez analizada la información obtenida de las entrevistas se estructuraron los resultados en 4 grandes grupos de categorías (establecidas previamente y emergentes después de la codificación), a saber: i) Configuración de la respuesta en salud y su relación con los programas en la ruralidad; ii) Avances de los programas del plan de salud en los entornos rurales; iii) limitaciones de los programas de salud pública para ampliar el alcance a entornos rurales del departamento de Antioquia ; iv) identificación de necesidades de gestión en entornos rurales y propuestas de los actores que ejecutan las acciones de gestión.

En la descripción de cada una, se muestran de manera conjugada los principales hallazgos que se relacionan con la ejecución de las actividades y las perspectivas que se construyen en torno a la ruralidad y el que hacer de los actores que intervienen en los procesos de implementación.

### 7.3.2.1 Configuración de la respuesta en salud y su relación con los programas en la ruralidad

#### 7.3.2.1.1 Procesos de priorización que configuran las respuestas en salud

Dentro de la información obtenida se identificó, que existe acuerdo en que las acciones que se desarrollan en el marco de la política pública, generalmente se concentran en el área urbana. Sin embargo, la falta de alcance de la mayoría de los programas hacia la comunidad rural se atribuye a **una falta de acceso a los servicios y a los recursos limitados asignados en la ejecución de actividades extramurales**. Adicional a esto se documentó que **los procesos de priorización** difieren entre programas, algunos de ellos se definen con base en la caracterización de los ASIS, otros por su parte, se limitan a la ocurrencia del evento de manera individual y para el caso de la APS se tiene un sistema de información propio.

Desde la Gobernación se tienen identificadas la regiones en donde los eventos presentan una mayor incidencia y prevalencia: *“efectivamente tenemos en cuenta las tasas de muerte... te pongo el ejemplo de Caucasia, en el bajo Cauca, donde históricamente hay muertes tanto en el área urbana como rural, entonces allá es donde vamos, se llama al personal clave y al que pueda asistir a capacitación pero que digamos... identificamos que si es en la ruralidad y tengamos un programa específico para eso: No, no lo tenemos [...] y que vayamos específicamente allá... no”- E1*

Desde el programa de APS, la priorización de las acciones se realiza a través de la información propia del programa; y es ejecutada de acuerdo con las necesidades de cada municipio: *“nosotros priorizamos mucho la población rural, pero nosotros como departamento no generamos acciones en los municipios, sino que asesoramos los municipios de cómo elaborarlos, los concurrimos y los revisamos, para que obviamente se atiendan a ciertas poblaciones y todo esté en el marco de la norma”... “el trabajo de nosotros*

---

*en el territorio es lograr con los entornos caracterizados modificar aquellas condiciones que identifiquemos en la caracterización... hacemos un diagnóstico en cada uno de los entornos tenemos una ficha..."- [E8]*

**Las unidades de población** (densidad), se tienen en cuenta para la priorización de algunos programas, especialmente aquellos que requieren la disponibilidad de los servicios que hacen parte del mecanismo de ejecución de alguno de los programas evaluados: - *"...las regiones en donde más trabajamos es el Valle de Aburrá, obviamente por la cantidad de población, luego sur oriente, suroeste y nordeste... ese es casi el orden"- [E3].*

#### 7.3.2.1.2 Procesos para la construcción de la respuesta

La construcción de los lineamientos de política pública que se generan en el marco del desarrollo de las actividades del PS, generalmente cuenta con la participación interinstitucional. Sin embargo, se reconocen las dificultades que existen para generar alcance en la participación rural e incluso comunitario: -

*- "...la verdad se convoca, se convoca a la comunidad, pero decir que las personas de la vereda, llamarlos... no, ni mis muchachos no creo que lo hagan y no se los he sugerido... no creo que las personas que hacen la convocatoria en la construcción municipal los hayan invitado, porque como hay municipios en donde la parte rural es muy cercana a la parte urbana y se confunde.... Y hay otros que el área urbana es reducida... pero el número de veredas es impresionante y supera la lupa, es complicado"- [E7]*

Desde la academia, se hace un análisis particularmente interesante, en donde se atribuyen los problemas de planeación a una falta de análisis de los procesos de salud, desde el sector mismo, lo que limita directamente el alcance de las acciones para abordar los entornos particulares como la ruralidad: -*"los procesos de determinación de la salud los han abordado mejor otras disciplinas como la economía de escala que determina la configuración de los territorios, la posibilidad de acceder... desde otras áreas como las ciencia política, el derecho se ven más estudios que desde la misma salud pública y salud*

*colectiva”- [E6]. Esto enfatiza la importancia que se le debe dar al uso de los datos y al nivel de análisis que estos deberían tener para lograr cambios en las zonas más dispersas.*

### **7.3.2 Avances de los programas del plan de salud en los entornos rurales**

Se identificaron principalmente dos niveles de implementación de las acciones que se enmarcan en los programas de salud, el primero de ellos, el que se emite desde la gobernación y el segundo, el que se desarrolla a nivel municipal, en donde pueden estar involucrados tanto los prestadores municipales y las EAPBs, como las direcciones locales de salud (secretarías municipales de salud).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presentan algunas de las tareas y avances que se identificaron en algunos de los programas que actualmente se desarrollan en los dos niveles de ejecución:

#### **7.3.2.1 Gestión y avances desde la gobernación**

De acuerdo con la información recolectada, se pudo establecer, que en general las actividades desarrolladas desde la gobernación se enmarcan en su mayoría en la gestión de programas que contemplan actividades como:

- **Asistencias Técnicas** para lograr implementar los lineamientos nacionales que permitan el cumplimiento de los indicadores propuestos en el PS. Para algunos de los entrevistados, es muy importante la caracterización previa que se hace a través de los ASIS, de la información obtenida a través de los ENOS y solo para el caso particular de APS los datos que se generan de su propia caracterización.

*- “Nosotros acá como departamento, generamos unos lineamientos que son generales... Son 125 municipios que hacen parte de 9 subregiones, entonces hay subregiones que tienen unas características muy particulares, algunas con poca ruralidad [...] algunas con poblaciones con comportamientos muy parecidos [...] entonces cada municipio adopta los lineamientos que respondan a esa necesidad”- [E8]*

- *“Las actividades que realizamos se enmarcan en la vigilancia de salud pública, no en la ejecución como tal”* –[E7]; *“...el trabajo que se desarrolla dentro de mis competencias es ir a las regiones donde hemos tenido eventos para hacer las respectivas indagaciones y asesorar a la dirección local, el hospital y las EAPBs para el correcto diligenciamiento de las fichas de notificación porque a partir de lo que se ve en SIVIGILA proponemos mejoras [...]”*- [E1]. Fueron frecuentes las actividades sobre el seguimiento y análisis de casos que se realizan tras la notificación.

- **Capacitaciones Al Recurso Humano En Salud.** Algunos programas particulares, se concentran en la capacitación de los actores que intervienen en los procesos de gestión y atención de la salud como las EAPBs (Empresas Prestadoras de servicios de salud) a nivel municipal en las instituciones prestadoras focalizado especialmente en las ESEs y las Secretarías Locales de Salud.
- Además, se realizan actividades de **seguimiento de eventos** que afectan a poblaciones de interés como niños y mujeres, algunos seguimientos se enfocan en el seguimiento de las fichas de ENOS y otras se relacionan con el seguimiento de prestaciones establecidas en las rutas de atención de personas que han sido diagnosticadas y requieren tratamientos prioritarios.
- Específicamente, para uno de los programas indagados, la función esencial es el **diseño de la política pública** como lineamiento de acción para cada uno de los municipios del departamento.
- Las Rutas Integrales De Atención En Salud (RIAS) fueron reconocidas como avances para la mejora de la atención y el tratamiento de las patologías que han sido objetos de vigilancia: *“trabajamos sobre las rutas de atención [...] para hacer seguimiento a los casos”* [E1]; *“a través de las rutas de atención, ahora estamos en un acercamiento con comunidad indígena, para que los planes que ellos tienen, sobre todo en la atención del parto, se acerque a la institucionalidad, para que no se convierta en lo que históricamente ha sido una barrera [...] estamos trabajando para que a través de un*

*diálogo de saberes se llegue a un acuerdo para que las complicaciones sean mínimas y que, si las hay, haya respuesta” [E3]*

- Se identificaron **apoyos externos** para la gestión e implementación de algunos de los programas que se encuentran dentro del PS, estos apoyos son liderados desde una organización académica denominada “NACER”, liderada por la Universidad de Antioquia, muchas de las acciones son apoyadas en su realización por esta entidad.
  - *“Lo que hace la universidad, en el marco del convenio con la gobernación es específicamente para desarrollar la estrategia de la Política PAIS y más específicamente lo que es MIATE ahora” [E4]*
  - *“soy la encargada del evento [...] aunque el dato no lo manda un tercero a nosotros que es el grupo NACER y ellos son los que manejan las estadísticas de [...] nosotros adelantamos algunas actividades para adaptarnos a la nueva ley” [E4];*
  - *“si ellos hacen capacitación en AIEPI clínico y comunitario, esa es como la estrategia” [E8]*

La gobernación además cuenta con otros aliados, para el manejo de las malformaciones congénitas que tienen corrección quirúrgica, de acuerdo con la información recibida son entidades voluntarias y se tratan de integrar a las EAPBs en la respuesta que se está dando, aclarando que, aunque estas actividades se deberían realizar como parte del Plan de Beneficios, se realizan a través de estos apoyos para agilizar los procesos de respuesta.

#### **7.3.2.2.2 Gestión y avance de las entidades e instituciones municipales**

Las actividades descritas a continuación se limitan a los hallazgos de los programas de los que fue posible indagar, además se incluyen acciones que fueron manifestadas tanto desde la gobernación como de la misma entidad municipal que participó en la entrevista, por lo que no representa la realidad de todos los municipios del departamento. El ejercicio se concentró en conocer la percepción del marco de acción de la gobernación sobre las respuestas locales para la ruralidad.

Desde los programas se refirieron algunas actividades que se desarrollan a nivel municipal. Algunas de ellas:

- Caracterización de su población para la identificación de necesidades, para definir su plan de trabajo
- Desde el programa de APS se busca canalizar la población a los diferentes servicios que no necesariamente son de salud.

Se resalta que el avance a nivel municipal depende de “voluntades”: *“hay algunos municipios que son chiquitos y hacen mucho, son dinamita ... otros toca empujarlos para todo”* [E9]; *“realmente hay voluntad política cuando uno presenta un buen proyecto y tiene una buena aceptación y se ven la mejora de indicadores, eso es lo que el jefe mira y él apoya.”* [E5]

Además, se manifestaron otros apoyos de instituciones como FAMI, y otras ONGs independientes.

En la experiencia de caso municipal se pudo identificar que existen estas voluntades: *“Aquí las veredas no son tan lejos... y con la alcaldía se hacen brigadas a las veredas... no solo en salud sino en saneamiento ambiental, recreación, gobierno...”* [E5]. A nivel municipal se describieron otras actividades interesantes que se identificaron fueron: proyectos que buscan ayudar a las personas que deben movilizarse a otra ciudad para recibir servicios de salud, personas en condición de discapacidad física, mental o auditiva.

Adicionalmente se identificaron actividades de diagnóstico diferentes a las que ofrecen los lineamientos generales, en poblaciones específicas como los floricultores del municipio, en el marco de proyectos de gestión de iniciativas municipales.

### **7.3.2.3 Limitaciones de los programas de salud pública para ampliar el alcance a entornos rurales del departamento de Antioquia**

Las principales limitaciones que los entrevistados identificaron para que las acciones que se desarrollan actualmente den cobertura de manera diferencial a las comunidades rurales fueron:

#### 7.3.2.3.1 Manejo de la información

- Se reconoce una falta o **inadecuado uso de los datos** con que se cuenta en los diferentes niveles de planeación, para algunos casos, aunque los datos están disponibles no han sido usados de manera específica para lo urbano y lo rural. Actualmente el departamento de Antioquia cuenta con un sistema de caracterización de riesgos en 4 entornos en el marco de la estrategia de APS: familiar, escolar, comunitario y rural, aunque hasta hoy no se ha logrado la caracterización total de la población del departamento debido a la escasez de recursos con que cuenta el programa, si se tiene un avance importante en este proceso. Sin embargo, durante las entrevistas se logró evidenciar que no todos los municipios que cuentan con esta caracterización utilizan estos datos para la toma de decisiones, que no solamente atañen al sector salud.  
*“con los datos que tiene el programa, usted pudiera hacer política si quisiera, porque a través de eso usted encuentra la necesidad de su gente... y puede hacer lo que necesita su gente, uno los motiva, pero no los podemos obligar... entonces nos encontramos de todo un poco, son 125 municipios y así como hay alcaldes que van y acompaña las visitas hay otros que no tienen ni idea esto para que sirve, pero firman y ya” [E8]*
- Para algunos, el sistema de información es robusto, sin embargo, existe un **subregistro** que se origina por diversas causas en algunos de las condiciones de morbilidad indagadas:
  - *“en una sociedad tan machista, con la violencia que hemos atravesado, que ha afectado de manera dramática en el área rural... ¿las tasas de violencia intra familiar son absolutamente menores en el área rural que el área urbana?, eso se llama subregistro” [E3]*
  - *“yo digo que en todo el país tenemos un subregistro grande... hay muchos municipios en los que hay muchos niños con labio leporino o alguna malformación*

*que son no notificados...es difícil entender que, si la mayoría de partos son institucionales...a la hora de hacer las brigadas quirúrgicas [...] empezamos a encontrar muchos niños a los que no se les hizo tamizaje” [E3]*

*“El registro poblacional de cáncer, que recibe el resultado de todas las patologías reportó para el año pasado 2.017 casos y SIVIGILA apenas 1.063” [E4]*

- Las principales **dificultades del sistema de información actual** se atribuyeron a la intensidad del registro para los reportes al Sistema de Vigilancia y a la falta de recursos:

*“la base de datos de patología es menos compleja que la del SIVIGILA, porque incluye datos básicos y complementarios y eso es un trabajo adicional... por eso en todos los eventos hay subregistro.” [E3- E4]*

*- “Este problema, puede estar relacionado con que el sistema de vigilancia está descargando en el primer nivel una alta carga a una parte del sistema que no tiene recursos económicos, entonces surge la ruralidad como elemento inherente al subregistro” [E3]*

Al cuestionar sobre la posibilidad de obtener datos específicos sobre ruralidad, algunos de ellos manifestaron contar con la posibilidad de generar resultados, sin embargo, no son usados en términos prácticos para la generación de respuestas, para algunos la variable territorial no constituye una unidad de análisis.

*- “eso se puede sacar, en el momento no lo tenemos... pero lo podemos sacar si lo necesitan... no lo tenemos, pero se puede...” [E8]; - “para el caso preciso ustedes están comparando urbano con rural, yo le digo que no lo he hecho, no he separado, porque mis acciones no van en la ruralidad” [E7]*

Otros programas por su parte, manifestaron que las características del programa y de la población no permiten tener alcance de una caracterización específica de la población rural y esto se atribuye a que incluso los actores territoriales no conocen su población.

Los sistemas de información funcionan mejor en las regiones en donde se concentra la población (Valle de Aburrá), reconociendo que fuera de estas, existen múltiples

deficiencias para la gestión de los programas. Para el caso de las regiones en donde se cuenta con información suficiente, se tienen identificadas las zonas con mayor incidencia de determinados eventos, lo que no descarta la existencia de problemas en zonas en donde los datos no están disponibles.

- **La falta de integración de los sistemas de información**, se convierte entonces en una barrera, tanto de la integralidad como de la continuidad en la prestación de servicios.

*“los mandan aquí en Medellín...lo atiende el mago, escribe tres palabras y lo devuelve. El paciente no entendió, porque ni siquiera lo mira mientras le explica y le habla en términos técnicos todo el tiempo; entonces el médico de allá no tiene ni idea que le dijeron aquí y pues...” [E5]*

La gobernación como ente rector de las actividades, actualmente no tiene acceso a algunos datos poblacionales, que solo tienen las EAPBs

*“Tenemos datos globales [...]pero el dato específico lo tienen las EAPBs, es un dato bien importante... pero no lo tenemos”*

Sobre los sistemas de información entre actores *“ahí no se ha avanzado tanto, por ejemplo, en los procesos de canalización... por ahora estamos exigiendo que las canalizaciones sean efectivas o no se paga, porque ellos destinan un dinero para eso... es un modelo de incentivos”*

#### 7.3.2.3.2 Barreras de acceso

Los actores entrevistados, aunque no hacen parte del medio rural y no tienen interacción laboral con él, reconocen la existencia de barreras que limitan el acceso de la población que habita en las zonas más dispersas del departamento. Algunas de éstas se expresaron con base en las experiencias de casos concretos que han conocido durante el desarrollo de su trabajo.

Las barreras económicas que dificultaron el acceso fueron las menos reconocidas por los participantes. Algunos, mencionaron que las **condiciones geográficas** eran determinantes para el acceso a servicios y limitantes para el alcance de los programas de salud pública, reconociendo que las personas que viven cerca de las ciudades tienen

mayor oportunidad:

- *“Lo que hablábamos ahora de lo rural y lo urbano frente al evento, hay más acceso en Valle de Aburrá” [E4]; “porque no hay carretera... barreras geográficas o sociales impiden que vengan al centro” [E7]*

además de ello resaltan que, si bien existen problemas en la prestación de servicios, **componentes sociales, culturales** y las **decisiones individuales** limitan el uso de los servicios:

- *“tenemos una cultura que no está preparada para asistir a los hospitales de los municipios, para el caso de las malformaciones congénitas, por ejemplo... los niños que más capto son de municipios con alta ruralidad, las malformaciones avergüenzan y por esto no asisten al servicio, entonces podría decir que estaban abandonados, porque si nace acá (Medellín), se le opera el labio o el paladar, pero si nace lejos ¡no!” o no acceden porqué... los grupos sociales no la dejan salir, [E1-E3].*

**La situación de las mujeres se percibe como particularmente vulnerable:**

- *“... no es secreto que se mueren las mujeres que no tienen educación, las afro, las que tienen peores ingresos...” [E3]; “. si es indígena, campesina y no conoce se va, sin saber que tenía algún riesgo asociado a la muerte materna” [E1].*

Las barreras administrativas están representadas en la existencia de la capacidad dispuesta por las instituciones para la atención: *“...la señora quiere consultar, pero: ¡ay no es que le falta el carnet, la firma, el proceso, la fila, la madrugada...!” [E4]; “las EAPBs... los profesionales también ponen barreras de atención, por desconocimiento... no conocen el sistema” [E1- E3]*

El comportamiento individual y la influencia de la cultura como elementos que contribuyen a las barreras de acceso se reconocieron por la mayoría de los actores entrevistados, particularmente esta categoría fue importante por estar construida a partir de las percepciones que los tomadores de decisiones tienen sobre uno de los puntos clave para el acceso y la atención diferencial establecido en el PS como elemento transversal en su planteamiento.

Ellos consideran que existe pérdida de gestión de la salud, especialmente de las personas rurales es determinante para el acceso a los servicios *“...nunca van por*

*la citología porque dicen: 'eso si me sale mal, usted me llama'; cuando la enfermera le toma el examen y le dice vuelva en 15 días, pero [...]nunca vuelve" [EC3]*

Elementos culturales no permiten el logro de los indicadores establecidos, por ejemplo, "El machismo" en la ruralidad es marcado *"Vemos en la ruralidad mujeres que no se hacen el examen porque el marido no las deja, otras que dicen: es que usted no le tiene que mostrar nada a nadie y cosas así, que todavía se ven, eso afecta el programa" [E4]*

*-"para que las canalizaciones sean efectivas, hemos tratado de tener articulación con las EAPBs, pero también hay que tener en cuenta que hay mucha población que no le gusta acceder a los servicios [...] entonces es muy difícil obligarlo, porque esto no está dentro de su plan, incluso el machismo es muy típico, o que se tome sus medicamentos [...] cuando hablamos de salud en general debemos hablar de las condiciones de la otra persona, del si quiere o no recibir un servicio... hay que hablar de la institución de las dificultades y de las trabas pero la parte fundamental es la educación... se tiene que hacer un examen de próstata, entonces hay gente... el campesino paisa es demasiado llevado por su parecer, entonces es difícil obligarlo, porque no están dentro de su plan, incluso el machismo es muy típico..." [E8].*

*- "...pero también hay que tener en cuenta que hay mucha población que no le gusta acceder a servicios entonces es muy difícil... o que se tome sus medicamentos es difícil. entonces, cuando hablamos de salud en términos generales tenemos que hablar de las condiciones de la otra persona, del si quiere o no recibir un servicio" [E4].*

### **7.3.2.3.3** Funcionamiento del SGSS

La falta de integralidad en la atención de las personas, la fragmentación de la red de servicios, las barreras administrativas que se han establecido por el funcionamiento de las EAPBs dentro del sistema, la falta de oferta de algunos servicios, la centralización servicios especializados, son algunos de los problemas que fueron reconocidos por los participantes.

- La **dependencia de las EAPBs para la continuidad de la atención**, que se enmarca en el desarrollo de los programas para eventos que han sido priorizados, se catalogaron como una barrera importante en la atención  
*“decimos que los programas son **EAPB- dependientes**, de eso dependen los procesos... hay EAPBs que tiene el programa mucho más desarrollado que otros”* [E4]. Esta dependencia, genera el éxito o fracaso de los programas en salud. Un ejemplo, es el éxito del programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino tiene una cobertura casi del total de la población, sin embargo, *“a la hora de la confirmación del diagnóstico, hay un enorme cuello de botella... y si de ahí cuenta la hora de iniciar el tratamiento, se reduce mucho más el camino”* [E4] para que las personas sean tratadas a tiempo.
- Los **trámites innecesarios** fueron identificados desde la gobernación como un problema en el que las acciones de mejora que se han implementado no han sido suficientes: - *“Las EAPBs no han puesto mucha parte, porque hacemos el tamizaje que está dentro del plan de beneficios... pero cuando los resultados salen alterados hay que hacer pruebas confirmatorias [...] Las EAPBs empiezan ¿qué cómo así? ¡Eso hay que autorizarlo, ya halamos! Ya se les dijo que no se tiene que autorizar, no se tiene que analizar que se deben hacer pruebas confirmatorias... si sales un hipotiroidismo y se inicia el tratamiento se revierte el RM en un 98,9%”* [E3]  
Adicional a ello, los sistemas que disponen las EAPBs y los prestadores no son eficientes: *“las personas marcan para pedir la cita y hasta ahí llegan...”* [E4]
- La mayoría de los entrevistados convergen en que existe **una falta de recursos** para las acciones en salud pública, que limitan el alcance de los programas: *“en APS necesidades infinitas... recursos finitos; se trata de intervenir muchísimo más la población rural, pero entendemos que los recursos son insuficientes... es difícil.”* [E8]. La asignación de recursos se hace con base en la importancia de los problemas dentro de la agenda pública: *“la hipótesis que hay dentro del trabajo es que yo les asigno recursos de acuerdo a que tanto esos temas se vuelven importantes en la agenda, cuando yo digo que solo tengo 9 casos notificados de labio y paladar hendido en el departamento, ese tema no es tan importante como podrían ser otros, pero cuando usted se va y encuentra 167 casos, ahí se habla de magnitudes diferentes”* [E3].

#### 7.3.2.3.4 Marco normativo y procesos gubernamentales

Las limitaciones que se imponen en el marco de la normatividad vigente fueron reconocidas como un obstáculo para mejorar el alcance de las acciones hacia la ruralidad, ya que los rubros asignados tienen finalidades específicas que no se pueden cambiar: *“hay muchas cosas que no se permiten en la ley, porque no se pueden hacer actividades de salud pública” [E8]*

Además, los participantes perciben fallas en la respuesta que se emite en el marco del lineamiento nacional, y estos no permiten el desarrollo de estrategias tan importantes como la APS en los territorios rurales.

*“Tengo la impresión que la Gobernación de Antioquia solo se ha movido por los lineamientos nacionales, entendiendo como política el Plan decenal de Salud Pública [...] desde el 2015 la seccional de salud ha hecho intentos de incluir en su política la PAIS y su modelo MIAS, siento que se ha movido desde el lineamiento general, para llegar a una cosa y es que... las políticas que no logran especificar de manera más detenida o específica acciones que tengan en cuenta las prácticas de los territorios” [E7- E8]*

*- “la gobernación genera un lineamiento específico bajo priorización, pero eso, acaba con el sentido real de la APS integral orientada a los principios de Alma Ata... generando así acciones específicas para grupos de personas y eso no cubre las necesidades reales de la ruralidad” [E9]*

- Algunos **procesos gubernamentales**, fueron identificados como barreras a la hora de la implementación de las diferentes actividades de salud, tanto en los territorios como a nivel central, en especial los procesos de contratación que generalmente presentan retrasos y limitan los tiempos para el cumplimiento de las metas planteadas en el plan:

*- “la dinámica del privado es diferente, porque solicitan un contrato y se hace, y listo!... en lo público depende si entró la plata o no, si hay le y de garantías, si se puede o no, si tiene facultades para contratar, si el consejo autoriza, si el alcalde quiere... entonces el tema de contratación es complejo, en esta administración es un tema muy álgido [...]” [E8]*

Adicionalmente, muchas de las actividades están limitadas a las competencias de los funcionarios y al cumplimiento de indicadores planteados.

- El accionar de quienes ejecutan está limitado **al cumplimiento de actividades**. Se evidenció que la respuesta, depende de la ocurrencia del evento, especialmente en los ENOS en donde el trabajo que se realiza se basa en el seguimiento de los casos notificados, pero incluso estas actividades no garantizan una cobertura rural  
- *“hay que hacer una precisión y es que nosotros no analizamos los casos porque sean urbano o rural, sino por el tipo de evento, por ejemplo, el cáncer en menores de 18 años... es una prioridad sin duda entonces los casos tienen un tipo de identificación diferente, lo que quiero precisar es que la vigilancia es inherente a los programas” [E6].*

- *“nosotros estamos con las instituciones de salud, con las secretarías, con los que se involucran en el registro a SIVIGILA, realmente es como nuestra población, pero directamente con la población... no” [E5]*

“¿Existe algún programa extramural intencionado para llegar a la ruralidad por parte del programa?”—*“no, solo se hace cuando se presenta el evento--” [E4]*

- Aunque más adelante se desarrollará la categoría de recurso humano, a nivel gubernamental se evidencia que existe un problema importante sobre las **deficiencias de las capacidades** de quienes dirigen las acciones en salud que puede llegar a restringir la cobertura rural y el desarrollo de las actividades en los territorios, no solo a nivel departamental, sino también municipal.

#### 7.3.2.3.5 Integralidad de los servicios

Los **problemas financieros de la EAPBs** se identificaron como causales de todos los problemas de integralidad en los servicios

- *“Las EAPBs distribuyen los exámenes (sitios de atención) o las acciones de acuerdo con su conveniencia, no de acuerdo con la ruralidad y ahí hay un problema muy grande para las rutas de atención” [E4]*

- “Las rutas no están en la cercanía, ni dentro de las posibilidades de las personas, especialmente en las regiones que les dije (las más rurales) ... no hay una ruta específica donde el hospital y las mujeres de regiones como esas conozcan la ruta de referencia, especialmente para el subsidiado” [E1]

- Los entrevistados manifestaron que **las contrataciones** con que las EAPBs prestan los servicios no permiten la integralidad de los servicios.
  - “Hay pacientes del Magdalena Medio que llegan hasta aquí con la biopsia en la mano, sin saber pa` donde coger... ahí a veces uno tiene amigas, unas veces funciona y otras no” [E4]
  - “no es falta de diagnóstico [...] pero las distancias no permiten generar una respuesta...tenemos un tamizaje que funciona muy bien, en los 125 encuentros programa funcionando al 100, pero a la hora de definir diagnóstico la cosa se traba...” [E3]
- **Las instituciones no tienen la capacidad suficiente para dar respuesta** a las solicitudes que superan su suficiencia, ya que el gasto es alto, especialmente para exámenes de alto costo, que generalmente se centralizan en prestadores que se ubican en las ciudades. “Dan la orden... se la autorizan, pero tienen un cuello de botella a la hora de hacer una confirmación del diagnóstico...” [E6]
- El **fraccionamiento de los servicios** fue otro elemento que se identificó desde la gobernación, que se articula de manera directa con las deficiencias en los sistemas de información, limitando las trazabilidades en tiempo real de las personas que son atendidas en lugares diferentes a la residencia.

#### 7.3.2.3.6 Articulación entre sectores y programas

La falta de articulación entre los programas fue manifestada por varios de los actores entrevistados. Se identificó que desde la planeación central no es tan evidente este problema, pero a nivel territorial existe este problema y en consecuencia se genera la fragmentación de los seguimientos y servicios.

---

*“por ejemplo vemos que hay una carretera, está sin pavimentar, genera mucho polvo y la gente se está enfermando mucho ... entonces ahí salud (como sector) no podrá invertir recursos para mejorar las condiciones de esa vía, entonces nos toca hacer una canalización a infraestructura, sea municipal, departamental, nacional... son muchas cosas que no tienen solución inmediata pero finalmente nosotros solicitamos, porque nosotros creemos que la APS no es solamente que tengan un estado de salud bueno, sino que tengan bienestar, pero a veces eso nunca se da” [E8]*

*- “... incluso teniendo el contrato el hospital: APS va por aquí y el hospital va por allá. El hospital dice: “¡no!, eso es de APS... no me toca a mí... y digo: venga, como así que vos tenés una mujer con una citología alterada, que está en la vereda y entonces APS no va por allá... dicen- ‘esos de APS no me los mencione que no sirven para nada` etc.” [E4]*

Para el caso del municipio, se manifestó que la articulación intersectorial es buena, y tratan de realizar acciones conjuntas para visibilizar la gestión de todos los procesos municipales:

*- “hacemos reuniones y brigadas conjuntas, al año hacemos cuatro brigadas grandes en el área rural, ahí se ve la articulación porque ahí si van servicios públicos, manejo de residuos, medio ambiente, desarrollo económico, salud...” [E9]*

#### 7.3.2.3.7 Recurso humano en salud

Esta categoría emergente, contempla dos partes importantes en la gestión y desarrollo de las actividades en salud pública. Por un lado, se encuentra el recurso encargado de la programación, dirección o seguimiento de las acciones en salud, y por otro quienes hacen parte de la ejecución de estas actividades planeadas.

Con respecto a quienes hacen parte de la planeación se pudo establecer que existen deficiencias relacionadas con las capacidades de las personas para tomar decisiones sobre la salud de las poblaciones; pues generalmente las personas que se encuentran a cargo de las secretarías no tienen base de formación en salud y generalmente no tienen experiencia y esto, consideran los entrevistados es fundamental para el éxito de la planeación e implementación de acciones en salud. - *“...cuando esa experticia no está, no existe, nunca se ha tenido o se pierde de ahí en adelante cualquier cosa que se emprenda*

*no siempre tiene un fin, o tiene un buen fin o el fin es el que la comunidad necesita” [E3]. “el secretario de salud es el secretario de deportes, cultura y cumple múltiples funciones entonces.... además, no tiene perfil adecuado para salud, es sociólogo, ingeniero, abogado” [E3- E4].*

Sumado a esto, las personas que lideran los procesos en salud deben tener unas cualidades mínimas, es así como se han encontrado que *“hay municipios donde el hospital como hospital, tiene un médico encargado y está comprometido y hace Anexos 3 sin pedírselos” [E8] y otros en cambio, solo “sirven para firmar” [E8]*

Por parte de los ejecutores de las acciones, en la práctica los participantes han identificado que existen deficiencias en la formación del recurso humano en salud, por ejemplo *“la identificación de casos sospechosos de cáncer en menores de 18 se debe notificar, pero existe gran desconocimiento de la parte asistencial” [E1]. La falta de compromiso de los profesionales en algunos municipios es evidente “...no tienen compromiso para participar y capacitarse, se ve la falta de interés” [E3]; “cuando se hacen capacitaciones, los médicos y las enfermeras brillan por su ausencia, y uno pregunta al gerente y dicen... lo que pasa es que no tengo médico, se prioriza la atención, porque no hay recurso humano, porque hay mucha demanda, porque están pos turno, entonces la prioridad es la venta del servicios, jeso es lo que hay!” [E7]*

Sobre esto último, es importante destacar que algunos de los participantes se refirieron a la falta de recurso humano para las áreas rurales, pues el sistema actual no genera incentivos para que las personas se queden en estas áreas: *- “mientras el sistema de salud siga como está nosotros tenemos grandes problemas, sobre todo la alta rotación en la ruralidad, la enfermera que esta por ella en la porra, se va porque les deben 3 y 4 meses y además no le van a pagar y entonces esos sistemas de contratación siguen siendo un problema gravísimo en los territorios, el médico aunque quisiera estar en la alta ruralidad, no puede porque no hay oportunidad” [E1]*

*Las contrataciones, son un tema álgido, la disponibilidad del recurso determina el éxito de las acciones, por ejemplo “en las brigadas de salud y eso, no siempre se cuenta con odontólogo” [E3]. Para el caso de las EAPBs, se reconoce que algunas intentan mantener su recurso capacitado pero el compromiso debe ser a todos los niveles y entre*

los demás actores del SGSSS, “eso tiene que ser con todos los actores desde la gobernación desde las alcaldías, hasta las direcciones locales” [E4].

### **7.3.2.4 Identificación de necesidades de gestión en entornos rurales y propuestas de los actores que ejecutan las acciones de gestión**

- Las deficiencias en los sistemas de información reconocidas, para el caso de APS, actualmente se está trabajando para hacer modificaciones prácticas e integrales a las fichas de historia familiar, a fin de mejorar el análisis y la gestión de la información del problema. Adicionalmente, se busca que el sistema se enlace de manera intersectorial para mejorar los procesos de integración entre las entidades de la Gobernación: *“tenemos una necesidad... los promotores de salud recogen la información... lo que pretendemos es que como hay unos riesgos que genera el sistema de información, entonces queremos que tan pronto sea detectado el riesgo, ese riesgo genere automáticamente una notificación y le llegue a la entidad responsable de resolverlo... mínimamente quien está responsable sea conocedor del tema y pueda tratar de intervenirlo”* [E8].

Así mismo, *“se está desarrollando un aplicativo adicional que ya está en un 85%, donde pretendemos que cuando el promotor de salud haga demanda inducida, el sistema automáticamente lo está remitiendo a donde le tiene que dar la solución... las remisiones llegan de manera automática a SABIA (EAPB), quien va a tener un promotor de salud al que llegan las remisiones y éste re direcciona a los servicios, cuando sea atendido SABIA lo va ingresar y nos llegará la notificación... entonces ya sabemos que fue efectiva... así podemos medir la efectividad de la canalización. el sistema nos va a decir: el municipio x hizo 1000 remisiones y 800 fueron efectivas...* [E8].

- Las Rutas de atención integral, fueron identificadas como elementos clave para

mejorar el acceso a los servicios y acciones en salud en la ruralidad, sin embargo, debe trabajarse en la integralidad y el cumplimiento de las RIAS. [E1-E3-E8] *“necesitamos capacitación y rutas. Rutas bien definidas.”* [E4].

- *La medicina familiar, debe fortalecerse, especialmente en ámbitos rurales; “médicos que conozcan las familias, que conozcan su entorno... Ahí entonces pasa por un tema de contratación, de pertenencia y de capacitación. y una estrategia de APS que no esté supeditada a un contrato, sino que sea un proceso a través del cual se garanticen esas acciones de detección temprana, articulaos con el hospital.* [E1].
- Unos consideran que se debería hacer una integración de los niveles de atención, por ejemplo *“las IPS de tercer nivel podrían adoptar municipios, ósea, saque esos especialistas para allá”* [E7]. Otros, por su parte consideran que, es complejo y que se deberían fortalecer estrategias como a telemedicina *“me parece que ha sido una estrategia muy exitosa en algunos municipios, sería una alternativa que nos queda, porque sacar un especialista... pues uno no lo saca, pero es una manera de acercar al especialista a los municipios, está el médico general que se fortalece estando allá atendiendo a su paciente y se evitan traslados innecesarios”* [E4].
- Es importante reactivar el transporte aéreo para las zonas más remotas: *“(para el caso de mortalidad materna) si tuviéramos el transporte le llevan la sangre y se la traen de una vez y le salvamos la vida, lo esencial es transporte* [E1].
- Es importante la capacitación de los profesionales [E4] y la integración de los recursos no profesionales: *“Se deben capacitar las enfermeras y las parteras para que dentro de los posible siempre estén las enfermeras y si no se puede, que se haga de la mejor manera.* [E1].
- *“Se debe trabajar en repensar la lógica centralista en la planificación del modelo de atención”* [E4].

## 8. Discusión de resultados

Hablar de “salud rural” resulta complejo si se tiene en cuenta que en el territorio rural se acentúan la mayor parte de inequidades, como resultado de los problemas políticos, sociales y económicos que se generan en los territorios (López-Vidal 1967; Loue and Quil 2001) En este sentido, es importante aclarar que el presente trabajo buscó abordar el análisis de datos asociados a la morbilidad como uno de los componentes importantes (no el único) que actualmente se utilizan para la planeación en salud, sin desconocer que las condiciones de una buena o mala salud están determinadas por múltiples causas y deben tenerse en cuenta para los procesos de planificación pública.

Este trabajo pone en evidencia que existe un problema sobre la calidad, el uso y la disponibilidad de los datos para el análisis en la ruralidad <sup>12</sup>; de igual manera, se reafirma que existen diferencias en la morbilidad en términos de prevalencias entre áreas urbanas y rurales; también se evidencia que la variable de “ruralidad”, además de tener múltiples definiciones, no ha sido usada para la formulación de la política en salud que se esperaría dé respuesta a los problemas de morbilidad y mortalidad definidos en el sector rural, como parte de la población para la cual fue formulado el plan departamental de salud.

El análisis de la mortalidad demostró que existen deficiencias en la calidad de los datos, pues se identificó que, para el caso de Antioquia, alrededor del 14% de las causas de mortalidad fueron mal definidas, con mayor error de registro en la ruralidad. Luego del ajuste y corrección de los datos, se redistribuyeron alrededor del 50% de las causas mal

---

<sup>12</sup> Este problema también fue identificado previamente por (AbouZahr, Adjei, and Kanchanachitra 2007; Probst et al. 2004)

definidas para el periodo 2010-2014. El cálculo de tasas estandarizadas permitió hacer la comparación entre áreas.

Para el caso de la morbilidad, se identificó que existe una deficiencia de datos para caracterizar la población rural, mediada entre otras por las barreras de acceso a servicios y programas documentados en la literatura como la capacidad de ingreso, la ubicación en el territorio, la oferta de servicios, la cobertura, entre otros (Nicoli et al. 2019; Rodríguez-Triana and Benavides-Piracón 2016), y que además fueron reconocidas por varios de los actores que participaron en las entrevistas, quienes consideraron que las acciones que se realizan siguen siendo insuficientes para lograr mejorar estas condiciones en los territorios dispersos, por lo que fue necesario utilizar una variable de morbilidad sentida contenida en la ENSAB VI y el número de casos reportados en el sistema de vigilancia de ENOS.

Una vez realizada la estandarización, se configuraron los perfiles de morbimortalidad de áreas urbanas y rurales, como se indica a continuación.

En los perfiles de mortalidad se destacaron diferencias en las prevalencias por grupos de edad: en el grupo de menores de un año, la encefalopatía, las anomalías congénitas fueron más prevalentes en la ruralidad; en el grupo de 1 a 4 años la principal causa de muerte fueron las asociadas a leucemias, ahogamiento y otras causas externas, además de la desnutrición proteico-calórica. A partir de los 15 años, las muertes por causa externa toman un papel relevante en la ruralidad. Desde los 45 años las condiciones crónicas se convierten en las primeras causas de mortalidad, por ejemplo, las cardiopatías isquémicas representaron mayores tasas en la ruralidad; otras enfermedades de este grupo reportaron prevalencias diferentes entre áreas. Al comparar individualmente las causas de mortalidad se configuran de manera diferente, siendo un ejemplo de ello las enfermedades crónicas, que afectan a la población general, pero que en la ruralidad tienen una menor prevalencia. Lo mismo sucede con los demás grupos.

La morbilidad reportada en los ENOS mostró que las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y la leishmaniasis reportaron mayores casos en la ruralidad, siendo lo mismo para otras enfermedades infecciosas como la hepatitis A y tuberculosis pulmonar. Los eventos de intoxicación por plaguicidas fueron importantes en la ruralidad, al igual que el ataque de animales transmisores de rabia y zoonosis. No se calcularon tasas por no tener datos concretos sobre la población expuesta. La morbilidad sentida,

aunque no fue significativa para el área rural del departamento, mostró que en la ruralidad las personas se sienten más saludables, así como que las enfermedades no transmisibles fueron reportadas con mayor frecuencia, seguido de la ansiedad como problema sentido de salud mental relevante.

Llama la atención que las lesiones y muertes por causa externa son un problema generalizado en áreas rurales, en edades entre 5 y 45 años. A menor edad, sobresalen las causas asociadas a ahogamientos, incidentes viales y, a medida que aumenta, aparecen causas asociadas con el conflicto social y la labor agrícola. Sin embargo, no se identificaron acciones específicas para disminuir los riesgos relacionados con este tipo de lesiones en la ruralidad.

Bajo la perspectiva de la transición epidemiológica propuesta por Omran (2005), que teóricamente ubicaría a Colombia como un país de medianos ingresos, se puede decir que el país ha pasado de tener una alta carga de enfermedad asociada con las enfermedades del grupo I (infecciosas), hacia un aumento concomitante de enfermedades del grupo II (degenerativas y/o crónicas) a medida que se avanza en el desarrollo económico. Para la ruralidad esta aseveración no necesariamente se cumple, como lo muestra la distribución de causas de morbilidad del presente trabajo en donde, si bien las enfermedades del grupo II representaron las prevalencias más altas en la ruralidad, las enfermedades del grupo I siguen siendo endémicas, lo que representaría una doble carga en términos de salud poblacional en la ruralidad, sumadas a estas las muertes asociadas con lesiones por causa externa.

Al considerar la urgencia de varios de los problemas de salud en la ruralidad en función de los recursos existentes dentro del sistema de salud, es imprescindible considerar la planeación de la respuesta pública como un elemento más que primordial, pues es esencial para dar respuesta a las necesidades mínimas en salud, si a los servicios de salud o programas de salud pública se refiere.

Se parte entonces de que los planes de salud buscan accionar sobre los problemas o necesidades que se han establecido previamente; para el caso de salud, los que se establezcan en *los AS/S*, que son usados por las entidades territoriales como herramienta fundamental para la planeación. La definición de los problemas públicos es determinante para la emisión de la respuesta y varía en función de la actividad del gobierno (Fontaine

2015), por lo que se consideró la revisión del PS departamental con el fin de identificar si las acciones planeadas fueron pertinentes para los problemas identificados para la estructuración de la respuesta en salud pública.

Se establecieron concordancias en la definición de algunos problemas que afectan la ruralidad dentro del PS, sin embargo, la respuesta en salud para el departamento tiene cuatro características particulares: i) es centralizada, por estructurarse bajo el cumplimiento de indicadores nacionales que tampoco tienen en cuenta la ruralidad como unidad de análisis; ii) es general, por no considerar las condiciones de dispersión y acceso de las comunidades rurales del departamento de manera explícita dentro de la formulación del PS; iii) es reactiva, al considerar que parte de las acciones contenidas en el plan se limitan a la ocurrencia de un ENOS; y iv) la asignación de recursos para el desarrollo de los programas en salud es insuficiente. Lo anterior en parte deriva de la configuración del actual SGSSS, que limita varios de los elementos identificados para lograr permear las acciones en la ruralidad. Surge entonces el término “EAPB- dependiente” que hace referencia a que los procesos dentro del sistema que, independientemente de su origen, estarán supeditados a la gestión y el manejo que las EAPBs den a cualquiera de las situaciones dentro del sistema de aseguramiento que claramente operan desde una lógica urbana y centralista pues, incluso para la planificación en salud, las entidades territoriales no tienen acceso a datos esenciales que no se encuentran disponibles en el sistema de información nacional SISPRO.

La respuesta generalizada en gran parte del PS puede asociarse a lo que Meny & Thoenig (1992) han denominado “*Tiranía de la oferta*”, en donde las necesidades por las que surge la política pública descienden y son las autoridades quienes a su conveniencia plantean la respuesta, en donde la oferta gubernamental estructura y condiciona las necesidades de acción pública. Este fenómeno se fortalece con la centralización de los diferentes programas de salud que se emiten desde el gobierno central puesto que, como reconocen los participantes de las entrevistas, los lineamientos son poco flexibles y limitan el accionar de las entidades territoriales. Sobre esto es importante considerar que, para la definición de los problemas, se deben tener en cuenta las comunidades como parte del éxito para la generación e implementación de acciones de salud, pues la mayoría de las soluciones innovadoras de salud rural provienen de “*abajo hacia arriba*” (a lo que Sabatier (1986), llama como *Bottom -up*) y no “*de arriba hacia abajo*” (*Top-down*), por lo que es necesario propiciar un liderazgo local (Whaley 2019).

Como hallazgo estructural, se apoyan las aseveraciones que han hablado sobre las deficiencias que hay en la asignación de recursos para la salud pública que, para el caso de Antioquia, se concentran en actividades de gestión y fortalecimiento de la autoridad sanitaria (86,3% del total del presupuesto), específicamente en temas de aseguramiento, que no necesariamente se traducen en acceso. A pesar de que el programa de salud pública contiene mayor peso de necesidades en la mayor parte de las dimensiones de salud, fue el programa con menos asignación presupuestal (4,2% del total del presupuesto), considerando entonces que esto afecta directamente el alcance de acciones sobre la población general.

Al emitir un juicio de valor sobre la pertinencia de la respuesta para los problemas del área rural, se pudo establecer que en el plan de salud existe un error de tipo III en el que, de acuerdo con lo planteado por Curcio (2007), los perfiles de morbilidad en la ruralidad no se utilizaron para el planteamiento del PS y, por tanto, las respuestas de los programas no tienen en cuenta las particularidades para responder a los problemas de salud en esta área. En ninguna de las fuentes consultadas para el desarrollo del trabajo se evidenció que se hubiera tenido en cuenta la ruralidad como elemento de análisis para la planeación.

Adicionalmente, el análisis de pertinencia permitió establecer que las diferencias deben ser el punto de partida para la estructuración de modelos de salud diferenciales en la ruralidad, si se tiene en cuenta que muchas de las causas pueden ser prevenidas o mitigadas con acciones oportunas enmarcadas en las características propias del área, en donde, de acuerdo con los entrevistados, la participación comunitaria y el fortalecimiento de acciones intersectoriales en la construcción de política son aspectos que deben ser fortalecidos para mejores resultados en salud.

Además, se hace necesario trabajar en el uso de los datos disponibles, teniendo en cuenta la ruralidad como unidad de análisis para la planeación en salud, pues la diferencia en términos de prevalencias, y por tanto de prioridades, debería considerarse para la estructuración del problema público, la planeación de actividades diferenciales (Nicoli et al. 2019) y, por supuesto, para la asignación de recursos en función de las particularidades de cada contexto.

La falta de incentivos para el recurso humano en las áreas rurales es un tema que debe hacer parte de la agenda pública, al igual que el fortalecimiento de la formación en salud para entornos rurales que integre, además de actores de la comunidad, para-profesionales (tradicional, gestores comunitarios) de la salud, que puedan favorecer la integración de servicios de salud, mejorar los sistemas de información y hacer seguimiento de eventos para de esta forma lograr el mejoramiento de los indicadores de salud.

## 9. Conclusiones y recomendaciones

- Los perfiles de morbimortalidad de las poblaciones urbanas y rurales en Antioquia son diferentes, en términos de prevalencias y relevancia para cada una de las áreas. Los perfiles que actualmente se configuran tienden a representar más a las áreas urbanas. estas divergencias deben tenerse en cuenta a la hora de realizar acciones específicas para las poblaciones rurales. Se recomienda a las entidades encargadas de los procesos de análisis de datos que las variaciones entre áreas, sean tenidas en cuenta para los procesos de planeación de acciones en salud pública.
- La respuesta emitida en el PS de Antioquia no consideró la ruralidad como variable de análisis para la estructuración de las acciones en salud, por tanto, se afirma que no existe pertinencia de las acciones como respuesta a los problemas derivados de la construcción de perfiles de morbilidad y mortalidad en el departamento.
- Aunque el presente trabajo no tuvo como objetivo estudiar la ruralidad en su contexto, es importante destacar que para emitir respuestas públicas diferenciales es necesario considerar, además de los datos, que las poblaciones rurales tienen características sociodemográficas, geográficas, culturales, económicas y políticas que deben ser consideradas para la estructuración de una política integral que responda a los problemas de salud, no limitada a políticas de cobertura y atención médica.
- En términos de calidad del dato existen falencias de registro, especialmente en las áreas rurales. Se considera necesaria la implementación de estrategias efectivas que permitan mejorar la calidad de los registros de mortalidad en las zonas rurales.

- 
- La disponibilidad de datos asociados a morbilidad tiene limitaciones en cuanto los RIPS, pues en la actualidad no contemplan la variable de ruralidad y, por tanto, no pueden ser utilizados para realizar un análisis de morbilidad específica por áreas, lo que dificulta de manera directa la planeación diferencial de actividades en salud pública y servicios de salud. Es de vital importancia incluir la variable de ruralidad en los diferentes sistemas de información (no solamente en los RIPS), esto podría facilitar la identificación de necesidades en salud las poblaciones más dispersas.
  - Los datos existentes sobre ruralidad en el departamento, no han sido usados de manera integrada para la construcción del PS, aparentemente no existe una integración de información entre programas. Se considera importante reconsiderar la metodología que actualmente se tiene para el desarrollo de los ASIS, teniendo en cuenta que los procesos de procesamiento y análisis de la información no consideran “la ruralidad” como unidad de análisis. Esto podría mejorar el diagnóstico y la identificación de problemáticas entre áreas, como insumo para enfocar y mejorar la planeación de acciones en salud pública.
  - La falta de acceso a los servicios en la población rural impide obtener información para construir indicadores y diagnósticos confiables y específicos de las condiciones de salud de la población rural, por lo que resulta importante fortalecer el sistema de información actual que debe contar con la variable de ruralidad e incluirla estratégicamente en otros, especialmente en los que registran las atenciones de las personas que viven en la ruralidad.
  - Uno de los problemas más importantes que enfrenta la planeación en salud es el que subyace en la misma definición sobre "lo que es rural", ya que esto determina el alcance de las acciones que se planeen.
  - La salud rural debe ser prioritaria en el debate público y dentro de todas las políticas, con el fin de que con su implementación se logre la superación de las inequidades históricas que existen entre las poblaciones que habitan en las áreas urbanas y rurales. Por una parte, es importante que entre entidades estatales se

llegue a un consenso, sobre lo que en términos de política pública se considera o no rural (territorio- población), como elemento fundamental para la construcción de políticas públicas; y por otra se hace necesario realizar investigaciones adicionales sobre la definición de la ruralidad en el país, poniendo a dialogar elementos estratégicos de los diferentes paradigmas desde donde el concepto se ha abordado.

- El planteamiento de las políticas en salud actuales limita las acciones en la ruralidad, por lo que se requiere repensar la forma en cómo se gestionan las políticas, así como los indicadores que se tienen en cuenta para su formulación, de tal manera que tengan la posibilidad de adaptarse a los ámbitos rurales.
- Las intervenciones dirigidas a las áreas rurales deben ser únicas (diferentes) a las desarrolladas en las áreas no rurales, lo que debe estar fundamentado en la identificación adecuada de los problemas que afectan la salud, teniendo en cuenta las características demográficas, geográficas, sociales, culturales, étnicas, etc.
- Los recursos económicos destinados a las acciones en salud pública son finitos, frente a la cantidad de problemas que se presentan en la población, sin embargo, deben distribuirse de manera eficiente, teniendo en cuenta a las poblaciones que habitan los territorios dispersos.
- Los recursos asignados para el desarrollo de las acciones en salud pública son insuficientes, actualmente la carga del sistema de información sobrecarga las actividades del recurso humano en salud en los territorios, lo que puede estar asociado a las fallas de los registros.
- Se observa existe desarticulación de la información que cada uno de los actores del SGSSS recoge, y es así como las EAPBS de acuerdo con sus competencias legales, tiene una identificación del riesgo de su población afiliada (incluida la rural) y ésta información no es compartida con el ente departamental para que sirva como insumo dentro de la planeación de las acciones en salud. En este sentido, las

competencias de acción departamental debieran enfocarse de manera más efectiva a la gestión de riesgos en salud para las poblaciones rurales de manera integrada con los diferentes actores del SGSSS.

- Las prevalencias de lesiones por causa externa en la ruralidad representan una carga importante en los problemas salud rural, por lo que es importante considerar acciones para la mitigación y prevención de estas causas.
- La formulación de una política, aunque debe ser general, debe tener la capacidad y la flexibilidad de contemplar el alcance ampliado a los territorios rurales, así como flexibilizar su ejecución considerando la heterogeneidad presente en las poblaciones y las características de sus contextos.
- La generación de una política en salud rural debe contemplar modelos que permitan estructurar respuestas desde las comunidades.







## B. Anexo II: Tasas específicas por edad, sexo y área de residencia

GRUPO EDAD	URBANO				RURAL			
	HOMBRE	Tasa E	MUJER	Tasa E	HOMBRE	Tasa E	MUJER	Tasa E
<1 M	Complicaciones por parto pretermino	162,83	Complicaciones por parto pretermino	153,48	Complicaciones por parto pretermino	162,83	Complicaciones por parto pretermino	116,86
	Otras anomalías congénitas	92,14	Anomalías cardíacas congénitas	69,67	Encefalopatía neonatal (asfíxia y trauma al nacer)	162,38	Encefalopatía neonatal (asfíxia y trauma al nacer)	101,67
	Encefalopatía neonatal (asfíxia y trauma al nacer)	86,06	Encefalopatía neonatal (asfíxia y trauma al nacer)	67,31	Otras anomalías congénitas	103,56	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	73,40
	Anomalías cardíacas congénitas	41,62	Otras anomalías congénitas	63,21	Sepsis y otras enfermedades infecciosas del recién nacido	51,91	Desnutrición proteico-calórica	46,64
	Otros trastornos neonatales	37,29	Sepsis y otras enfermedades infecciosas	36,35	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	47,62	Otras anomalías congénitas	31,53
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	37,08	Otras Infecciones de las vías respiratorias	33,35	Anomalías cardíacas congénitas	44,76	Otras Enfermedades diarreicas	25,09
	Sepsis y otras enfermedades infecciosas del recién nacido	29,64	Otros trastornos neonatales	26,55	Otros trastornos neonatales	37,08	Anomalías cardíacas congénitas	24,14
	Otras anomalías cromosómicas	14,74	Otras anomalías cromosómicas	16,03	Desnutrición proteico-calórica	29,65	Sepsis y otras enfermedades infecciosas del recién nacido	15,74
	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	10,20	Códigos mal definidos entre Q10-Q84.9 (códigos)	15,74	Otras enfermedades respiratorias crónicas	22,11	Cardiomiopatías y miocarditis	15,62
	Otras Enfermedades diarreicas	9,01	Otras enfermedades del sistema digestivo	8,38	Septicemia (código basura)	19,90	Defectos del tubo neural	15,60
1-4 M	Peatón lesionado por vehículo de carretera	4,56	Leucemias	3,32	Ahogamiento	10,79	Ahogamiento	7,95
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4,03	Otros trastornos endocrinos, nutricionales e inmunológicos y de la sangre	2,66	Desnutrición proteico-calórica	7,06	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	6,44
	Otras anomalías congénitas	3,83	Epilepsia	1,98	Otras anomalías congénitas	5,31	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	5,82
	Ahogamiento	3,39	N17-N19, Falla renal (código basura)	1,85	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera	4,99	Otros trastornos endocrinos, nutricionales, inmunológicos y de la sangre	3,76
	Anomalías cardíacas congénitas	1,94	Otras enfermedades del sistema digestivo	1,41	Leucemias	3,56	Picadura o contacto con animal venenoso	3,75
	Leucemias	1,93	Agresiones por otros medios	1,38	Epilepsia	3,54	Vehículo motorizado de dos ruedas	3,75
	Eventos de intención no determinada (código basura)	1,67	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	1,31	Cáncer cerebral y del sistema nervioso	2,03	Eventos de intención no determinada (código basura)	3,18
	Otras Enfermedades diarreicas	1,33	Otras Infecciones de las vías respiratorias	0,81	Lesión en otro medio de transporte	1,97	Malaria	2,87
	Cáncer cerebral y del sistema nervioso	1,29	Ileo paralítico y obstrucción intestinal, sin hipertensión	0,77	Vehículo motorizado de dos ruedas	1,86	Agresiones con objeto cortante	2,02
	Otros trastornos endocrinos, nutricionales, inmunológicos y de la sangre	1,29	Cirrosis hepática	0,75	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	1,78	Asma	1,91
5-14 M	Ahogamiento	2,31	Otras neoplasias	1,73	Ahogamiento	4,57	Leucemias	4,85
	Leucemias	2,03	Cáncer cerebral y del sistema nervioso	1,32	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	3,72	Agresiones con arma de fuego	1,84
	Agresiones con arma de fuego	1,73	Diferentes síndromes paralíticos y parálisis	1,15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	3,44	Otras anomalías congénitas	1,61
	Diferentes síndromes paralíticos y parálisis (código basura)	1,61	Leucemias	1,06	Leucemias	2,94	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera (código basura)	1,60
	Vehículo de pedal	1,30	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera	0,93	Cáncer cerebral y del sistema nervioso	2,21	C80.0-9, Tumor maligno de sitios no especificados (código basura)	1,59
	Peatón lesionado por vehículo de carretera	1,15	Cáncer cerebral y del sistema nervioso	0,81	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera	2,20	N17-N19, Falla renal (código basura)	1,56
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1,11	Otras Infecciones de las vías respiratorias	0,78	Eventos de intención no determinada (código basura)	1,98	Diferentes síndromes paralíticos y parálisis (código basura)	1,51
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	0,84	Peatón lesionado por vehículo de carretera	0,67	Fuerzas mecánicas (arma de fuego)	1,62	Eventos de intención no determinada (código basura)	1,47
	Vehículo motorizado de dos ruedas	0,83	Vehículo motorizado de tres o más ruedas	0,59	Vehículo motorizado de dos ruedas	1,48	Peatón lesionado por vehículo de carretera	0,88
	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	0,82	Otras anomalías congénitas	0,53	Otras hemoglobinopatías y anemias hemolíticas	1,47	Ahogamiento	0,82

15-44 M	Agresiones con arma de fuego	73,25	Agresiones con arma de fuego	4,86	Agresiones con arma de fuego	79,44	Agresiones con arma de fuego	7,41
	Agresiones con objeto cortante	16,55	Cáncer de mama	3,68	Vehículo motorizado de dos ruedas	23,08	Cardiopatía isquémica	6,03
	Vehículo motorizado de dos ruedas	15,43	Vehículo motorizado de dos ruedas	2,80	Agresiones con objeto cortante	18,63	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	3,67
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	14,95	Cardiopatía isquémica	2,65	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	16,89	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera (código basura)	2,92
	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas o no especificadas	7,06	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas o no especificadas	2,65	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera	8,61	Vehículo motorizado de dos ruedas	2,80
	Cardiopatía isquémica	6,12	Cáncer del cuello del útero	2,44	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	6,71	Otras enf. del sistema osteomuscular	2,78
	Agresiones por otros medios	6,11	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	2,43	Ahogamiento	5,64	Otras enfermedades maternas	2,76
	Todas las lesiones no especificadas de transporte y carretera (código basura)	4,67	Agresiones con objeto cortante	2,41	Agresiones por otros medios	5,15	Agresiones con objeto cortante	2,44
	Peatón lesionado por vehículo de carretera	4,18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	2,24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas o no especificadas	5,09	Epilepsia	2,42
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3,39	Cáncer de estómago	2,18	Peatón lesionado por vehículo de carretera	3,98	Cáncer de estómago	2,09
45-64 M	Cardiopatía isquémica	98,77	Cardiopatía isquémica	43,25	Cardiopatía isquémica	104,98	Cardiopatía isquémica	61,44
	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	31,81	Cáncer de mama	30,03	Agresiones con arma de fuego	40,75	Cáncer de mama	19,11
	Cáncer de estómago	24,24	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	21,15	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	28,43	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	18,15
	Agresiones con arma de fuego	22,83	Cáncer de colon y recto	16,15	Cáncer de estómago	25,83	Cáncer del cuello del útero	17,30
	Enf. pulmonar obstructiva crónica	20,35	Cáncer de estómago	14,43	Enf. pulmonar obstructiva crónica	19,26	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	16,82
	Cirrosis hepática	16,91	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	14,24	Cáncer de estómago	16,28	Cáncer de vesícula biliar	11,23
	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	15,74	Enf. pulmonar obstructiva crónica	13,37	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	15,54	Enf. pulmonar obstructiva crónica	10,91
	Cáncer de colon y recto	15,72	Cáncer del cuello del útero	12,82	Agresiones con objeto cortante	14,19	Diabetes Mellitus	9,15
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	13,74	Otras neoplasias	10,09	Cáncer de hígado	10,68	Cáncer de colon y recto	8,93
	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas o no especificadas	13,12	Cáncer de hígado	8,26	Lesiones no intencionales no clasificadas en otra parte	9,88	Cáncer de hígado	7,24
>65 M	Cardiopatía isquémica	1086,69	Cardiopatía isquémica	777,62	Cardiopatía isquémica	891,97	Cardiopatía isquémica	574,97
	Enf. pulmonar obstructiva crónica	422,91	Enf. pulmonar obstructiva crónica	405,62	Enf. pulmonar obstructiva crónica	334,18	Enf. pulmonar obstructiva crónica	231,38
	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	252,92	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	199,65	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	163,29	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	118,17
	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	207,98	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	165,42	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	103,25	Evento cerebrovascular isquémico	96,60
	Cáncer de próstata	193,25	Evento cerebrovascular isquémico	126,57	Cardiopatía hipertensiva	94,95	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	85,80
	Evento cerebrovascular isquémico	137,07	Nefritis tubulointersticial, pielonefritis, e infecciones de las vías respiratorias inferiores	108,20	Cáncer de próstata	85,53	Diabetes Mellitus	84,25
	Cáncer de estómago	110,12	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	105,05	Cáncer de estómago	84,20	Cardiopatía hipertensiva	80,36
	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	102,09	Diabetes Mellitus	104,36	Evento cerebrovascular isquémico	82,21	Cáncer de estómago	66,25
	Cardiopatía hipertensiva	99,09	Cardiopatía hipertensiva	95,18	Evento cerebrovascular hemorrágico y otros no isquémicos	68,95	Otras Infecciones de las vías respiratorias inferiores	58,49
	Enfermedad renal crónica debido a Diabetes mellitus	97,45	Cáncer de colon y recto	84,57	Otras neoplasias	52,79	Cáncer de hígado	44,22

**C. Anexo III: Distribución presupuestal COAI 2016-2018, Antioquia  
(consultar archivo Excel)**

**D. Anexo IV: Cálculo y estandarización de tasas, Antioquia 2010-  
2014 (consultar archivo Excel)**

## 10. Bibliografía

- Abadíe, Mariana, Elba Burone, Laura Cuevas, and Alejandra Wagner. 2017. "Condiciones de Trabajo y Proceso Salud-Enfermedad En Trabajadoras y Trabajadores Del Cinturón Flori-Hortícola Platense." In *Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional (X JIDEEP)*, La Plata, Argentina: Facultad de Trabajo Social.
- AbouZahr, Carla, Sam Adjei, and Churnrurtai Kanchanachitra. 2007. "From Data to Policy: Good Practices and Cautionary Tales." *Lancet* 369: 1039–46.
- Alonso Gordo, José M<sup>a</sup> et al. 2004. "PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL CÁNCER EN EL ÁREA DE SALUD DE GUADALAJARA." *Revista Española de Salud Pública* 78(1): 83-94. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000100008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000100008&lng=es&tlng=es).
- Banco Mundial. 2017. "DataBank, Población Rural." <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.rur.totl.zs?view=chart> (January 10, 2019).
- Cejudo. 2016. "Coherencia y Políticas Públicas: Metas, Instrumentos y Poblaciones Objetivo." *Gestión y Política Pública*.
- Congreso de Colombia. 2001. "Ley 715." *Congreso de Colombia*.
- . 2015. *Ley Estatutaria N° 1751 de 2015*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf) (June 21, 2018).
- Congreso De Colombia. 1993. "Ley 100." *Colombia (Bogotá D.C)*.
- Congreso de la República de Colombia. 2007. "Ley 1122." *El Abedul, Diario Oficial*.
- Couper ID. 2003. *Rural Hospital Focus: Defining Rural*. Parktown, South Africa. [https://www.wits.ac.za/media/migration/files/cs-38933-fix/migrated-pdf/pdfs-5/rrh\\_defining\\_rural.pdf](https://www.wits.ac.za/media/migration/files/cs-38933-fix/migrated-pdf/pdfs-5/rrh_defining_rural.pdf) (January 10, 2019).
- Croyle, Robert. 2016. "Mejoras Al Control de Cáncer En Comunidades Rurales." *Instituto Nacional del Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/control-cancer-zonas-rurales> (January 13, 2020).
- Curcio, Pasqualina. 2007. "Metodología Para La Evaluación de Políticas Públicas h Policies." *Revista de ciencias políticas Politeia* 30(38): 59–85.

- DANE. 2008. "Edades\_Simples\_1985-2020." *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020*.
- Dantés, Héctor Gómez et al. 2011. "La Carga de La Enfermedad En Países de América Latina." *Salud Pública de México* 53: s72–77.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800003&lng=es&nrm=iso&tlng=es) (January 15, 2020).
- Denver, Alan. 1991. *Epidemiología y Administración de Los Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud/ Organización mundial de la salud.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2008. "Conceptos Básicos." *DANE*: 4.  
[https://www.dane.gov.co/files/inf\\_geo/4Ge\\_ConceptosBasicos.pdf](https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf).
- Dirección de Desarrollo Rural Sostenible, and Equipo de la Misión para la Transformación del Campo. 2014. *MISIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL CAMPO Definición de Categorías de Ruralidad*. Bogotá. [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/EstudiosEconomicos/2015ago6Documento de Ruralidad - DDRS-MTC.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/EstudiosEconomicos/2015ago6Documento%20de%20Ruralidad%20-%20DDRS-MTC.pdf) (January 10, 2019).
- Dirven, Martine, Rafael Echeverri Perico, et al. 2011. "Hacia Una Nueva Definición de ' Rural ' Con Fines Estadísticos En América Latina." *CEPAL, Coleccion Documentos de Proyectos*.
- Dirven, Martine, Rafael Echeverri, et al. 2011. "Hacia Una Nueva Definición de 'Rural' Con Fines Estadísticos En América Latina." 937: 109. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3858> (April 22, 2019).
- DNP. 2014. *MISIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL CAMPO*. Bogotá.  
[https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/DOCUMENTO MARCO-MISION.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/DOCUMENTO%20MARCO-MISION.pdf) (June 21, 2018).
- . 2019. Departamento Nacional de Población *Fichas y Tableros TerriData*.  
<https://terridata.dnp.gov.co/#/perfiles/05000> (July 11, 2019).
- Fetters, Michael D., Leslie A. Curry, and John W. Creswell. 2013. "Achieving Integration in Mixed Methods Designs - Principles and Practices." *Health Services Research* 48(6 PART2): 2134–56.
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El Análisis de Políticas Públicas. Conceptos, Teorías y Métodos*. 1st ed. ed. Antrophos Editorial. Madrid: FLACSO, Ecuador.
- Guetterman, Timothy C., Michael D. Fetters, and John W. Creswell. 2015. "Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research through Joint Displays." *Annals of Family Medicine* 13(6): 554–61.
- Jong, Michael. 2014. "Health Systems and Funding of Rural- Based Medical Education." In *WONCA Rural Medical Education Guidebook*, eds. Alan Rourke, Roger Strasser, Ian Couper, and Steve

- Reid. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA), 9.  
<http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf> (July 4, 2019).
- Lalonde, Marc. 1974. Minister of National Health and Welfare *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa.
- Leslie K, Dennis, and Stacie L. Pallota. 2001. "Chronic Disease in Rural Health." In *Handbook of Rural Health*, eds. Sana Loue and Beth E.I Quil. New York, 189–207.
- López-Vidal, Emilio. 1967. *ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACION RURAL DISPERSA*.
- Loue, Sana, and Hal Morgenstern. 2001. "Methodological Issues in Rural Health Research and Care." In *Handbook of Rural Health*, Boston, MA: Springer US, 25–33.  
[http://link.springer.com/10.1007/978-1-4757-3310-5\\_2](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4757-3310-5_2) (January 13, 2020).
- Loue, Sana, and Beth E. Quil. 2001. *Handbook of Rural Health Handbook of Rural Health*. New York: Springer US.
- Lutfiyya, May Nawal et al. 2012. "Rurality as a Root or Fundamental Social Determinant of Health." *Disease-a-Month* 58(11): 620–28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062678> (January 10, 2019).
- Machado, Absalón. 2009. *La Reforma Rural, Una Deuda Social y Política*. Bogotá.
- Medina, Carlos, and Carolina Mejía. 2006. "Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia : From Theory To Practice." *Director* 7191: 1–57.  
[http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/d2006-06\\_0.pdf](http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/d2006-06_0.pdf) (April 21, 2019).
- Meny, Ives, and Jean-Claude Thoenig. 1992. *Las Políticas Públicas*. Versión es. ed. Francisco Morta. Barcelona: Editorial Ariel.
- Misión para la Transformación del campo. 2015. *La Protección Social de La Población Rural (Informe Para La Transformación Del Campo)*. Bogotá C.C.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapecuarioforestal y pesca/La Proteccion Social de la Poblacion Rural.pdf> (June 29, 2019).
- Naciones Unidas. 2019. *Informe de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. New York.
- Nicoli, Charles D., Brian L. Sprague, Christopher J. Anker, and Nataniel H. Lester-Coll. 2019. "On the Importance of Rural Health: Mistaking a Forest for a Few Trees." *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials* 42(11): 885.
- Omran, Abdel R. 2005. "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *Milbank Quarterly* 83(4): 731–57. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x> (January 14, 2020).

- Organización Internacional del Trabajo. 2015. "La Agricultura: Un Trabajo Peligroso."  
[https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/hazardous-work/WCMS\\_356566/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/hazardous-work/WCMS_356566/lang--es/index.htm) (January 14, 2020).
- Pérez, E. 2007. "Nueva Ruralidad, Globalización y Salud." *Revista CES Medicina*.
- Probst, Janice C, Charity G Moore, Sandra H Glover, and Michael E Samuels. 2004. "Person and Place: The Compounding Effects of Race/Ethnicity and Rurality on Health." *American journal of public health* 94(10): 1695–1703. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15451735> (January 10, 2019).
- Querales-Carrasquel, Marvin I. et al. 2017. "Factores de Riesgo Cardiovascular En Comunidades Urbana y Rural: Tinaquillo, Venezuela." *Rev. Salud Pública* 19(2): 188–93.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00188.pdf>.
- Reid, Steve et al. 2014. "What Brings Us Together: The Values and Principles of Rural Medical Education." In *WONCA Rural Medical Education Guidebook Editor-in-Chief*, eds. Jim Rourke, Roger Strasser, Ian Couper, and Steve Reid. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA), 13.  
<http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf> (July 3, 2019).
- Rodríguez-García, Jesús, Rolando E. Peñaloza-Quintero, Jeannette L. Amaya-Lara, and Jeannette L. Amaya-Lara. 2017. "Estimación de La Carga Global de Enfermedad En Colombia 2012: Nuevos Aspectos Metodológicos." *Revista de Salud Pública* 19(2): 235–40.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/66179> (February 19, 2019).
- Rodríguez-Triana, Diana R, and John A. Benavides-Piracón. 2016. "Salud y Ruralidad En Colombia: Análisis Desde Los Determinantes Sociales de La Salud." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34(3): 359–71. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf> (January 10, 2019).
- Sabatier, Paul A. 1986. "Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis." *Journal of Public Policy* 6(1): 21–48.
- Santa María S, Mauricio et al. 2009. *El Sector Salud En Colombia: Impacto Del SGSSS Después de Más de Una Década de La Reforma*. Bogotá.  
[https://repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/968/Co\\_So\\_Diciembre\\_2008\\_Santa\\_Maria\\_et\\_al.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/968/Co_So_Diciembre_2008_Santa_Maria_et_al.pdf?sequence=2&isAllowed=y) (April 21, 2019).
- dos Santos Tavares et al. 2016. "Enfermedades Autoreportadas En El Adulto Mayor: Diferencias Entre Las Áreas Urbana y Rural." *Revista Cubana de Enfermería* 32(2).

03192016000200009&lng=es&tlng=es.

Secretaría seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. 2016. *Documento de Análisis de Situación de Salud Con El Modelo de Determinantes Sociales de La Salud*. Antioquia.

Smith, Karly B, John S Humphreys, and Murray G A Wilson. 2008. "Addressing the Health Disadvantage of Rural Populations: How Does Epidemiological Evidence Inform Rural Health Policies and Research?" *The Australian journal of rural health* 16(2): 56–66.

<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x> (May 7, 2018).

Stallones, Lorann. 2001. "Rural Occupational Health and Safety." In *Handbook of Rural Health*, eds. Sana Loue and Beth E. Quil. New York, 2019–2016.

Thurston, W E, and L M Meadows. 2003. "Rurality and Health: Perspectives of Mid-Life Women." *Rural and remote health* 3(3): 219. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15882096> (January 10, 2019).

Whaley, Jim. 2019. "A Longitudinal Review of Rural Health Policy in Ontario." *Healthcare Management Forum*.

Winstead-Fry, Patricia, and Elizabeth Wheeler. 2001. "Rural Women's Health." In *Handbook of Rural Health*, eds. Sana. Loue and Beth E. Quill. New York, 370.

World Health Organization. "Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID)."

[https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=enfermedades-infecciosas-desatendidas-eid&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=enfermedades-infecciosas-desatendidas-eid&lang=es) (January 13, 2020).