

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.  
Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



---

## **Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015**

**Gabriel Jaime Otálvaro Castro  
Dorian I. Ospina Galeano**

**2017**

# Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Proyecto BUPPE:



Catalogación en la publicación  
Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica/ Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017. 202 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958-5413-18-4

1. Atención primaria de salud 2. Promoción de la salud 3. Gestión en salud 4. Salud pública



# Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1803

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica.

Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Andrés Colorado Vélez, Johnny Alexander Gómez-Granada, José Fernando Elorza Saldarriaga, Nairobi Cárdenas Velásquez, Juan Fernando García Cano, Diego Alejandro Ossa Estrada, Rene Casanova Yela, Sandra Milena Porras Cataño, Dayhana Álzate García, Nora Luz Salazar Marulanda, Sebastián Bedoya Mejía, Angélica López Patiño, Natalia Gaviria Angulo, Janier Hernando Álvarez Pérez, Luis Alfonso Acevedo Escalante, Diana Catalina Garcés Jaramillo, Geicy Sepúlveda Vergara, Javier Alonso Bolívar Echeverri, Dorian Ignacio Ospina Galeano, Álvaro Franco Giraldo, Luis Alberto Martínez Saldarriaga.

E-mail: apssuroeste@gmail.com - <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/>

© Universidad de Antioquia

ISBN: 978-958-5413-18-4

ISBNe: 978-958-5413-19-1

Primera edición: 2017.

Diseño y diagramación: Erledy Arana Grajales, Imprenta Universidad de Antioquia.

Terminación e impresión: Imprenta Universidad de Antioquia.

Teléfono: 219 53 36. Calle 67 N.º 53-108. Medellín, Colombia.

Imagen de portada: Alejandro Serna Quintero. Celular: 311 602 52 91.

Revisión de estilo: Juliana Paniagua Arroyave.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia.

Se permite la copia, de uno o más artículos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos y se respete su autoría.

Dependencia responsable de la publicación: Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Extensión. Teléfono: 219 68 07. Correo: cesaludpublica@udea.edu.co  
Calle 62 N.º 52-59, oficina 106. Medellín, Colombia.

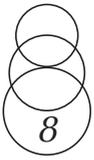
El libro Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica, es producto de los aprendizajes y experiencias del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016”; financiado por el Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión – BUPPE de la Universidad de Antioquia por medio de la convocatoria 2014; en el proyecto participaron las Unidades Académicas de la Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Facultad de Odontología, Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias, Facultad de Medicina, Facultad de Comunicaciones y la Escuela de Nutrición y Dietética. Además de los gobiernos municipales y las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Andes, Ciudad Bolívar, Hispania, Betania y Jardín. Y las instituciones: Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia - AESA, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Savia Salud EPS y el SENA.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos contenidos en la obra, así como la eventual información sensible publicada en ella.



# Contenido

Presentación .....	9
Lo clásico de los modelos de salud y de la Atención Primaria (APS): bases conceptuales previas a la investigación y a la renovación .....	14
Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015.....	29
Salud en los territorios (Escenas de una película colombiana) .....	54
La relación universidad y municipios: visiones, acciones y decisiones para el desarrollo local .....	66
La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud .....	79
La comunicación en la APS: una experiencia más allá de los medios .....	95
«Uno solo no es capaz». Desafíos de la gestión territorial de la salud en el ámbito municipal .....	110
El cuidado y la Atención Primaria en Salud como simbiosis en un campo de acción de la Enfermería:retos para una práctica interdisciplinaria basada en la Atención Primaria en Salud .....	137



Influencia de los actores del sistema de salud en la reorientación de los servicios de salud en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño .....	148
Oportunidades y retos de la Telesalud para la gestión integral de la Atención Primaria en Salud .....	160
Construcción de una micro red integrada de servicios de salud. Diagnóstico inicial, conceptos básicos y criterios para su conformación .....	173
Sala situacional de salud. Una metodología para la toma de decisiones en salud, municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia, 2016 .....	188



# Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015

*Gabriel Jaime Otálvaro C.<sup>2</sup> Dorian Ospina G.<sup>3</sup>*

## Introducción

La última década ha sido testigo del regreso a la esfera pública de la preocupación por las desigualdades en la agenda política mundial. La crisis económica, las insurrecciones y las masivas movilizaciones en diferentes lugares del orbe dan cuenta de ello (CICS/IED/UNESCO, 2016). La creciente desigualdad globalizada pone en peligro la sostenibilidad de la sociedad en su conjunto. El aumento de las desigualdades amenaza con fracturar las sociedades, incrementar la inseguridad y hacer que la vida se viva con miedo y menos esperanza (Hardoon, 2017).

El origen del aumento de las desigualdades económicas en las últimas décadas, ha sido producto de la extensión del modelo neoliberal que se consolidó desde la década

---

2 Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. PhD(c) en Salud Colectiva. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste.

3 Gerente de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

de 1980, en el contexto de la globalización y la financiarización de la economía en el mundo (CICS/IED/UNESCO, 2016).

En la actualidad, a partir de la evidencia científica acumulada en el campo de la salud pública, se puede afirmar de manera categórica que la salud, la enfermedad y la mortalidad tienen una relación directa y proporcional con la situación socioeconómica de las personas. Es decir, cuanto peor es la situación socioeconómica es peor el estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 2009; Stringhini et al., 2017). Entonces, la mala distribución de la salud en una sociedad es provocada por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes, servicios y condiciones de vida en una población. Las deficiencias y disparidades en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Resulta injusto que las diferencias sistemáticas en el estado de salud dentro de una población, sean el producto de desigualdades en las condiciones bajo las cuales se vive, cuando estas pueden evitarse mediante una acción social deliberada utilizando medidas razonables (Organización Mundial de la Salud, 2009). Actuar sobre las desigualdades sociales y las diferencias sanitarias injustas constituye un asunto de justicia social, un imperativo ético del quehacer de los salubristas y de la construcción de ciudadanía del presente.

Las inequidades sociales en salud se refieren a las diferencias injustas en las oportunidades, recursos y resultados en salud que tienen las personas en relación con características sociales como la clase social, el género, el territorio o la condición etno-racial, que generalmente operan de manera simultánea y complementaria. Las inequidades en la salud de las poblaciones son el resultado de las condiciones que determinan como la población crece, vive, trabaja y envejece y del tipo de sistemas de atención a las enfermedades que se utilizan. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por procesos políticos, sociales y económicos (Organización Mundial de la Salud, 2009). Es esto lo que se conoce como los determinantes sociales de las inequidades en salud.

La disminución de las inequidades en salud, mediante la acción sobre los determinantes sociales constituye uno de los principales referentes de la agenda política internacional de la salud en el mundo. Las principales orientaciones para la reducción de las inequidades, propuestas como agenda internacional, se sintetizan en tres recomendaciones: mejorar las condiciones de vida de la población; mejorar la distribución desigual del poder, del dinero y los recursos; y medir y analizar la magnitud del problema y evaluar el efecto de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Esta agenda ha sido acogida por el Estado colombiano mediante el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), lo cual supone un esfuerzo intencionado para lograr una acción concertada en diferentes niveles entre las entidades gubernamentales, los organismos internacionales, las organizaciones privadas y la sociedad civil.

Para avanzar en la reducción de las inequidades en salud en Colombia se requiere un sistema de salud con una sólida capacidad de articulación de actores sociales, para intervenir sobre los procesos sociales determinantes de la mala salud de los grupos humanos y no solamente para la atención o prevención individual de la enfermedad. La actuación sobre los procesos sociales determinantes de la salud, requiere contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial; las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2009). La actuación aislada del sector sanitario o un énfasis centrado en la atención individual, resultan insuficientes para incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud.

El panorama general del sistema de salud en Colombia, luego de más de dos décadas de haber sido reformado, expone un alto indicador de cobertura universal del aseguramiento en salud y un reducido gasto de bolsillo en comparación con otros países similares del mundo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Por otra parte, las principales dificultades que afronta el sistema de salud se pueden sintetizar en el deterioro de la capacidad de direccionamiento de los entes territoriales; el debilitamiento del quehacer y los resultados en salud pública, la crisis financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas; la corrupción en las más altas esferas de la estructura del sistema, el aumento del descontento social con el sistema de salud, la desconfianza y confrontación entre los diferentes actores del sistema de salud (Franco, 2003; Molina, Ramírez, & Ruiz, 2013). Este es el resultado de la profundización de la mercantilización de la salud, que se introdujo con la reformas del Estado en la década de 1990.

Uno de los planteamientos centrales realizados para propiciar los cambios en el sistema de salud colombiano, tiene que ver con buscar su reorientación hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud – APS (Congreso de la República, 2011). La APS es una propuesta en la que se reconoce la salud como un derecho humano necesario para alcanzar un desarrollo social equitativo, con la cual se pretende lograr el máximo nivel de salud posible mediante un sistema de salud organizado bajo valores y principios de equidad, solidaridad, justicia social, participación ciudadana, intersectorialidad, entre otros (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2007).

Los resultados de la investigación en el ámbito global demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud, que puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países, dado que es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007). También se ha demostrado que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional (Kruk, Porignon, Rockers, & Lerberghe, 2010; Macinko et al., 2007; Starfield, 2012).

A pesar de la ratificación normativa de la estrategia de APS en el año 2011, esta no ha sido desarrollada como política nacional de forma sistemática. Los esfuerzos para su desarrollo han estado a merced de las voluntades locales de los entes territoriales (departamentos y municipios) que la han implementado sin contar con un respaldo financiero y una orientación técnica desde el nivel nacional, razón por la cual se encuentran diversidad de concepciones, formas de implementación y alcances.

En ciudades como Bogotá y en departamentos como Antioquia, con orientaciones distintas, la implementación de la estrategia acumula ya una década de trayectoria y experiencias. El mejoramiento de indicadores claves de la salud pública y la reducción de inequidades en salud se ha atribuido precisamente a la implementación de la estrategia (Mosquera-Méndez, Granados-Hidalgo, & Vega-Romero, 2008). Los principales obstáculos para su desarrollo se han identificados en el propio sistema de salud y su lógica estructurante del aseguramiento (Otálvaro, Zuluaga, Blanco, & Restrepo, 2016; Vega, Acosta, Mosquera, & Restrepo, 2008; Vega, Hernández, & Mosquera, 2012).

En el departamento de Antioquia desde el año 2006, soportado en la decisión política de la entonces Dirección Seccional de Salud de Antioquia, se retomó la APS con enfoque familiar y de desarrollo humano como estrategia orientadora de la política de salud departamental. Para el año 2010 la APS se desarrollaba en 63 de los 125 municipios del departamento (Dirección Seccional de Salud y Protección social de Antioquia, 2010). Para el periodo 2012-2015 en el Plan de Desarrollo Departamental *Antioquia la más educada*, se diseñó el programa Salud Contigo con el cual se pretendió articular la promoción de la salud, la educación, la intersectorialidad y la participación social, para el acompañamiento a las familias y las comunidades procurando el cuidado esencial de la salud e impactando en los determinantes sociales de la salud. La cobertura proyectada fue del 25% de las familias del departamento (Gobernación de Antioquia, 2012).

Sin embargo, la implementación de la estrategia en algunos de los municipios del departamento no ha logrado generar transformaciones tendientes a aumentar la capacidad de respuesta para afrontar las necesidades propias de los perfiles epidemiológicos. Tampoco ha obtenido la articulación con otros actores sociales para incidir sobre los

determinantes sociales de la salud, reduciendo su desarrollo como proyecto sectorial para mejorar el acceso y la cobertura de la atención básica en familias vulnerables focalizadas, con énfasis en el aumento de la cobertura de la atención preventiva (Otálvaro-Castro, 2017). Estos resultados son destacables pero movilizan una concepción y operacionalización muy limitada de la APS.

La subregión Suroeste del departamento de Antioquia se caracteriza por su vocación agrícola, especialmente por la producción cafetera, aun cuando allí se desarrollan otras actividades productivas como la ganadería extensiva, la minería y se viene presentando una reorientación hacia el turismo (Gobernación de Antioquia, 2013). Las dos terceras partes de la población de esta subregión habitan territorios rurales, en los que se revelan profundos niveles de desigualdad social y precariedad en las condiciones de vida, aunque no es la subregión de mayores carencias materiales en el departamento; ocupa el tercer lugar en el Índice de Calidad de Vida entre las nueve subregiones, luego de Valle de Aburrá y de la subregión Oriente (Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación., 2014; Lotero Contreras, Moreno Monroy, Díaz, Gómez Vargas, & Vanegas Lopez, 2006).

Los reportes oficiales caracterizan esta región como una zona de grandes desigualdades, de una pobreza estructural de difícil superación, producto de una alta concentración de la tierra, resultado de la ocupación histórica del territorio y de los procesos de colonización agraria y asentamiento poblacional (Gobernación de Antioquia, 2013). La subregión Suroeste es una de las más desiguales del departamento, el cual a su vez es uno de los más desiguales del país: el 92% de los predios son pequeñas parcelas de menos de veinte hectáreas y el indicador Gini de concentración de la distribución de la tierra es superior a 0,7 (Gobernación de Antioquia, 2013), muy superior al promedio nacional. De acuerdo con el Censo Nacional Agropecuario –CNA 2014, el 45% de la población residente en el área rural dispersa se encontró en condición de pobreza multidimensional (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, 2016a). Algunos estudios recientes han identificado marcadas inequidades en salud entre la población rural y urbana en estos territorios (Franco-Cortés et al., 2016; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

En el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste se realizó un análisis tendiente a estimar las desigualdades sociales en las condiciones de vida de la población participante de la estrategia de APS. Se trazaron como objetivos la identificación de las expresiones territoriales en cuanto a la distribución urbano-rural y la exploración de su relación con la situación de salud y de acceso a los servicios preventivos; para obtener con ello nuevas lecturas e insumos para la construcción de estrategias en pos de la construcción de equidad en los territorios.

## 1. Consideraciones metodológicas

Se realizó un análisis observacional analítico utilizando datos consignados en la plataforma web diseñada para la estrategia de Atención Primaria en Salud denominada @stat. Dichos datos correspondieron a las historias familiares aplicadas por las promotoras de salud durante los años 2013 y 2015 en los municipios de Jardín, Andes, Ciudad Bolívar, Hispania y Betania ubicados en la subregión Suroeste de Antioquia. La base de datos fue suministrada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el segundo semestre de 2016.

Para efectos de este análisis, se utilizaron los datos correspondientes al periodo 2014-2015, considerando que para dicho intervalo de tiempo los cinco municipios desarrollaron procesos de caracterización de la población, como parte de la implementación de la estrategia APS, bajo lineamientos departamentales de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Durante el desarrollo de la estrategia de APS, los individuos pueden ser visitados y encuestados en diferentes ocasiones en el transcurso del año. Sin embargo, el análisis consideró únicamente los datos correspondientes a la primera visita realizada, pues no toda la población registrada en la base de datos tenía más de una visita.

La base de datos que contiene la información de la población caracterizada por la estrategia, es administrada en cada municipio y nivel departamental a través del programa @stat. Tiene siete módulos que consignan información respecto a (1) datos básicos de las personas, (2) datos sociodemográficos, (3) datos de salud, (4) datos acerca de las viviendas, (5) datos familiares, (6) datos de mujeres gestantes, (7) datos de la canalización a los servicios de salud. En su conjunto los diferentes módulos de la base de datos consignan 127 variables.

Para este análisis, y acorde con su propósito, se seleccionaron 35 variables de la base de datos relacionadas con: características sociodemográficas de la población, condiciones de vida, características de la vivienda y saneamiento básico; situación de salud y acceso a servicios de salud, las cuales estaban consignadas en los módulos del software de: personas, familias, datos sociodemográficos, datos salud y viviendas. En este sentido este trabajo no realizó un análisis exhaustivo de la totalidad de variables de la base de datos.<sup>4</sup>

---

4 Para consultar un análisis exhaustivo de la base de datos se recomienda revisar el trabajo de grado *Caracterización de la población participante de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los municipios del Suroeste antioqueño de la cuenca del río San Juan, 2014 y 2015*, de Vanessa Vásquez G., presentado para optar al título de Gerente de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, en el primer semestre de 2017.

Se estimaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Se exploraron desigualdades en las condiciones de vida y salud entre los encuestados, considerando como eje de desigualdad la zona de residencia, fuera ella urbana o rural. Para establecer la significación estadística de dichas diferencias se utilizó el Test exacto de Fisher y la prueba de Ji-cuadrado. Se asumió como asociación significativa aquella cuyo valor de probabilidad fuera menor a 0,05.

Se utilizó el software gestor de bases de datos *Microsoft Office Access* 2013 para realizar la validación y relación de los datos de cada vivienda con los de cada familia e individuo. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el software *IBM SPSS Statistics* V20.

## 2. Resultados

Se presentan los resultados en tres apartados: (a) las características sociodemográficas y las condiciones de vida, en el que se incluyen la descripción de variables como la edad, el sexo, la zona de residencia, la clasificación de pobreza, la escolaridad y analfabetismo, la posición ocupacional, las condiciones de la vivienda y de saneamiento básico; (b) situación de salud, en la que se incluyó la situación de aseguramiento en salud, la situación nutricional, la experiencia de enfermedades infecciosas en la primera infancia y riesgos en salud mental en todos los grupos de edad; y (c) la experiencia de acceso a la atención preventiva, en el que se abarcaron variables como la planificación y toma de citología/mamografía en mujeres, la consulta de joven sano y el tamizaje de próstata en hombres.

### 2.1 Características sociodemográficas y condiciones de vida

En total fueron encuestados de primera vez 13044 personas residentes de los municipios de la subregión Suroeste durante el periodo 2014-2015. La mayoría de los encuestados residían en la zona rural de la región (88%). De acuerdo con esto, la cobertura total estimada de la estrategia de APS para este periodo fue del 13%. Entre los encuestados, la proporción de hombres y mujeres fue similar. En cuanto a la edad, la primera infancia (menores de cinco años) representó el 4,5% del total de individuos; un poco más de la tercera parte de la población encuestada tenía entre 29 y 59 años de edad (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características demográficas de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

Variable		N	%
Género	Hombre	6606	50,6
	Mujer	6433	49,3
	Otro	5	0,1
Ciclo vital	Primera infancia (< 5 años)	583	4,5
	Infancia (6-13 años)	2175	16,7
	Jóvenes (14-28 años)	3096	23,7
	Adultos (29-59 años)	5009	38,4
	Adulto mayor (>60 años)	2181	16,7
Zona de residencia	Rural	11484	88,0
	Urbano	1560	12,0

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

El 90,7% de la población ha sido encuestada por el sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales – SISBEN. Si bien, en la zona rural existe menor proporción de población encuestada por el SISBEN, en esta reside una mayor proporción de población pobre, clasificados en los niveles 0 y 1<sup>5</sup>, aunque los barrios seleccionados por la estrategia son priorizados precisamente por sus condiciones de pobreza y conflictividad social. El análisis sugiere diferencias estadísticamente significativas entre residentes de la zona rural y urbana, en cuanto a condiciones de vida se refiere (Tabla 2).

5 La asignación de subsidios de programas sociales se asigna según el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN aplicada a las personas-familias. Los puntajes de corte son determinados por el Departamento Nacional de Planeación y son diferenciales para las principales ciudades, la zona rural y el resto de cabeceras municipales. La mayor parte de los subsidios se asigna a la población clasificada en niveles 0, 1 y 2. Para ampliar la información al respecto se puede consultar: [www.sisben.gov.co](http://www.sisben.gov.co).

**Tabla 2.** Población encuestada por el sistema de selección de beneficiarios – SISBEN y clasificación de la pobreza en habitantes caracterizados por la estrategia de APS, en la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño 2014-2015

Variable		Zona de residencia				Valor p
		Rural		Urbana		
		N	%	N	%	
SISBEN	No	1176	10, 2	35	2, 2	0, 000
	Sí	10308	89, 8	1525	97, 8	
Nivel SISBEN	Nivel 0	476	4, 6	59	3, 9	0, 000
	Nivel 1	5215	50, 7	744	48, 8	
	Nivel 2	4267	41, 5	627	41, 1	
	Nivel 3	331	3, 2	95	6, 2	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

Respecto a la escolaridad, al evaluar la distribución según zona de residencia, una mayor proporción de residentes de la zona urbana alcanzaron mayores niveles educativos, particularmente en lo relacionado con la educación secundaria y superior (valor  $p < 0, 05$ ). Entre los adultos encuestados (población mayor a 18 años), la proporción de analfabetismo fue del 13%. Llama la atención la alta proporción de población infantil y juvenil que no se encontraba estudiando en el momento de la encuesta, 29% en la población de 5 a 13 años y 17, 6% en la población adolescente y joven entre 14 y 18 años (Tabla 3).

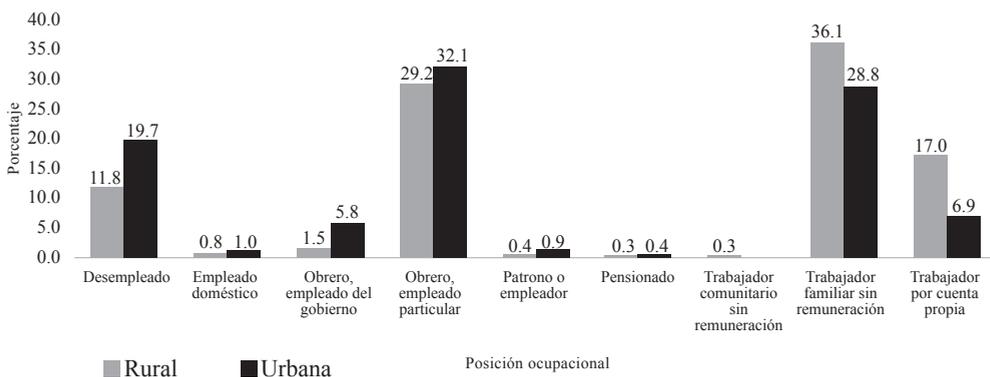
En relación con la posición ocupacional de las personas en edad laboral (entre 15 y 64 años) identificados entre los encuestados por la estrategia de APS, cerca de un tercio de la población estaba constituida por trabajadores familiares sin remuneración (35, 2%); otro tercio ejercían como obreros de empresas particulares (30%) y un 15, 8% son trabajadores por cuenta propia. El 12, 7% reportó estar en situación de desempleo. Comparativamente, se resalta la mayor proporción de trabajadores familiares sin remuneración y por cuenta propia en la zona rural, a su vez que de obreros - empleados de empresas particulares y gubernamentales, y desempleados, en la zona urbana (Figura 2).

**Tabla 3.** Escolaridad en población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

Variable	Categorías	Zona de residencia						Valor p
		Rural		Urbana		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Nivel educativo alcanzado (población >= 18 años)	Nivel superior	196	2,4	55	4,6	251	2,6	0,000
	Básica secundaria	1912	23,0	429	35,7	2341	24,6	
	Básica primaria	4171	50,1	479	39,8	4650	48,8	
	Preescolar	897	10,8	98	8,1	995	10,4	
	Ninguno	1149	13,8	142	11,8	1291	13,5	
Analfabetismo* (población >= 18 años)	Sí	1102	13,2	141	11,7	1243	13,0	0,156
	No	7223	86,8	1062	88,3	8285	87,0	
Estudia actualmente (población 5-13 años)	Sí	1208	70,3	157	75,8	1365	70,9	0,105
	No	510	29,7	50	24,2	560	29,1	
Estudia actualmente (población 14-18 años)	Sí	747	82,6	76	80,0	823	82,4	0,571
	No	157	17,4	19	20,0	176	17,6	

**Nota.** \*Considerando analfabetismo funcional y absoluto. Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

**Figura 2.** Posición ocupacional de población entre 15 y 64 años caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño 2014-2015



**Fuente:** Base de datos de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

En cuanto a las condiciones de vivienda y saneamiento, quienes residen en la zona rural presentaron peores condiciones de saneamiento básico. Así mismo, como resultado de las condiciones deficitarias de infraestructura de saneamiento básico, una mayor proporción de las familias realizan una disposición final de excretas y aguas grises en campo abierto (valor  $p < 0,05$ ).

Las condiciones de acceso al agua para consumo humano son marcadamente diferenciales entre la población urbana y la rural, aunque en ambos casos el estado de las fuentes de agua es deficitario, en tanto una alta proporción de ellas se encuentra contaminada o en riesgo de contaminación. A pesar de ello, una alta proporción de la población no hierve el agua para el consumo, lo que es mayoritario en la zona urbana (Tabla 4).

**Tabla 4.** Condiciones de vivienda y de saneamiento básico de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

Variable		Zona de residencia				Valor p
		Rural		Urbana		
		N	%	N	%	
Tipo de vivienda	Apartamento	324	2,8	274	17,6	-
	Casa	10688	93,6	1255	80,8	
	Inquilinato	6	0,1	3	0,2	
	Pieza	121	1,1	19	1,2	
	Rancho	271	2,4	3	0,2	
	Tambo	12	0,1	-	-	
Vivienda construida en terreno geológicamente estable	No	965	8,4	136	8,8	0,701
	Sí	10457	91,6	1418	91,2	
Hacinamiento	No	9723	85,1	1304	83,9	0,211
	Sí	1699	14,9	250	16,1	
Tipo de fuente de agua	Acueducto	4405	38,6	1486	95,6	0,000
	Subterránea Pozo	504	4,4	-	-	
	Superficial	6513	57,0	68	4,4	

**Tabla 4.** (Continuación)

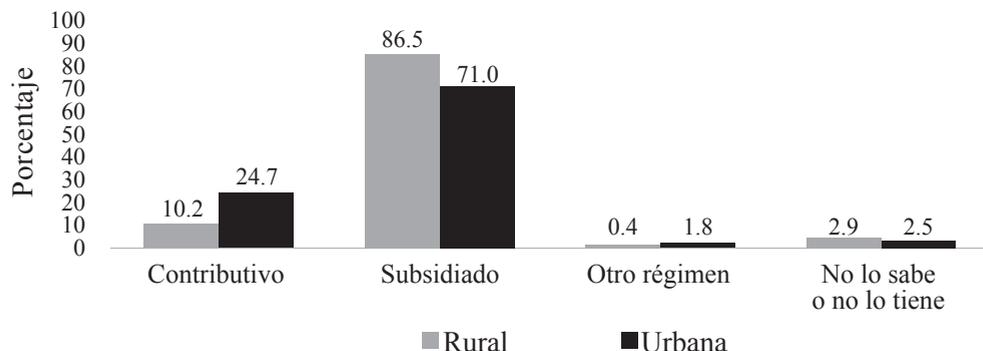
Variable		Zona de residencia				Valor p
		Rural		Urbana		
		N	%	N	%	
Estado fuente de agua	Contaminada	2594	37,0	40	58,8	0,000
	Descontaminada	862	12,3	11	16,2	
	En riesgo de contaminación	3561	50,7	17	25,0	
Calidad del agua	Desconocida	561	4,9	12	0,8	0,000
	No potable	5634	49,3	231	14,9	
	Potable	5227	45,8	1311	84,4	
Tipo de tratamiento de agua	Desinfectada	39	0,3	74	4,8	0,000
	Filtrada	35	0,3	2	0,1	
	Hervida	9823	86,0	886	57,0	
	Sin hervir	1525	13,4	592	38,1	
Disposición final de excretas	Alcantarillado	1742	15,3	1451	93,4	0,000
	Campo abierto	5491	48,1	83	5,3	
	Pozo séptico	3958	34,7	16	1,0	
	Sumidero	231	2,0	4	0,3	
Disposición final de aguas grises	Alcantarillado	1722	15,1	1460	94,0	0,000
	Campo abierto	5569	48,8	73	4,7	
	Pozo séptico	3948	34,6	17	1,1	
	Sumidero	183	1,6	4	0,3	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

## 2.2 Situación de salud

Un 97% de la población refiere estar asegurada en salud. Una proporción mayoritaria pertenece al régimen subsidiado, siendo mayor en este caso para la población rural. El número de afiliados al régimen contributivo residente de la zona urbana duplica a los residentes de la zona rural afiliados en el mismo régimen (Figura 3).

**Figura 3.** Aseguramiento en salud de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015



**Fuente:** Base de datos de Atención Primaria en Salud.

En cuanto a la situación nutricional, los resultados sugieren diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la lactancia materna exclusiva en menores de un año. La proporción de quienes residen en la zona urbana y no tuvieron lactancia materna exclusiva (26,7%) es casi tres veces la proporción de aquellos que residen en la zona rural (9,1%) (valor  $p < 0, 05$ ). (Tabla 5).

En cuanto a la situación nutricional referida como producto de la observación de las promotoras de salud, quienes realizan la caracterización de la población, los hallazgos sugieren una mayor proporción de signos de desnutrición en la población rural en los niños y niñas de la primera infancia y en adolescentes, mientras que resulta mayor en el grupo de 5-13 años urbano respecto a los rurales. El sobrepeso a la observación resulta mayor en los niños, niñas y adolescentes urbanos respecto a los rurales.

Respecto al reporte de enfermedades infecciosas en la primera infancia, durante el mes previo a la realización de la encuesta, si bien no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, en la zona rural se identificó una mayor prevalencia de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. La cobertura del programa de Crecimiento y Desarrollo fue levemente mayor en quienes residían en la zona rural (Tabla 6), lo que puede sugerir un efecto de la focalización de las acciones de los equipos de APS, que se han concentrado en facilitar el acceso a los servicios preventivos especialmente en población rural en la última década.

**Tabla 5.** Situación nutricional de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste Antioqueño, 2014-2015

Ciclo vital	Variable	Categorías	Zona de residencia				Valor p
			Rural		Urbana		
			N	%	N	%	
Población < 1 año	Tuvo lactancia materna exclusiva	Sí	160	90,9	11	73,3	0,033
		No	16	9,1	4	26,7	
Población < 5 años	Signos de desnutrición	Sí	13	2,5	1	1,8	0,999
		No	513	97,5	54	98,2	
	Sobrepeso a la observación	Sí	9	1,8	3	5,6	0,097
		No	504	98,2	51	94,4	
Población de 6-13 años	Signos de desnutrición	Sí	15	1,1	4	2,4	0,262
		No	1304	98,9	166	97,6	
	Sobrepeso a la observación	Sí	27	2,1	3	1,8	0,999
		No	1277	97,9	163	98,2	
Población de 14-18 años	Signos de desnutrición	Sí	9	1,0	-	-	0,495
		No	896	99,0	95	100,0	
	Sobrepeso a la observación	Sí	21	2,3	3	3,2	0,999
		No	875	97,7	92	96,8	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

**Tabla 6.** Experiencia de enfermedades infecciosas en el último mes y acceso a la atención preventiva en la primera infancia en la población caracterizada por la APS de los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste Antioqueño, 2014-2015

Variable		Zona de residencia				Valor p
		Rural		Urbana		
		N	%	N	%	
Experiencia de enfermedad diarreica aguda en el último mes	Sí	105	20,0	6	10,9	0,147
	No	421	80,0	49	89,1	
Experiencia de infección respiratoria aguda en el último mes	Sí	99	18,8	7	12,7	0,358
	No	427	81,2	48	87,3	
Participación en programa de Crecimiento y Desarrollo	No	63	12,0	3	5,6	0,183
	Sí	462	88,0	51	94,4	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

En lo que concierne a la salud mental, los análisis revelaron algunas diferencias por destacar, al indagar por el consumo problemático de alcohol, la implicación en actos violentos y el intento de suicidio.

Específicamente en la niñez la proporción de implicación en actos violentos e intento de suicidio es mayor en los niños y niñas urbanos (en este último el valor  $p < 0,05$ ), mientras el consumo problemático de alcohol es mayor en los niños y niñas rurales. Los jóvenes que residen en la zona urbana presentaron una mayor proporción respecto a los rurales en consumo problemático de alcohol, implicación en actos violentos e intento de suicidio (en los tres casos valor  $p < 0,05$ ). En la población adulta urbana también es mayor la proporción de consumo problemático de alcohol, de implicación en actos violentos (valor  $p < 0,05$ ) y de intento de suicidio. En los adultos mayores el comportamiento de los tres aspectos indagados es más heterogéneo, es idéntico en el intento de suicidio entre población rural y urbana, es mayor el consumo problemático de alcohol en la población rural, mientras que la implicación en actos violentos es mayor en la población urbana. Ninguno de estas diferencias en el adulto mayor fue estadísticamente significativa (Tabla 7).

**Tabla 7.** Procesos destructivos en la salud mental de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

Ciclo vital	Variable	Zona de residencia				Valor p	
		Rural		Urbana			
		N	%	N	%		
Infancia (10-13 años)	Consumo problemático de alcohol	Sí	30	5,0	3	3,3	0,605
		No	568	95,0	88	96,7	
	Implicado en actos violentos	Sí	14	2,3	3	3,3	0,481
		No	584	97,7	88	96,7	
	Ha tenido intentos de suicidio	Sí	3	0,5	3	3,3	0,033
		No	595	99,5	88	96,7	
Jóvenes (14-28 años)	Consumo problemático de alcohol	Sí	163	6,0	32	8,8	0,027
		No	2570	94,0	331	91,2	
	Implicado en actos violentos	Sí	66	2,4	17	4,7	0,022
		No	2667	97,6	346	95,3	
	Ha tenido intentos de suicidio	Sí	48	1,8	14	3,9	0,014
		No	2685	98,2	349	96,1	

**Tabla 7.** (Continuación)

Ciclo vital	Variable	Zona de residencia				Valor p	
		Rural		Urbana			
		N	%	N	%		
Adultos (29-59 años)	Consumo problemático de alcohol	Sí	252	5,7	46	7,5	0,083
		No	4145	94,3	566	92,5	
	Implicado en actos violentos	Sí	119	2,7	27	4,4	0,028
		No	4278	97,3	585	95,6	
	Ha tenido intentos de suicidio	Sí	83	1,9	18	2,9	0,090
		No	4314	98,1	594	97,1	
Adulto mayor (>60 años)	Consumo problemático de alcohol	Sí	106	5,6	10	3,3	0,126
		No	1774	94,4	291	96,7	
	Implicado en actos violentos	Sí	42	2,2	12	4,0	0,074
		No	1838	97,8	289	96,0	
	Ha tenido intentos de suicidio	Sí	32	1,7	5	1,7	0,999
		No	1848	98,3	296	98,3	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

## 2.3 Acceso a la atención preventiva

El instrumento de caracterización de la población que es encuestada por las promotoras de salud que dinamizan la estrategia de APS, incluye un conjunto de preguntas en las que se indaga por los antecedentes de acceso a la atención preventiva, en los servicios que están contenidos en el Plan Obligatorio de Salud según corresponda con la edad de la persona.

Al indagar por esto, el equipo básico de la estrategia de APS puede identificar las personas que requieren atenciones de tipo preventivo, que pueden ser realizadas por el propio equipo o remitidas al prestador de servicios que corresponda. Esta acción del equipo básico de salud en la estrategia de APS, se ha convertido en un objetivo principal de la política departamental buscando fomentar el énfasis preventivo de la atención en salud, así como garantizar el cumplimiento de las denominadas metas de «Promoción y Prevención - PyP».

Para este análisis, dicha información puede indicar la experiencia de acceso a la atención preventiva en las variables seleccionadas, teniendo en cuenta que la población

de los municipios de la cuenca del río San Juan ha estado expuesta a la implementación de la APS durante 10 años, con focalización en la población rural, y que la estrategia se ha desarrollado con el objetivo explícito de fomentar la atención preventiva en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

En general, la proporción de mujeres entre los 14 y 50 años de edad que planificaba en el momento de ser encuestadas fue relativamente bajo en todo el territorio. Entre quienes expresaron que planificaban, los métodos más frecuentes fueron los inyectables y los quirúrgicos. Por otro lado, en comparación con las residentes de la zona urbana, se observó una mayor proporción de mujeres mayores de 18 años residentes de la zona rural que no se realizaban el autoexamen de mama o la mamografía. Situación similar para el caso de los hombres mayores de 40 años, donde hubo mayor acceso al test de tamización para cáncer de próstata para quienes residían en la zona urbana (valor  $p < 0,05$ ) (Tabla 8).

**Tabla 8.** Experiencia de acceso a la atención preventiva de población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

Población	Variable	Zona de residencia				Valor p	
		Rural		Urbana			
		N	%	N	%		
Mujeres de 14 a 50 años	Planificación familiar	No	1353	45,1	178	43,3	0,526
		Sí	1647	54,9	233	56,7	
Mujeres de 14 a 50 años	Método de planificación que utiliza	Anovulatorio oral	434	26,4	71	30,5	-
		Condón	101	6,1	10	4,3	
		Dispositivo intrauterino	86	5,2	5	2,1	
		Espermicidas	7	0,4	-	-	
		Implantes	92	5,6	11	4,7	
		Inyectables	349	21,2	55	23,6	
		Métodos naturales	46	2,8	1	0,4	
		Óvulos	7	0,4	1	0,4	
		Parches	7	0,4	2	0,9	
		Quirúrgico	518	31,5	77	33,0	

**Tabla 8** (Continuación)

Población	Variable		Zona de residencia				Valor p
			Rural		Urbana		
			N	%	N	%	
Mujeres > 18 años	Se ha realizado la citología	No	710	17,5	115	17,5	-
		Sí	3353	82,5	544	82,5	
	Resultado de citología	Alterado	155	4,6	25	4,6	-
		No sabe	307	9,2	27	5,0	
		Normal	2891	86,2	492	90,4	
	Se realiza autoexamen de mama	Sí	2633	64,8	475	72,1	0,000
		No	1430	35,2	184	27,9	
	Se ha realizado la mamografía	Sí	406	11,2	111	18,5	0,000
No		3229	88,8	489	81,5		
Población de 14 a 29 años	Consulta alteraciones joven	Sí	978	33,3	71	18,4	0,000
		No	1955	66,7	314	81,6	
Hombres > 40 años	Tamizaje próstata	Sí	525	28,5	95	40,1	0,000
		No	1314	71,5	142	59,9	

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

### 3. Conclusiones y discusión

Los hallazgos de este análisis son coincidentes con otros estudios nacionales que retratan las marcadas desigualdades sociales de las poblaciones rurales del país (Departamento Nacional de Planeación, 2015; República de Colombia Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2014) y de estudios sobre las desigualdades en los territorios del Suroeste antioqueño (Franco-Cortés et al., 2016; Gobernación de Antioquia, 2013; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

Vale la pena anotar que en términos generales, la población que ha sido caracterizada por la estrategia de APS en esta subregión, constituye mayoritariamente un subgrupo de la población más pobre de los municipios, con mayor proporción en el área rural.

Además la cobertura de la estrategia para los años analizados resultó relativamente baja, solo un 13% del total de la población de la cuenca del río San Juan. Quiere decir esto que los datos compilados por la estrategia, se refieren esencialmente a la población más pobre del territorio analizado.

El análisis permitió identificar desigualdades sociales relacionadas con el territorio de residencia de la población caracterizada, en los tres grandes componentes analizados: las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a la atención preventiva.

Respecto a las condiciones de vida se constató una mayor concentración de la población pobre en la zona rural, así como un menor nivel educativo y una mayor proporción de población infantil que no se encontraba estudiando. Se destaca una mayor proporción de población juvenil que no estaba estudiando en la zona urbana (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa).

En relación con el trabajo se encontraron, de manera generalizada, altos niveles de población desempleada y más de dos terceras partes de la población económicamente activa con trabajo precario; en lo rural predominaron los trabajadores familiares sin remuneración y por cuenta propia, mientras en lo urbano los obreros tanto de empresas particulares como públicas. El registro de la posición ocupacional podría ser mejorada buscando distinguir las especificidades del trabajo urbano y rural, otros trabajos podrían sugerir alternativas al respecto (Franco-Cortés et al., 2016; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

Frente a las condiciones ambientales y de las viviendas, las desigualdades territoriales son más evidentes y reconocidas especialmente porque quienes residen en la zona rural presentan peores condiciones de saneamiento básico, y de acceso y calidad a fuentes de agua para el consumo humano. Estos resultados coinciden con los hallazgos de la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2015, que señala como la cobertura de alcantarillado para cabeceras municipales fue del 93,1% y del 16,8% en la zona rural; mientras que el acceso a acueducto fue del 97,6% en la zona urbana y de 61,2% en el resto del territorio (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, 2016b).

En relación con la situación de salud el análisis mostró una orientación de las desigualdades territoriales más heterogénea. Mientras que para la población rural resultan peores algunos indicadores nutricionales, como la lactancia materna exclusiva en menores de un año, para la población urbana fueron significativas las diferencias en distintos indicadores de salud mental como los intentos de suicidio en la infancia, el consumo problemático de alcohol, la implicación en actos violentos y el intento de suicidio en adolescentes y jóvenes, así como la implicación en actos violentos en adultos.

Teniendo en cuenta que un poco más de 3/4 partes de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, (que en el ámbito rural significa la afiliación del 86% de la población) y que esta población tiene en la ESE<sup>6</sup> – hospital público municipal la principal institución prestadora de servicios de salud, al analizar las desigualdades respecto a la experiencia de acceso a la atención preventiva los hallazgos sugirieron un efecto positivo de la estrategia de APS en la reducción de disparidades. Lo que queda confirmado en la medida que la proporción de población rural que accede a actividades preventivas como el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y la consulta de alteraciones del joven, es mayor en la población rural que la urbana. Así mismo, se encontraron resultados similares a los de la población urbana en actividades como la planificación familiar y la realización de citología en mujeres entre los 14 y los 50 años. En este sentido, la APS realizada en los municipios, ejerce un efecto que equipara la oportunidad de acceso a la atención preventiva en la población rural, respecto a la urbana.

Por el contrario, se observó la permanencia de desigualdades en la experiencia de acceso a la atención preventiva a favor de la población urbana, en la realización de mamografías en mujeres mayores de 18 años y el tamizaje de próstata en hombres mayores de 40 años. Sin embargo, la brecha urbano – rural resulta menor respecto a lo reportado en los últimos estudios nacionales como la ENDS 2015, que refiere una diferencia de cerca de 27 puntos porcentuales a favor de quienes residen en la zona urbana respecto a la cobertura de mamografía y de 20 puntos porcentuales a favor de los residentes urbanos en el tamizaje de próstata (Profamilia, 2016). Este puede ser el hallazgo más relevante de este estudio y el indicador más positivo del alcance que ha tenido la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan.

No obstante, los hallazgos indicaron que en algunos casos las coberturas de la atención preventiva son bajas si se comparan con los promedios nacionales. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres de 13-49 años que utilizan anticonceptivos en la actualidad, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, fue de 80,9% en comparación con el 56% de las mujeres entre 14-50 años caracterizadas por la estrategia de APS; las mujeres de 21 a 69 años que se han realizado la citología alguna vez en su vida, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, fue de 94,6% en comparación con el 82,5% de las mujeres mayores de 18 años caracterizadas por la estrategia. En otros casos, los hallazgos son similares a lo encontrado en los estudios nacionales, como es en el caso del autoexamen de seno, la mamografía y el tamizaje de próstata (Profamilia, 2016).

---

6 E.S.E. Empresa Social del Estado, que constituye la figura mediante la cual se transformaron los hospitales públicos como parte de la reforma introducida con la Ley 100 de 1993, que creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

## 4. Recomendaciones

Se sugiere realizar análisis de desigualdades a partir de la información producida por la estrategia de Atención Primaria en Salud. En los diez años de implementación en el departamento de Antioquia no se encontraron reportes o informes de análisis desde esta perspectiva, que enriquezcan la toma de decisiones y la reorientación de acciones tendiente a reducir la brecha de desigualdades entre la población rural y la urbana.

En el análisis de desigualdades es indispensable la identificación de algunas características básicas de la población, de manera que ello permita su diferenciación y clasificación en grupos sociales a comparar. Se identificó que el registro y clasificación de la población según características de su posición ocupacional, el oficio, las relaciones laborales y productivas es deficitario, lo que no permite identificar rasgos particulares del poblador y trabajador rural que están directamente relacionados con su perfil de exposición y deterioro de la salud. En este sentido, se recomienda ajustar el instrumento de caracterización de la estrategia de APS, para incorporar variables clave que permitan la medición de las desigualdades sociales y territoriales.

A pesar de la limitada cobertura de la estrategia de APS en la región analizada, los hallazgos sugieren un efecto positivo de la implementación de la estrategia, especialmente en relación con el mejoramiento del acceso a los servicios preventivos en la población rural, equiparando las condiciones de esta población respecto a la urbana, lo cual resulta meritorio. Esto permite colegir que en la medida que aumente la cobertura de la estrategia se obtendrán mejores resultados en la cobertura de la atención preventiva de la población.

Las autoridades políticas del departamento y de los municipios deberían considerar con seriedad la meta de universalidad de la estrategia en las zonas rurales mínimamente. La evidencia demuestra que los sistemas de salud con universalidad de acceso, así como aquellos modelos basados en la atención primaria, contribuyen en mayor medida a la equidad en salud (Hernández-Aguado, Santaolaya Cesteros, & Campos Esteban, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Resulta llamativa la constatación de la baja cobertura en algunas actividades de atención preventiva (uso de anticonceptivos y citología) respecto a los promedios nacionales, en tanto ese ha sido el énfasis de la estrategia departamental. Es necesario revisar con detalle y de manera específica los procesos implementados para la inducción de la demanda y de atención efectiva en cada una de las actividades preventivas que deliberadamente son impulsadas desde la estrategia, para identificar donde están las barreras que limitan mejores resultados. Para ello, sería relevante también generar orientaciones, desde el nivel departamental, con el fin de realizar monitoreo periódico de dichas coberturas.

Los hallazgos ratifican la existencia de brechas de desigualdad entre la población rural y urbana. Estas desigualdades sociales tienen relación directa con el hecho de ser poblador(a) rural, lo que genera inequidades de carácter territorial que ponen en desventaja a la población campesina y rural. El diseño actual de la estrategia de APS departamental no contiene acciones acordes con la complejidad de dicho perfil de condiciones de vida. Esto debería motivar el diseño e implementación de acciones intencionadas desde la política departamental de salud para disminuir estas inequidades, que son una causa principal de la mala salud de la población rural. El trabajo orientado a la construcción de equidad social y en salud, exige un abordaje integral de las desigualdades desde la acción sobre sus causas.

Aunque el sistema de salud no está entre los determinantes sociales de la salud de mayor peso, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las inequidades. Las características de la Atención Primaria de la Salud la hacen idónea para este objetivo, en la medida que promueve la igualdad en el acceso a los servicios de salud, una atención proporcional a las necesidades y un trabajo conjunto con otros sectores, con los que se pueden conseguir efectos positivos en la equidad efectiva en salud (Hernández-Aguado, Santaolaya Cesteros, & Campos Esteban, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

## 5. Referentes bibliográficos

1. Acosta, A. (2013). Colombia: Escenario de las desigualdades. *Tendencias*, 14(1), 9–35. Retrieved from <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/974/1210>.
2. CICS/IED/UNESCO. (2016). *Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016: Afrontar el reto de las desigualdades y trazar vías hacia un mundo justo, resumen; 2016*. Francia. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002459/245995s.pdf>.
3. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 (2011). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. (2016a). *3er Censo Nacional Agropecuario. Hay campo para todos. Tomo 2 - Resultados*. Bogotá, D.C. Retrieved from <https://www.dane.gov.co/files/images/foros/foro-de-entrega-de-resultados-y-cierre-3-censo-nacional-agropecuario/CNATomo2-Resultados.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. (2016b). *Boletín de resultados Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2015*. Bogotá D.C. Retrieved from [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/Boletin\\_Tecnico\\_ECV\\_2015.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2015.pdf).

6. Departamento Nacional de Planeación. (2015). *El campo Colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo*. Bogotá D.C. Retrieved from [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal\\_y\\_pesca/El CAMPO COLOMBIANO UN CAMINIO HACIA EL BIENESTAR Y LA PAZ MTC.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal_y_pesca/El_CAMPO_COLOMBIANO_UN_CAMINIO_HACIA_EL_BIENESTAR_Y_LA_PAZ_MTC.pdf)
7. Dirección Seccional de Salud y Protección social de Antioquia. (2010). *Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia* (1a edición). Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia. Retrieved from <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/file>
8. Franco-Cortés, Á. M., Otálvaro-Castro, G. J., Ochoa-Acosta, E., Ramírez-Puerta, S., Escobar-Paucar, G., Agudelo-Suárez, A.,... Manrique, N. (2016). Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia, Colombia. Un análisis desde la epidemiología crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), 246–261. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.ispi>
9. Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 2(4), 58–69. Retrieved from <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2805/2067>
10. Galvis, L. A., & Meisel, A. (2010). *Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial* (Documentos de trabajo sobre Economía Regional No. 120). Bogotá D.C. Retrieved from <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-120.pdf>
11. Gobernación de Antioquia. (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015 «Antioquia la más educada.» Medellín-Colombia: Gobernación de Antioquia.
12. Gobernación de Antioquia. (2013) *¿De qué vivirán los pobladores rurales? Memorias del foro subregional suroeste*. Ciudad Bolívar. Retrieved from <http://conectarural.org/sitio/sites/default/files/mem-suroeste.pdf>
13. Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. (2014). *Calidad de Vida de Antioquia, medida a partir del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida*. Medellín. Retrieved from [http://antioquia.gov.co/images/pdf/encuesta\\_2013/ECV-2013.html](http://antioquia.gov.co/images/pdf/encuesta_2013/ECV-2013.html)
14. Hardoon, D. (2017). *Una economía para el 99%*. Oxford, UK. Retrieved from [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf)
15. Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., & Campos Esteban, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6–13. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>

16. Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Lerberghe, W. Van. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70, 904–911. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>
17. Lotero Contreras, J. A., Moreno Monroy, A. I., Diaz, W., Gomez Vargas, A. B., & Vanegas Lopez, J. G. (2006). *Indicadores de competitividad de Antioquia y sus regiones: resultados y jerarquías*. Medellín. Retrieved from <http://www.camaramedellin.com.co/site/Portals/0/Documentos/Biblioteca/herramientas/competitividad-antioquia-estrategias-comerciales.pdf>
18. Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2–3), 73–84. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200003>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobaci%25C3%25B3n.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
21. Molina, G., Ramírez, A., & Ruiz, A. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano : el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez.»
22. Mosquera-Méndez, P., Granados-Hidalgo, G., & Vega-Romero, R. (2008). La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7(14), 88–109. Retrieved from [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol7\\_n\\_14/estudios\\_1.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_14/estudios_1.pdf)
23. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud*. Buenos Aires, Argentina. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

25. Ospina-Galeano, D. I., & Otálvaro-Castro, G. J. (2016). *Desigualdades en las condiciones de trabajo y en el modo de vida de trabajadores informales del municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia, 2015*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Retrieved from [http://opac.udea.edu.co/cgi-olib/?infile=authk.glue&style=authk&nh=20&calling\\_page=hitlist.glu&key=617315](http://opac.udea.edu.co/cgi-olib/?infile=authk.glue&style=authk&nh=20&calling_page=hitlist.glu&key=617315)
26. Otálvaro-Castro, G. J. (2017). Capacidades municipales para la gestión territorial de la salud en el suroeste Antioqueño. ¿Están preparados los municipios para la reorientación del modelo de atención? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 126–27. Retrieved from <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/326800/20784085>
27. Otálvaro, G., Zuluaga, S., Blanco, D., & Restrepo, L. F. (2016). Gestión de la Atención Primaria de la Salud en un contexto de mercado: análisis de caso en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2008-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 316–329. <http://doi.org/DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a06>
28. Profamilia. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 - Resumen ejecutivo*. Bogotá D.C. Retrieved from [http://profamilia.org.co/docs/Libro\\_RESUMEN\\_EJECUTIVO.pdf](http://profamilia.org.co/docs/Libro_RESUMEN_EJECUTIVO.pdf)
29. República de Colombia Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2014). *Censo Nacional Agropecuario*. Bogotá D.C.
30. Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20–26. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
31. Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F.,... Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, January, 1–9. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
32. Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P., & Restrepo, O. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004 -2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, 3(2), 148–169.
33. Vega, R., Hernández, J., & Mosquera, P. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saude Em Debate*, 36(94), 392–401.



**G**estión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica es una compilación de análisis y reflexiones derivadas de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016” cofinanciado por la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia.



El proyecto representó la posibilidad de resignificar la manera de entender los desafíos de la gestión territorial de la salud en un contexto de profundas contradicciones producto de la orientación mercantil del sistema de salud, entendiendo que mientras la política nacional permanezca dominada por los intereses de la competencia y el afán de lucro que promueve el mercado, es necesario intentar la construcción de fuerzas antagónicas en los actores locales, quienes pueden reivindicar la solidaridad, la participación y la cooperación como los criterios esenciales para gestionar la salud en el territorio y la reorganización de los servicios de salud.



Los textos pretenden ser insumo para el diálogo y la discusión de los equipos locales de salud, los líderes comunitarios, los tomadores de decisiones en los territorios, para estudiantes, docentes e investigadores interesados en comprender el complejo escenario de la gestión local de la salud en el país.



ISBN: 978-958-5413-18-4

