



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención

Sandra Milena Montoya Sanabria

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública (Maestría en Salud Pública)

Bogotá, Colombia

2014

Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención

Sandra Milena Montoya Sanabria

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Salud Pública

Director:

MD, MSP, MPS, DSP Norman Giovanni Apráez Ippolito

Línea de Investigación:

Políticas y sistemas de salud

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública (Maestría en Salud Pública)

Bogotá, Colombia

2014

*Vuelan mariposas, cantan grillos,
la piel se me pone negra
y el sol brilla y brilla.
El sudor me hace surcos,
yo hago surcos a la tierra
sin parar.*

Víctor Jara

*A mi familia, por su paciencia, amor y confianza. Por soportar mis ausencias y ser el
baluarte de mí camino.*

Agradecimientos

A la ESE Hospital Regional de Sogamoso, por consolidarse como mi eje de desarrollo profesional. Por el tiempo maravilloso que pase allí, que me permitió identificar el tema de esta investigación. Gracias a los funcionarios/funcionarias y ex compañeros/compañeras de trabajo, quienes me suministraron la información de la segunda parte de este estudio.

Al profesor Giovanni Apráez, director de esta investigación, por su paciencia, disposición y escucha atenta a mis dispersiones, conflictos y confrontaciones investigativas.

A los jurados y docentes del Departamento de Salud Pública, Dra. Rosa Helena Flórez y Dr. Carlos Sarmiento, por su diligencia y mostrarme las miradas que faltaron en esta investigación. Sin duda esas miradas serán el sustrato para el futuro.

A Sara Helena Carrillo, secretaria ejecutiva de la maestría en Salud Pública por su ayuda y escucha ante tantos momentos de incertidumbre.

Resumen

Las tendencias de comportamiento demográfico a nivel mundial muestran la pervivencia de la ruralidad, caracterizada por una dinámica de pobreza, de precarización de las condiciones vida e inequidad regional. Estas condiciones predominan en el contexto colombiano y se suman al limitado acceso a los servicios de salud. Por ello, con el fin de hacer un acercamiento a las dinámicas de utilización de servicios de salud por las poblaciones rurales se realizó un estudio cuantitativo compuesto por dos momentos metodológicos, el primero, de carácter secundario, permitió evidenciar los principales indicadores de evaluación de condiciones de acceso a servicios de salud y los abordajes teóricos de esta problemática en contextos propios y diferentes al colombiano. El segundo momento, de carácter exploratorio, descriptivo y transversal, determinó las condiciones de utilización de servicios de salud, en una institución de la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá durante los años 2008 a 2012. Esta investigación permitió concluir la necesidad de una mirada diferenciada a la ruralidad para elaborar de políticas públicas eficientes, que vayan en concordancia con los contextos y necesidades de las comunidades que demandan los servicios de salud.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud, utilización, disponibilidad de servicios de salud, política pública, equidad en salud, población rural. (Fuente: DeCS)

Abstract

Demographic worldwide trends shows the survival of rurality, characterized by a dynamic of poverty, precarious living conditions and regional inequality. On Colombian context, these trends is added with the limited access to health services. Therefore, to make an approach to the dynamics of access to health services for rural populations, It make a study mixed composed by two methodological moments, first, documentary research, allowed to demonstrate the main indicators of condition assessment access to health services and theoretical approaches of this problem in different contexts to Colombian. The second moment, exploratory, descriptive and cross-sectional determined the conditions of use of health services in an institution of the public hospital network on Boyacá during the years 2008-2012. This research showed that it requires a differentiated look rurality to develop public policy, to be consistent with the context and needs of the communities that require health services.

Keywords: Access to health care, availability of health services, public policy, utilization, equity in health rural population. (Font MESH).

Contenido

	Pág.
Resumen	V
Lista de figuras.....	VIII
Lista de tablas	IX
Lista de abreviaturas.....	XI
Introducción	12
1. Definición del problema de investigación	14
2. Justificación	18
3. Objetivos.....	20
4. Marco conceptual.....	21
5. Metodología.....	25
6. Resultados.....	32
7. Discusión y conclusiones	94
8. Recomendaciones.....	98
Bibliografía	122

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1-1: Tendencia de población rural a nivel mundial, Colombia y Boyacá (1980-2010)	15
Figura 4-1: Naturaleza de la accesibilidad a los servicios de salud	23
Figura 6-1: Proceso de selección de estudios	33
Figura 6-2: Temporalidad de los estudios seleccionados para síntesis cualitativa	34
Figura 6-3: Tipología documental.....	34
Figura 6-4: Nacionalidad de los autores	35
Figura 6-5: Metodologías de abordaje.....	36
Figura 6-6: Proceso de depuración de acuerdo con criterios de calidad de registros.	48
Figura 6-7: Área de influencia Hospital Regional de Sogamoso.....	49
Figura 6-8: Tendencia global de utilización de servicios. 2008-2012.....	57
Figura 6-9: Utilización de servicios de salud, según patrón poblacional y servicio hospitalario, 2008-2012.....	58
Figura 6-10: Clasificación de triage, según año, área de residencia y patrón poblacional	59
Figura 6-11: Morbilidad notificada por eventos inmunoprevenibles, por patrón de distribución poblacional, (2008 – 2012).....	86
Figura 6-12: Morbilidad notificada por sífilis congénita y sífilis gestacional, 2008 – 2012	87
Figura 6-13: Morbilidad notificada por Hepatitis B y VIH/SIDA, 2008 - 2012	88
Figura 6-14: Morbilidad notificada por eventos Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2008 - 2012.....	89
Figura 6-15: Morbilidad notificada por eventos micobacterias, 2008 - 2012	90
Figura 6-16: Morbilidad notificada por eventos del componente del salud mental, 2008 - 2012.....	93

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 5-1: Criterios de inclusión y exclusión	26
Tabla 5-2: Descriptores utilizados en la búsqueda en bases de datos bibliográficas	27
Tabla 5-3: Ejemplos de ecuaciones de búsqueda.....	27
Tabla 5-4: Patrón de distribución poblacional (2)	30
Tabla 6-1: Número de artículos identificados y seleccionados, según fuente documental	32
Tabla 6-2: Indicadores para la medición de accesibilidad	39
Tabla 6-3: Algunos indicadores para la medición de accesibilidad.....	43
Tabla 6-4: Características geográficas de los municipios del área de influencia de la ESE Hospital Regional de Sogamoso	50
Tabla 6-5: Procedencia de remisiones hacia la ESE Hospital Regional de Sogamoso durante el año 2012	52
Tabla 6-6: Especialidades solicitadas a la ESE Hospital Regional de Sogamoso por las IPS Remisoras, durante el año 2012	53
Tabla 6-7: IPS a las que remitió la ESE Hospital Regional de Sogamoso durante el año 2012.....	53
Tabla 6-8: Principales causas de remisiones de pacientes hospitalizados durante el año 2012.....	54
Tabla 6-9: Principales causas de rechazo de remisiones a pacientes hospitalizados en la ESE Hospital Regional de Sogamoso (2012)	55
Tabla 6-10: Características socio-demográficas de la población atendida, 2008-2012 ..	56
En la Tabla 6-12 se señalan las 10 primeras categorías diagnósticas mayores, de acuerdo al servicio hospitalario (consulta externa, hospitalización, urgencias). Cabe aclarar que el parámetro de ordenación de mayor a menor, respecto a la frecuencia total de la categoría diagnóstica, por los tres servicios hospitalarios.....	59
Tabla 6-12: Primeras categorías diagnósticas mayores, según servicio hospitalario 2008-2012.....	62
Tabla 6-13: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa, según patrón poblacional y área de residencia (2008-2012)	63
Tabla 6-14: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en menores de 1 año, según sexo (2008-2012).....	65
Tabla 6-15: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012)	66
Tabla 6-16: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012)	67
Tabla 6-17: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012)	69
Tabla 6-18: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012)	70
Tabla 6-19: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012)	71

Tabla 6-20: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización, según patrón poblacional y área de residencia (2008-2012).....	72
Tabla 6-21: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en menores de 1 año, según sexo (2008-2012)	73
Tabla 6-22: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012).....	74
Tabla 6-23: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012).....	75
Tabla 6-24: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012).....	76
Tabla 6-25: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012).....	77
Tabla 6-26: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012).....	78
Tabla 6-27: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias, según patrón poblacional y área de residencia.....	79
Tabla 6-28: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en menores de 1 año, según sexo (2008-2012)	80
Tabla 6-29: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012)	80
Tabla 6-30: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012)	81
Tabla 6-31: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012)	83
Tabla 6-32: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012)	84
Tabla 6-33: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias, en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012).....	85

Lista de abreviaturas

Abreviatura Término

CDM	Categoría Diagnóstica Mayor
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DLS	Dirección Local de Salud
EISP	Evento de Interés de Salud Pública
ENO	Eventos de Notificación Obligatoria
EPS	Empresa Prestadora de Servicios de Salud
GRD	Grupos de Diagnóstico Relacionado
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SISBEN	Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales
UNESCO	(Sigla en inglés) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Introducción

Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención fue una investigación de carácter cuantitativo, secundario, exploratorio, retrospectivo que tuvo como origen el ser parte de la experiencia de los sujetos que provenían de áreas rurales y que demandaron servicios de salud, en una institución pública, de segundo nivel de atención

En el proceso de búsqueda de los antecedentes teóricos y conceptuales del tema de investigación, se reconoció la diversidad de escenarios sociales, demográficos, económicos y culturales específicos para las poblaciones rurales; los cuales están dados en un contexto de precarización de las condiciones de vida e inequidad regional, originado por los procesos de migración demográfica y apertura económica por los que ha atravesado el país desde inicios del siglo XX.

Por ello, este estudio buscó caracterizar la utilización de servicios de salud en las personas que demandaron servicios, durante el quinquenio comprendido entre el 2008 y el 2012, en una institución de segundo nivel de atención perteneciente a la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá. Sin embargo, en el intento de resolver de éste interrogante, como primer limitante, se encontró que respecto al acceso a servicios de salud en poblaciones rurales, existen escasos estudios en el contexto colombiano.

En consecuencia, esta investigación tuvo dos fases metodológicas: una revisión sistemática-cualitativa de literatura y un perfil de morbilidad atendida en el Hospital Regional de Sogamoso, durante el período de tiempo comprendido entre el 2008 y el 2012.

En relación a la primera fase metodológica, se buscó en otros contextos, cuáles han sido las miradas a al acceso, la accesibilidad a servicios de salud en estas poblaciones. En cuanto al segundo momento metodológico, se analizó la morbilidad atendida por el Hospital Regional de Sogamoso durante los años 2008 al 2012; mediante la agrupación de Categorías Diagnósticas Mayores (CDM), en el marco de los Grupos de Diagnóstico

Relacionados (GDR) y la identificación de tres patrones de distribución poblacional: municipios donde la población rural corresponde entre el 17% y el 50% de la población total, municipios donde la población rural se estima entre 50% y el 70% de la población total y municipios cuya población rural representa entre el 71 al 90% de la población total.

Frente a otros limitantes del estudio, se encontró la limitada disponibilidad de investigaciones realizadas en el país y en Latinoamérica en las redes virtuales de información. Por ello, este estudio sólo evidenció la información recuperable de manera digital alojada en repositorios institucionales, bases de datos y opiniones de expertos. A lo anterior, se sumó la escasa corresponsabilidad de los registros hospitalarios y de eventos de interés en salud pública entre el ente departamental y los diferentes niveles de atención, lo que motivó a que la investigación restringiese el análisis de la utilización de servicios al segundo nivel de atención, dada la facilidad en la consecución de la información.

Los resultados de esta investigación sugieren la complejidad en la conceptualización y abordaje de acceso, accesibilidad y utilización de servicios de salud, además plantea una mirada diferente en la definición de patrones para la medición y análisis de la utilización de servicios de salud en el ámbito hospitalario.

1. Definición del problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

Para el año 2010, según el Banco Mundial (1), la población rural a nivel mundial, se encontraba en una proporción del 49%, respecto al total de la población que se estimaba en 6,9 mil millones de habitantes. En contraste, en Colombia la proporción es considerablemente menor, ya que según proyecciones poblacionales efectuadas durante el último censo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2), para este mismo año, teniendo en cuenta un total de 45.509.584 de habitantes, la proporción de población procedente del área rural correspondió al 24,44%. El departamento de Boyacá, guarda un comportamiento similar al observado a nivel mundial, ya que según estimaciones del DANE, la proporción de la población rural en el departamento fue del 45.73%. (2)

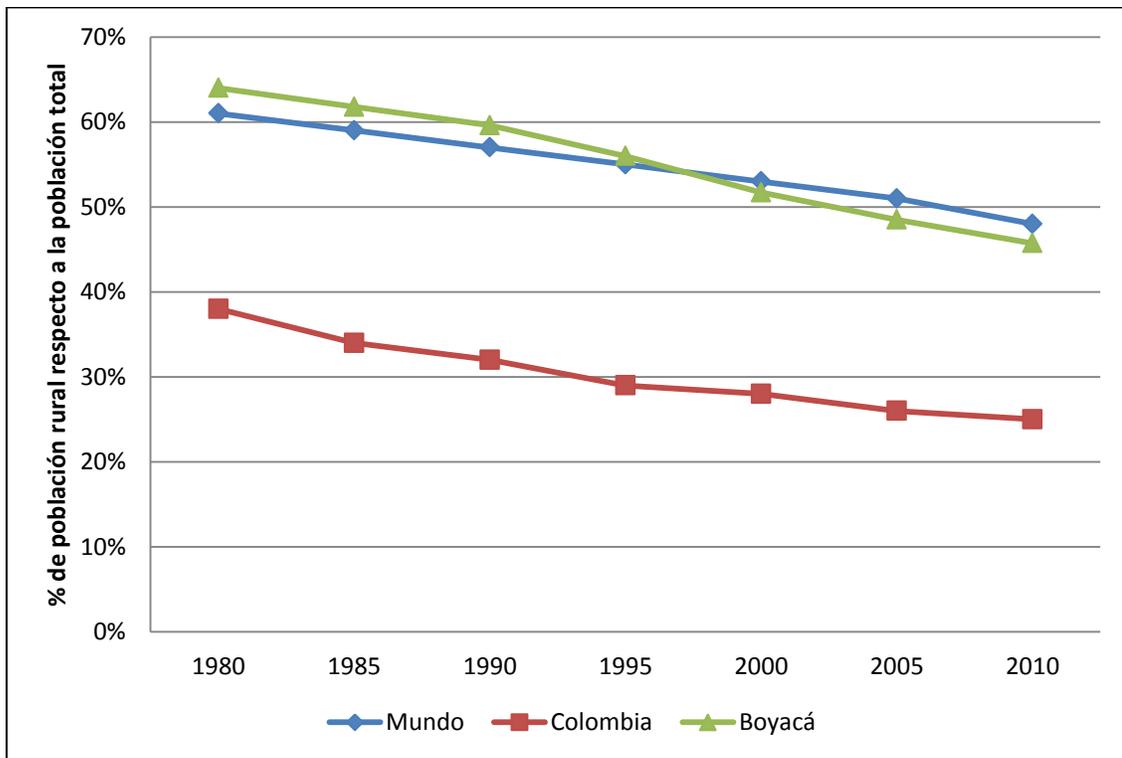
Como lo muestra la figura 1-1, esta tendencia ha sido persistente durante los últimos 30 años, sin embargo, es necesario destacar que el inicio del siglo XX se caracterizó por un desacelerado crecimiento demográfico producto de las numerosas guerras civiles, del estancamiento económico y de la desorganización social (3). A partir de 1905 (donde la tasa de crecimiento anual alcanzaba las 13 personas por 100.000 habitantes) hasta 1938, aspectos como el aumento en la tasa bruta de natalidad y el descenso en la tasa de mortalidad marcaron un incremento poblacional que fue absorbido por el campo (3) (4). Para el final de este periodo el 70% de los habitantes del país residían en el campo y de este porcentaje sólo el 15% conformaban núcleos de 100.000 habitantes (5).

Cabe destacar un que para 1928, la crisis agraria, los desequilibrios regionales, la incipiente industrialización, el auge del comercio y los servicios, la presión demográfica en el campo y la violencia política configuraron las condiciones para esta acelerada reubicación de la población, con la particularidad que hasta los años sesenta la distribución poblacional era de características netamente rurales (6) (7). Con una población cercana a los 14,3 millones de habitantes, más del 54% vivían fuera de las

cabeceras municipales; sólo una ciudad, Bogotá, sobrepasaba el millón de personas (8) (9) (10).

Los datos sobre el número de pobladores rurales y de sus niveles de crecimiento que se han registrado en los censos realizados entre 1938 y 2005, muestran que si bien la población rural ha disminuido en términos porcentuales del 69,1 % en 1938 al 24% en 2005, el número de habitantes en las áreas rurales ha aumentado de 6 millones a 11,6 millones en 2005, es decir, su población se ha duplicado en esos 73 años. (11)

Figura 1-1: Tendencia de población rural a nivel mundial, Colombia y Boyacá (1980-2010)



Fuente: Banco Mundial-DANE, 2013.

Con la dinámica migratoria presentada anteriormente, según lo afirmado por varios autores (12) (13) (14) se forja un contexto de pobreza y de precarización de las condiciones vida. Es precisamente esa persistencia de la pobreza y su crecimiento en los últimos 30 años la que ubica en una posición muy vulnerable al país frente a los problemas de salud pública, incrementados por la globalización. No sólo se ven amenazadas las poblaciones humanas, sino la economía, la sanidad animal y la seguridad alimentaria.

En el marco de las condiciones de pobreza y precarización de las condiciones de vida, ineludiblemente debe considerarse el fenómeno del desplazamiento interno de la población que ha aumentado alarmantemente desde 1985 (15). Se estima que la violencia ha causado la migración de más de 390.000 familias entre 1985 y 2006, lo que puede representar una cifra aproximada de 1.900.000 personas, de las cuales alrededor del 60% son menores de edad. Se calcula que 6,6 millones de hectáreas fueron despojadas por la violencia en las últimas dos décadas, esto es el 15% de la superficie agropecuaria del país (15) (16).

A nivel general, los datos presentados a continuación muestran la deuda histórica del Estado colombiano con los campesinos del país (17) (18):

- Actualmente el 77% de la tierra está en manos de 13% de propietarios, pero el 3,6% de estos tiene el 30% de la tierra.
- 60% del empleo rural es informal. 83% de la población rural está en el régimen subsidiado de salud.
- El 55% de los campesinos pobres nunca ha recibido asistencia técnica.
- El 11% no tiene vivienda y el 16% tiene vivienda en mal estado.
- El 85% de la población carece de alcantarillado. El crecimiento del PIB rural en la última década fue de 2,8%.
- El ingreso promedio de un campesino era en 2009 de 220.000 pesos, mientras en la ciudad el ingreso promedio alcanzaba está 668.000 pesos.
- El analfabetismo es del 18,5%. 60% no tiene agua potable.

Por otro lado, las comunidades rurales pobres de América Latina y el Caribe en su mayoría cuentan con condiciones de escaso acceso a los servicios de salud (19) (20). Las barreras geográficas, culturales y/o socioeconómicas impiden las poblaciones a tener acceso a los profesionales y establecimientos de atención en salud.

El acceso a dichos servicios también se complica por el terreno difícil que a veces hay que recorrer para acudir a estos establecimientos, donde el transporte público a menudo es inexistente. Al mismo tiempo, los profesionales de salud calificados, generalmente no se trasladan a zonas aisladas, emigran a otros países donde la remuneración es más atractiva (21) o se ve vulnerado su actuar por el conflicto interno armado, como es el caso de la misión médica en Colombia. (22) (23).

Además, hay poco interés por parte los pobladores rurales en acceder a los servicios de salud. Esta situación puede tener varias aristas: debido a que el modelo biomédico subyace en el sistema y las instituciones de salud, éstos se convierten en medios hostiles que desconocen los orígenes y el contexto de quienes proceden de áreas rurales, lo cual implica que en variadas ocasiones se vulneren las representaciones e imaginarios que tienen las poblaciones rurales sobre su cuerpo de su intimidad, como ocurre en lo señalado en la Sentencia No. T-385 de 1994 de la Corte Constitucional de Colombia (24) y Arcos Ortiz. (25)

Otra arista se relaciona con que muchos de los usuarios provenientes de áreas rurales, producto de la pervivencia de imaginarios socio-culturales sobre los procesos salud – enfermedad – atención, prefieren hacer uso de los saberes tradicionales para solventar las necesidades de salud.

Por último, al hacer una revisión bibliográfica preliminar, se encontró que si bien existe gran variedad de estudios que determinan el acceso a servicios de salud, se han limitado únicamente a los afiliados con capacidad de pago (régimen contributivo) (26), lo cual determina una restrictiva a la hora de diseñar políticas públicas pertinentes y contextualizadas a las necesidades de las comunidades rurales.

1.2 Pregunta de investigación

Al plantear las condiciones de poco desarrollo de los servicios de salud en las zonas rurales de Colombia, las cuales se ha originado en un contexto de pobreza e inequidad regional, sumado a condiciones laborales adversas para el personal de salud, surgió el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las condiciones de acceso a servicios de salud en usuarios procedentes del área rural de los municipios del área de influencia, de una institución perteneciente a la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá (Colombia)?

2. Justificación

Analizar la utilización de servicios de salud en poblaciones rurales, significa visualizar el fenómeno de la inequidad regional (27) (28) que existe en la distribución de los recursos en salud. Este fenómeno, “es construido dentro de los sistemas de salud; especialmente los sistemas de salud occidentales, que se basan en una visión de necesidades en salud-enfermedad por enfermedad y no en las necesidades de cada grupo poblacional”. (29)

En Colombia, la inequidad regional se ha consolidado porque “gradualmente se ha ido acentuando la separación entre las zonas urbanas y las rurales, consecuencia de la estructura de tenencia de la tierra, de la baja capacidad estatal, de la dispersión de la población rural dentro del territorio nacional, de la baja representatividad política, de la poca incidencia en la toma de decisiones y de la falta de oportunidades en materia de educación y de trabajo en condiciones de formalidad, que limitan el logro de capacidades en la población rural.” (30)

Muestra de ello, es la situación respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que según datos de la Encuesta Nacional de Salud de Demografía y Salud (31), para el año 2010 el 69,4% de la población de la zona rural se encontraba afiliada al régimen subsidiado (en la zona urbana este porcentaje es del 35,7 %), mientras que el 15,8 % se encuentra afiliado al régimen contributivo (en la zona urbana es del 48,6 %) y el 12,9 % no está afiliado (en la zona urbana es del 11,9 %).

Esta situación, en el departamento de Boyacá se expresa en términos que el 59% de la población está afiliada al régimen subsidiado (31); lo cual da cuenta de la presencia de trabajo en condiciones de informalidad que prevalecen en el campo, ya que la mayor parte de la población rural se encuentra en calidad de beneficiaria del régimen subsidiado.

Por tanto, los resultados de esta investigación se pueden convertir un insumo para la caracterización a nivel regional, departamental o nacional de las condiciones de

accesibilidad a servicios de salud en zonas rurales, ya que ofrece una serie de indicadores que son necesarios para lograr el acceso en el marco de las diferentes corrientes teóricas que se abordan en este documento.

Por otro lado, desde la mirada del derecho a la salud esta investigación plantea una forma de caracterizar la utilización de servicios, lo cual podría servir de base para definir un marco lógico de la descripción y análisis de los problemas de atención en salud. Lo anterior, con el fin de establecer modelos de promoción, prevención y atención en los procesos salud-enfermedad y a futuro generar una política pública de salud integral de las comunidades campesinas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Caracterizar la utilización de servicios de salud en usuarios procedentes del área rural de los municipios de la provincia de Sugamuxi y la Libertad, de una institución de segundo nivel de atención perteneciente a la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá (Colombia).

3.2 Objetivos específicos

- Identificar los abordajes teóricos realizados en la literatura científica sobre el acceso, la accesibilidad y la utilización de servicios de salud en poblaciones rurales.
- Identificar modelos e indicadores de evaluación y análisis de acceso a servicios de salud.
- Describir la morbilidad atendida por la ESE Hospital Regional de Sogamoso durante los años 2008 a 2012.

4. Marco conceptual

Como derrotero teórico para abordar la utilización de servicios de salud en individuos procedentes del entorno rural de los municipios del área de influencia de la ESE Hospital Regional de Sogamoso, se utilizaron los conceptos de ruralidad, acceso a servicios de salud, accesibilidad a los servicios de salud, utilización de servicios y grupos de diagnóstico relacionado. Lo anterior, en un intento de mostrar la complejidad del fenómeno abordado, denotando la constante sinergia entre los conceptos de accesibilidad, acceso y utilización de servicios, que frecuentemente son abordados de manera indistinta.

4.1 Ruralidad

Colombia es uno de los países de América Latina que aún en el siglo XXI cuenta con un alto porcentaje de población rural, junto con Bolivia, Perú, Nicaragua, Costa Rica, Honduras, entre otros. La población rural en Colombia está conformada por los campesinos pobres, los pequeños, medianos y algunos grandes propietarios. También son pobladores rurales los pescadores, los artesanos y quienes se dedican a las actividades de la minería. Asimismo, los indígenas y gran parte de los miembros de las comunidades negras conforman la población rural.

Para efectos de esta investigación, se utilizó la definición constituida por la corriente de nueva ruralidad, donde confluyen los conceptos construidos desde la sociología rural y la economía rural (32). Tal definición establece que la ruralidad es un “modo de habitar un territorio, es la construcción social y cultural realizada tanto por los habitantes del territorio (zonas rurales) como por aquellos que piensan y actúan sobre lo rural” (33).

Esta definición busca hacer de la ruralidad un factor diferenciador reconociendo el papel determinante de la oferta en los recursos naturales, lo cual dé origen a "patrones de apropiación y pertenencias del territorio, en procesos históricos", es decir en construcción de sociedades. La riqueza de esta definición radica en que vislumbra el "potencial de desarrollo territorial rural, visto como impulsor de nuevos esquemas que optimicen el

logro de un desarrollo armónico en cuanto a crecimiento económico, justicia y equidad social, desarrollo y estabilidad política, institucional y sostenibilidad ambiental" (34).

4.2 Acceso a los servicios de salud

Autores como Julio Frenk (35), aprecian la naturaleza del acceso como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. Desde un punto de vista sistémico, en tal proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final.

La definición de Frenk, para efectos de esta investigación se relacionó con lo enunciado Donabedian, pues le brinda marco contextual dado que "el acceso a un sistema de salud se refiere al grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud y debe ser estudiada reconociendo la existencia de niveles intermedios de estudio de dicho concepto". (36)

Si bien, Donabedian y Frenk aportan un referente conceptual importante, esta investigación contempla necesario enriquecer estas definiciones con lo vislumbrado en el marco conceptual planteado por Andersen y Aday, que plantea estudiar el acceso partiendo desde los objetivos de la política de salud, pasando por las características del sistema y de la población en situación de riesgo para llegar a los resultados o la efectiva utilización de los servicios de salud y la medida en que estos satisfacen las necesidades del consumidor.

4.3 Accesibilidad a los servicios de salud

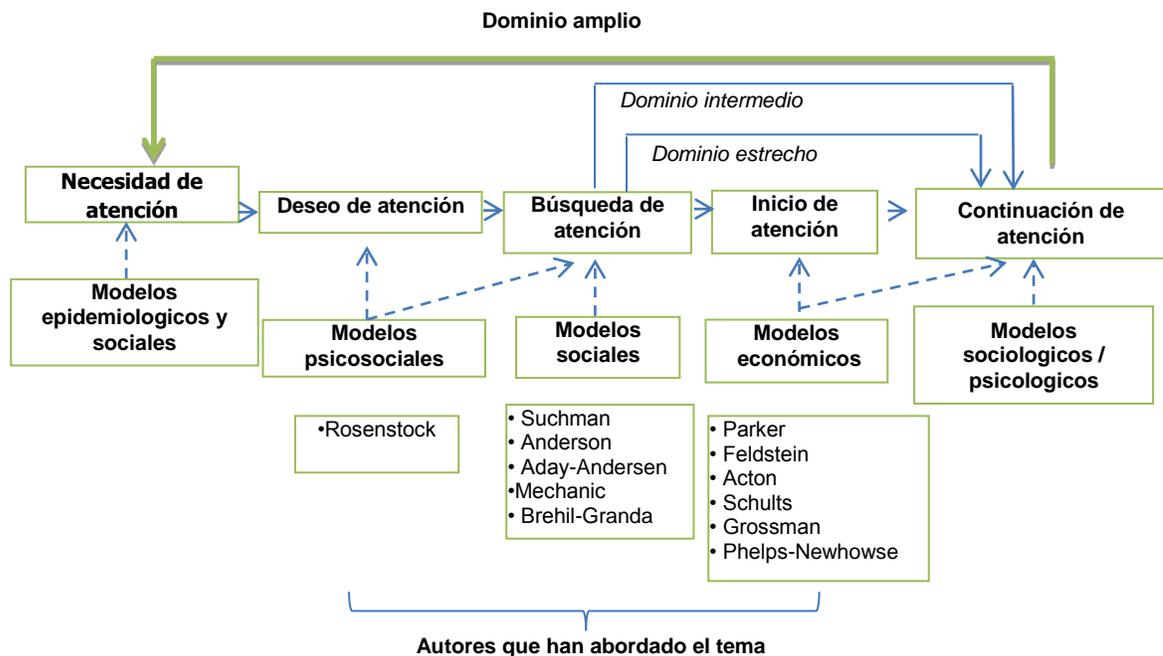
Aday y Andersen aseveran que "en el proceso de accesibilidad al sistema de salud intervienen varios agentes, como los médicos y el personal de salud, los administradores de los servicios, los usuarios y las entidades públicas de regulación o financiamiento, quienes también pueden ser estudiados y abordados desde la perspectiva de la política de salud que tengan los Estados". (37)

Por otra parte, Arroyo y Tovar afirman que "existe un nivel en donde lo que interesa estudiar es la búsqueda de la atención y el inicio de ella, es decir, el acceso o la demanda efectiva por salud. Sin embargo, este nivel no es el único ya que también existe un nivel en donde lo que interesa estudiar es la continuación en la atención, es decir, la

calidad del sistema una vez se logra acceder a él y, finalmente, existe un nivel de estudio más amplio en donde lo que se incorpora es el deseo de la atención, es decir, la preferencia que tiene el potencial usuario para acceder al sistema y poder ser atendido”. (26)

Por otro lado, Frenk, (35) al igual que Donabedian, prefiere hablar de accesibilidad en lugar de acceso a servicios de salud y por tanto además plantea diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación en la atención, y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención.

Figura 4-1: Naturaleza de la accesibilidad a los servicios de salud



Fuente: Frenk, 1985.

4.4 Utilización de servicios de salud

Algunos autores concluyen que “el acceso real al sistema de salud de un Estado implica la utilización efectiva de los servicios desde el punto de vista institucional y a las experiencias de los usuarios con respecto a esa utilización. De esta manera, relacionan

unos determinantes de orden objetivo (tipo, sitio y propósito de la utilización de los servicios), junto con otros de orden subjetivo de la utilización de servicios, mediante los cuales se intenta medir el grado de satisfacción y percepción que tiene el usuario acerca del desempeño del sistema". (38)

Esta investigación reconoce que la utilización de servicios requiere un análisis conductual, por ello retoma lo propuesto por Rosenstock (39) donde la utilización de servicios podía explicarse distinguiendo tres tipos de variables:

- El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (compuesto, a su vez, por la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad).
- Los beneficios y barreras percibidas (en cuanto a decidirse a utilizar los servicios).
- Los detonantes de la acción (internos: percepción del estado corporal, o externos: interacción con otros).

4.5 Grupos de Diagnósticos Relacionados

Los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), son una técnica de agrupación de pacientes basada en las características de los diagnósticos presentados al momento del ingreso hospitalario, "permitiendo predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del egreso hospitalario. Las características significativas del diagnóstico provienen del paciente y la patología". (40)

Un GDR es el "conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos" (40). Por ello, los pacientes se agrupan en categorías homogéneas en "función de las características clínicas que presenten y de los procesos a los que tendrán que ser sometidos, formándose así grupos de "iso-consumo" de recursos". (41)

Los GDR, así como los protocolos, son herramientas que le sirven a las metodologías de costeo para mejorar el cálculo del costo y llegar a niveles de detalle más profundos, sin embargo no podrían clasificarse como metodologías de costeo.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Caracterizar la utilización de servicios de salud por personas provenientes de poblaciones rurales, requirió una investigación de carácter cuantitativo, exploratorio, secundario, retrospectivo, compuesta por dos fases metodológicas: la primera, realizada mediante una revisión sistemática de literatura, la cual permitió identificar indicadores de evaluación de acceso servicios de salud y estudios de accesibilidad realizados en contextos diferentes al colombiano. La segunda fase, de tipo descriptivo, retrospectivo, identificó e interpretó la morbilidad atendida, a partir de los registros de clínicos de una institución de la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá durante los años 2008 a 2012.

5.2 Primer momento metodológico: Revisión sistemática de literatura

Con el fin de recopilar la literatura que evidencia los abordajes metodológicos de la accesibilidad en contextos rurales, se realizó una revisión sistemática cualitativa. La pertinencia de esta metodología radica en que tal estrategia resume y analiza “los hallazgos más relevantes en las distintas áreas de conocimiento para, posteriormente, devolverlos a modo de síntesis a esa misma comunidad, con el fin de que se haga uso de ellos”. (42) Cabe destacar que en ésta metodología no se combinan los resultados con métodos estadísticos, como el meta-análisis. (43) La recolección y análisis de la información se hizo análogamente durante los meses de diciembre de 2012 a agosto de 2013 y buscó responder los siguientes interrogantes:

- ¿Qué abordajes metodológicos se han utilizado a nivel mundial para analizar la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales?
- ¿Existen indicadores que midan la accesibilidad a servicios de salud?

Los interrogantes anteriormente planteados fueron resueltos a través de la búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de información:

1. Bases de datos bibliográficas: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Medline mediante el proveedor EBSCO.
2. Hemerotecas digitales: Scielo, Dialnet, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc).
3. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad el Rosario y Biblioteca Virtual Colombiana.
4. Fuentes de información suministradas por expertos en el tema.

Sobre el criterio de inclusión de los artículos, se debe resaltar que consistió en incluir todos los estudios relacionados con el tema de la revisión, independientemente de la forma de difusión y del tipo de publicación. Si bien esta condición de entrada puede interpretarse como un sesgo de información, se identificaron no tan sólo los trabajos publicados en la literatura científica, sino también los libros, capítulos de libros, conferencias, documentos de trabajo, informes no publicados y tesis doctorales o de maestría presentadas.

Se examinaron los artículos publicados en español, inglés y portugués, sin tener en cuenta un periodo de tiempo determinado y cuya metodología hiciese referencia a estudios cuantitativos o cualitativos, de fuente primaria o secundaria, relatos de experiencia, ensayos, así como literatura gris. Para ello, se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 5-1: Criterios de inclusión y exclusión

Dimensión	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Participantes	Participantes de cualquier edad, residentes en áreas rurales	
Periodo de tiempo	Todos los artículos publicados hasta mayo de 2013	
Tipo de estudio	Estudios cualitativos, cuantitativos, ensayos y relatos de experiencia. libros, informes, actas de conferencias, seminarios o congresos	Editoriales, cartas al director, reseñas.

Teniendo en cuenta las fuentes de información, se utilizaron dos estrategias de búsqueda: búsqueda en bases de datos bibliográficas y consulta a expertos y búsqueda a la luz de corrientes de aproximación teórica.

La búsqueda en bases de datos biográficas implicó que mediante descriptores (consultados en MeSH -Medical Subject Headings y DeCS -Descriptores de Ciencias de la Salud) y operadores booleanos, se constituyeran ecuaciones de búsqueda que se adaptaron las interfaces de las bases de datos bibliográficas y las hemerotecas digitales consultadas. Además de las bases de datos se realizó búsqueda inversa de referencias de forma manual, en las cuales se encontraron duplicados de algunos de los artículos ya seleccionados y otros artículos que se incorporaron a la revisión.

Tabla 5-2: Descriptores utilizados en la búsqueda en bases de datos bibliográficas

Descriptor en español	Descriptor en inglés	Descriptor en portugués	Fuente
Acceso a la Atención de Salud	Access to health care		MeSH
Acceso a los Servicios de Salud	Accessibility of health services		MeSH
Accesibilidad a los Servicios de Salud	Health Services Accessibility	Acesso aos Serviços de Saúde	DeCS
Población rural	Rural population	População Rural	DeCS
Comunidades rurales	Rural communities		MeSH
Zonas Rurales	Rural Areas	Zonas Rurais	DeCS
Zonas Rurales	Rural Zones	zonas Rurais	DeCS
Salud Rural	Rural Health	Saúde da População Rural	DeCS

Tabla 5-3: Ejemplos de ecuaciones de búsqueda

Ecuación de búsqueda	Base de datos o hemeroteca digital
(((((access to health care[MeSH Terms]) OR accessibility of health services[MeSH Terms])) AND rural population[MeSH Terms]) AND rural communities[MeSH Terms])	PubMed
Acces\$ salud rural\$	Scielo
((acceso a los Servicios de Salud) AND (disponibilidad de Servicios de Salud) AND (acceso a la Atención de Salud) AND (accesibilidad a los Servicios de Salud)) AND (poblaciones rurales) AND (salud rural)	EBSCO

Una vez obtenidos los artículos se sintetizaron a través de la un matriz que contenía las siguientes variables:

- **ID:** Número de identificación del artículo en la matriz, asignado de manera secuencial.
- **Nombre Artículo.**
- **Año de publicación del artículo.**
- **Revista donde fue publicado el artículo.**
- **Número autores.**
- **Autores:** organizado a partir del sistema de citación Vancouver.
- **Tipología:** tipo de documento que ingresó a la matriz de síntesis de artículos.
- **Abordaje metodológico.**

- **Variables o categorías de análisis:** Para estudios cuantitativos, variables que fueron descritas en la realización del estudio; en el caso de estudios cualitativos, categorías de análisis emergentes.
- **Muestra:** método de muestreo utilizado en el estudio.
- **Población de realización del estudio:** Características de los participantes y localización geográfica.
- **País de realización del estudio.**
- **Procedencia institucional:** filiación institucional de los autores al momento de la realización del estudio o publicación.
- **Nacionalidad autores.**
- **Referentes teóricos o autores referentes:** variable identificada a través de la búsqueda manual en los referentes bibliográficos del material.
- **Observaciones.**
- **Fecha de acceso.**
- **Origen:** permitió identificar el origen de la publicación a través de las opciones: ecuación de búsqueda, expertos o documentos de autores consultados por corriente teórica.
- **Localización:** URL o DOI (siglas en inglés: identificador digital de objeto).

Cabe aclarar que durante la etapa final de consolidación de los resultados, se evidenció que además de la información ya recopilada, existía un considerable número de material escrito y visual que abordaba el acceso a servicios de salud en poblaciones rurales, sin embargo en el contexto latinoamericano no ha sido indexado o digitalizado. Por ello, con el ánimo de no transgredir su importancia histórica y documental, este estudio no abordó este material y se limitó sólo al material disponible digitalmente.

Finalmente, en cuanto a la estrategia de consulta a expertos y búsqueda de las corrientes teóricas, ésta se realizó de acuerdo a textos y autores claves sugeridos por docentes de la Universidad de Antioquia y la Universidad de Colombia. Por su parte, junto al director del presente trabajo de investigación se evaluó la conveniencia de incluir siete corrientes teóricas, con el fin de encontrar indicadores de accesibilidad a servicios de salud.

Tales corrientes teóricas fueron: atención primaria en salud, vigilancia salud pública, promoción de la salud, políticas, sistemas y gestión de los servicios de salud, teorías del desarrollo en el contexto rural, salud colectiva y derecho a la salud, ciudadanía, participación y paz. Frente a éstas, corrientes teóricas se revisaron textos y autores claves por corrientes, los cuales están pormenorizados en el anexo D.

5.3 Segundo momento metodológico: Perfil de utilización de servicios

La metodología de análisis de los registros de morbilidad atendida del Hospital Regional de Sogamoso y los Eventos de Notificación Obligatoria requirió que los registros se sometieran a una revisión exhaustiva de la calidad de los datos, seguida de una depuración y análisis de los mismos de acuerdo con las siguientes variables de interés:

1. Para los registros de facturación y triage hospitalario: número de identificación, aseguramiento, edad, sexo, ciudad, zona de residencia (urbana o rural), causa, área de egreso (hospitalización, urgencias o consulta externa), año de egreso, días/horas de estancia, estado de salida (vivo o muerto).
2. Para los Eventos de Notificación Obligatoria: número de identificación, edad, sexo, nombre del evento, municipio de procedencia del usuario, área de procedencia (cabecera municipal, centro poblado, área rural) y condición final.

En la etapa de análisis de la morbilidad atendida en el Hospital Regional de Sogamoso, los diagnósticos de egreso hospitalario fueron agrupados bajo el criterio de Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) (44), aportado por el sistema de clasificación hospitalaria Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR) (45). Este proceso se realizó así: los diagnósticos de egreso, codificados a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10), fueron ordenados de acuerdo a los capítulos indicados por el manual de instrucciones (volumen dos) (46). Una vez observadas las características de cada capítulo, se identificaron las analogías con las CMD por el manual de descripción de los Grupos de Diagnóstico Relacionados (AP-GDR V25.0) (44). De este modo se identificó una pre-categoría diagnóstica mayor y 25 CDM.

Otro criterio de análisis de la morbilidad atendida fue el patrón de distribución poblacional. Éste se determinó a partir de la población calculada por el censo del 2005 (2), donde se identificaron tres patrones de distribución en los 21 municipios del área de

influencia del Hospital Regional de Sogamoso: el primer patrón, referente a los municipios donde la población rural representa entre el 17% al 50% de la población total¹; el segundo patrón, en el cual la población rural del municipio está comprendida en un rango del 51% al 70% respecto a la población total² y el tercer patrón, donde la población rural corresponde entre el 71% y el 90% de la población total³.

Tabla 5-4: Patrón de distribución poblacional (2)

Municipio	Total	Cabecera		Resto		Porcentaje de población rural
		Número de habitantes	Porcentaje (%)	Número de habitantes	Porcentaje (%)	
Sogamoso	117.105	96.839	82,69%	20.266	17,31%	17% a 50% o Categoría A
Corrales	2.544	1.573	61,83%	971	38,17%	
Monguí	5.002	2.681	53,60%	2.321	46,40%	
Iza	2.116	901	42,58%	1.215	57,42%	51% a 70% o Categoría B
Aquitania	16.592	5.830	35,14%	10.762	64,86%	
Pajarito	2.410	890	36,93%	1.520	63,07%	
Nobsa	15.194	5.224	34,38%	9.970	65,62%	
Mongua	5.264	1.802	34,23%	3.462	65,77%	
Tópaga	3.683	1.255	34,08%	2.428	65,92%	
Busbanzá	885	301	34,01%	584	65,99%	
Tibasosa	12.626	4.184	33,14%	8.442	66,86%	
Firavitoba	6.316	2.087	33,04%	4.229	66,96%	71% a 90% o Categoría C
Gameza	5.669	1.564	27,59%	4.105	72,41%	
Tasco	6.925	1.842	26,60%	5.083	73,40%	
Pesca	9.762	2.377	24,35%	7.385	75,65%	
Pisba	1.533	343	22,37%	1.190	77,63%	
Labranzagrande	5.345	1.050	19,64%	4.295	80,36%	
Paya	2.648	493	18,62%	2.155	81,38%	
Betéitiva	2.479	395	15,93%	2.084	84,07%	
Tota	5.676	592	10,43%	5.084	89,57%	
Cuítiva	2.011	207	10,29%	1.804	89,71%	

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias de ocurrencia de las CDM o ENOS, de acuerdo a las variables de tiempo (año de ocurrencia del evento o año de egreso de la institución), grupo de edad, sexo, patrón de distribución poblacional y área de residencia. Cabe aclarar que durante el proceso de limpieza de las bases se excluyeron aquellos datos con información duplicada, inconsistente o vacía y se categorizaron como indeterminados aquellos que no se describían en las variables de análisis previamente definidas. Tal depuración, para los años de análisis, conllevó a eliminar 5,5% de los registros originales.

¹ En adelante para la descripción de los hallazgos patrón de distribución poblacional uno, para las tablas y figuras "Categoría A".

² En adelante para la descripción de los hallazgos patrón de distribución poblacional dos, para las tablas y figuras "Categoría B".

³ En adelante para la descripción de los hallazgos patrón de distribución poblacional tres, para las tablas y figuras "Categoría C".

5.4 Consideraciones éticas

En la presente investigación no se presentó ningún conflicto de intereses y los hallazgos presentados sólo representan las afirmaciones de la investigadora y no de la Universidad Nacional de Colombia.

La investigación sigue los parámetros éticos establecidos según la Resolución 8430 de 1993 (47) y la Declaración de Helsinki (48). Es una investigación que no evidencia riesgo para los humanos, porque no se realizó sobre individuos, sino sobre material bibliográfico publicado y registros clínicos.

Respecto a estos últimos, los campos utilizados durante el procesamiento y análisis de la información fueron validados y aprobados por la sub-dirección científica de la ESE Hospital Regional de Sogamoso y por Instituto Nacional de Salud.

6.Resultados

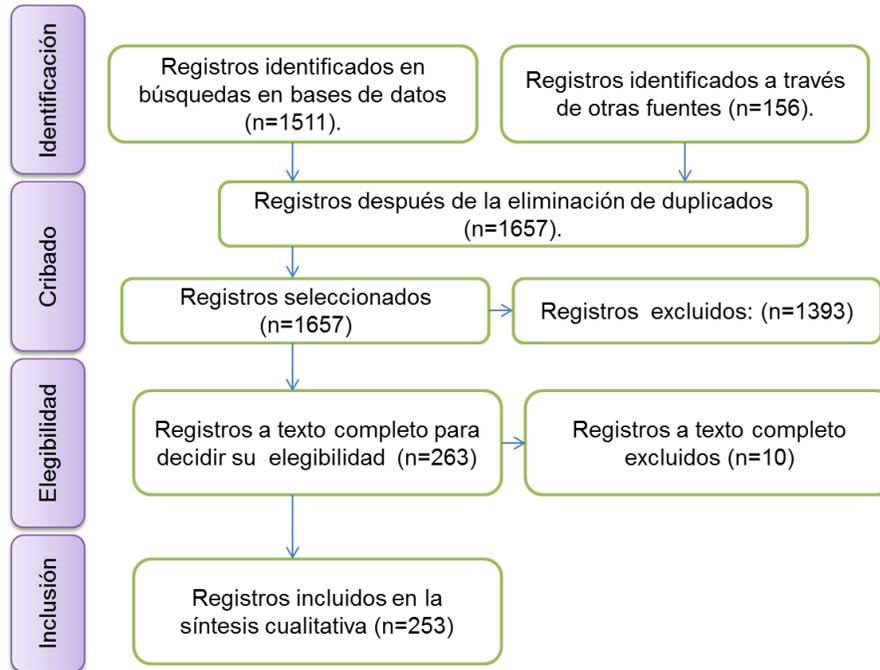
6.1 Primera fase metodológica: Revisión sistemática de literatura

La fase de revisión sistemática de literatura implicó la búsqueda sistemática en bases de datos y hemerotecas digitales, además de la información recuperable a través de internet o suministrada por los expertos consultados. De acuerdo a la Figura 6-1, el proceso de selección de los estudios se realizó en cuatro etapas: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. De acuerdo a las fuentes consultadas, el número de artículos identificado y seleccionado se relaciona a continuación:

Tabla 6-1: Número de artículos identificados y seleccionados, según fuente documental

Fuente documental	Número de artículos identificados	Número de artículos seleccionados
PubMed	952	79
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	38	15
Medline mediante el proveedor EBSCO	61	35
Scielo	118	23
Dialnet	10	4
Repositorio Institucionales	4	1
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)	332	10
Corrientes teóricas	84	50
Consulta a expertos	68	36

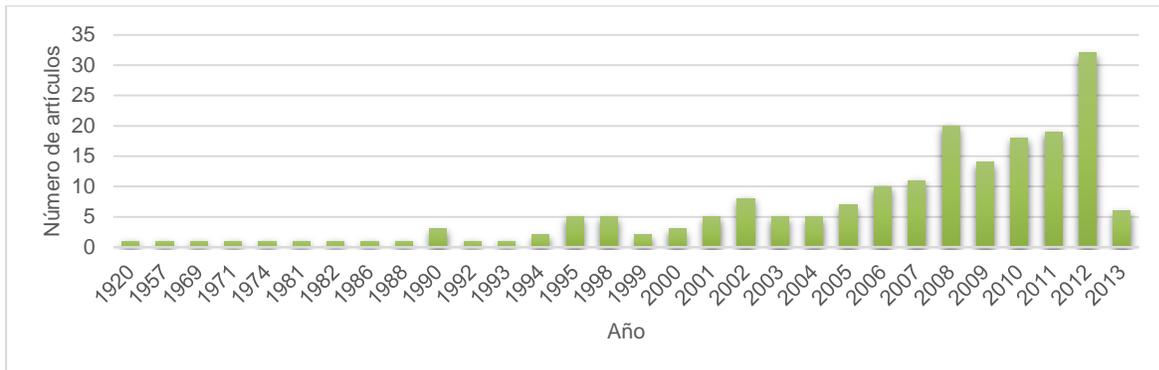
La etapa de identificación se realizó en dos fases, una de búsqueda a través de ecuaciones de búsqueda y otra mediante de la recopilación y lectura de materiales que mostraran indicadores de evaluación de accesibilidad a servicios de salud; ésta permitió obtener 1.667 artículos. Una vez identificados los artículos, se procedió a realizar lectura del resumen y del título. En este proceso se identificaron 20 artículos duplicados y con la ayuda de los criterios de evaluación de la calidad científica sugeridos por listas de comprobación STROBE (49), CASPe (50) y Sadelowsky (51) y se seleccionaron 253 artículos a texto completo, de mayor calidad metodológica que fueron sometidos al proceso de lectura del texto completo.

Figura 6-1: Proceso de selección de estudios

Una vez seleccionados los artículos, fue creada una base de datos en Microsoft Excel 2013, con las variables mencionadas en el apartado de metodología. Esta matriz de síntesis permitió identificar los artículos que abordaban el tema de accesibilidad a los servicios de salud en las poblaciones rurales y los indicadores que permiten evaluar este aspecto. Durante la etapa de lectura crítica de los documentos, se excluyeron 27 artículos, los cuales se pueden evidenciar en el anexo D.

Respecto a la temporalidad de los documentos seleccionados, se encontró que aunque fue difundido hasta 1964 por la Organización Panamericana de la Salud, con el Informe Dawson (52), publicado en 1920 se realiza en un primer acercamiento hacia la organización de los hospitales y la regionalización de los servicios de salud.

También se pudo encontrar que la tendencia en la temporalidad fue ascendente, sin embargo en los años noventa se observó que la publicación de documentos no fue superior a cinco. Durante la primera década del siglo XXI se evidenció que los primeros cinco años se mantuvo una tendencia similar a la de los años 90 y que los últimos años se aumentó la producción de artículos relacionados con la accesibilidad a servicios de salud, llegando casi a cuadruplicar la producción, como en el caso del año 2008. En lo que va corrido de la segunda década del siglo XXI, se ha mantenido esta tendencia.

Figura 6-2: Temporalidad de los estudios seleccionados para síntesis cualitativa

Del total de documentos seleccionados se observó que el 84,29% correspondieron a textos obtenidos de publicaciones periódicas, el 5,24% correspondió a libros, el 3,14% a documentos técnicos y el 2,09% a capítulos del libro. En proporciones iguales o inferiores al 1% se encontraron otras tipologías de documentos como informes de investigación o trabajos de investigación de posgrado.

Figura 6-3: Tipología documental

En cuanto a la nacionalidad de los autores consultados, 57 de los artículos publicados fueron elaborados por autores que provenían de los Estados Unidos, 26 eran colombianos, quince canadienses y catorce australianos. Respecto a la categoría de otras nacionalidades, ésta hizo referencia a autores que provenían de países africanos, como Gambia y Kenia; países asiáticos, como China y Vietnam y otros países de Europa como Bélgica, Suiza y Polonia.

Frente a la distribución geográfica de la nacionalidad de los autores, el 15% los estudios tuvo una característica asociada a que los autores realizarán estudios en países

diferentes a donde se ubican sus centros de trabajo. Este fenómeno se observó en los autores de origen estadounidense e inglés, que realizaron trabajos de investigación en países como el Salvador, Guatemala, la India y países de África subsahariana.

Figura 6-4: Nacionalidad de los autores



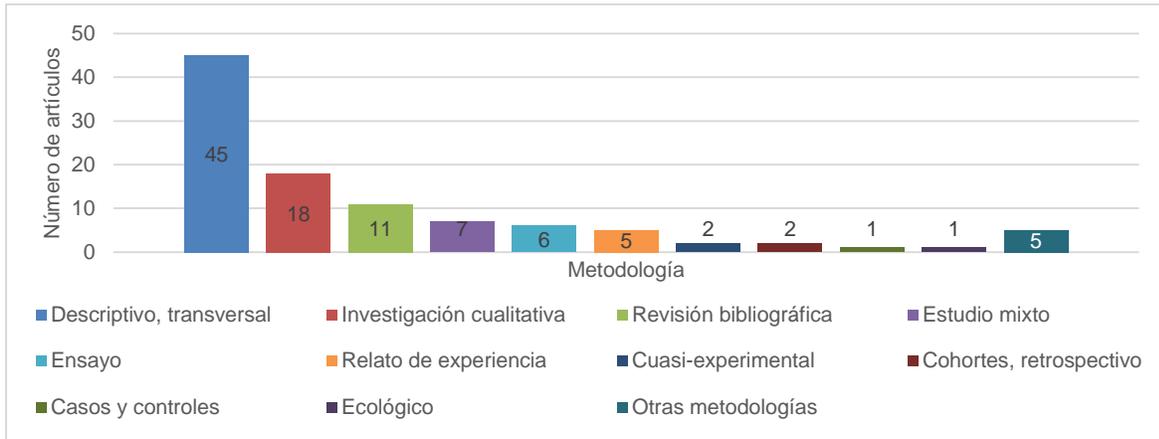
Un aspecto interesante para destacar de la revisión consistió en que los artículos obtenidos a partir de la consulta a expertos no arrojaron estudios que fuesen realizados en contextos rurales. Por ello, los resultados que se presentarán a continuación se han dividido en dos apartados: abordajes metodológicos de la accesibilidad en poblaciones rurales, el cual está basado en los artículos que emergieron de la búsqueda sistemática, a través de ecuaciones de búsqueda; y grupo de indicadores para la medición de la accesibilidad a servicios de salud, realizado a partir de lo recuperado de las sugerencias de expertos y las siete corrientes teóricas, que se abordaron en consenso con el director de este trabajo de investigación.

6.1.1 Abordajes metodológicos de la accesibilidad en poblaciones rurales

La metodología con mayor frecuencia de utilización en los estudios recopilados que abordan el tema de la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. A esta metodología le siguió la investigación cualitativa, donde los abordajes como el estudio de caso, fenomenológico y etnográfico tuvieron mayor representación. El tercer lugar entre las metodologías con mayor frecuencia utilizadas fue para la revisión bibliográfica. Frente a esta tipología, cabe destacar que recibió esta clasificación, porque los artículos encontrados no correspondían a una revisión sistemática, sin embargo el contenido de los documentos tenía información y conceptos que eran pertinentes para los objetivos de esta

investigación. En cuanto a la categoría de otras metodologías en éstas tuvieron representación libros, investigación acción participativa y un estudio de tipo comparativo.

Figura 6-5: Metodologías de abordaje



En los estudios descriptivos, de corte transversal se evidenció que gran parte se basa en encuestas poblacionales (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) y utilizan el muestreo aleatorio para la selección de los participantes (61) (62) (63) (64). Estos estudios midieron variables como características sociodemográficas (61) (65), ingreso per cápita (66), disponibilidad de insumos clínicos (53), distancias geográficas recorridas para acceder a los servicios de salud (59) (67), características y utilización de los prestadores de servicios de salud (64) (67).

Los sujetos abordados en los estudios descriptivos transversales pertenecían a poblaciones vulnerables como niños y niñas menores de un año y en edad escolar (68) (69), gestantes (70) (71) y población adulta mayor (65). Otra característica importante se relacionó con que se utilizaron estrategias de modelamiento de variables para la explicación de los fenómenos bajo estudio (72) (73).

En cuanto a los estudios cualitativos, se encontraron seis estudios de caso (74), dos estudios fenomenológicos (75) y dos estudios etnográficos (76) (77). Los demás artículos mezclaban enfoques metodológicos como la hermenéutica (78) y el análisis de contenido. A través de las categorías de análisis emergentes, los estudios de tipo cualitativo abordaron las percepciones frente a la calidad de la atención en los servicios de salud (79), las barreras de acceso (80), la disponibilidad a los servicios de salud (81) y en algunos casos las vivencias de los usuarios en patologías específicas como el

VIH/SIDA (82), el acceso a programas de detección temprana de riesgo cardiovascular (83) o el análisis de las experiencias de personas refugiadas o víctimas del conflicto armado (81). Por otro lado, la elaboración de esos estudios implicó basarse en marcos metodológicos de accesibilidad a los servicios de salud, como ocurrió en el estudio realizado por Sutherns y Bourgeault (84).

Frente a los limitantes de este tipo de estudios, se encontró que en ocasiones las categorías de análisis no estaban bien delimitadas (76) o en la presentación de los resultados no retomaron los testimonios de los sujetos que participaron en el estudio.

Las revisiones bibliográficas se caracterizaron por abordar temas como las definiciones y diferenciación de la salud rural (85), sus determinantes e implicaciones de la política pública (86) (87) y en algunos casos la revisión de patologías específicas como VIH/SIDA y el acceso a programas pediátricos (88). Este tipo estudios se realizaron en un contexto netamente anglosajón, a excepción del trabajo de Lourenco (89), realizado con el objeto de encontrar las definiciones de ruralidad en el contexto de salud rural.

Los estudios mixtos como metodología de abordaje para valorar la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales, ha sido utilizada a partir del 2004. Las principales variables que este tipo de estudios midieron fueron recursos financieros, costo de horas médicas, situación de policlínicas comunitarias (90), rezago social (91), características socio-demográficas, de vivienda, características de acceso geográfico (92) y tipo de proveedores de servicio de salud (93). Los estudios mixtos han sido en mayor frecuencia utilizados por autores procedentes de países latinoamericanos como Uruguay, México y países como Estados Unidos. Una característica general de estos estudios, correspondió a que en una primera fase se realizó un acercamiento a la comunidad utilizando datos de encuestas poblacionales, para posteriormente analizar los fenómenos bajo estudio con la ayuda de metodologías cualitativas y crítico - sociales como el grupo focal, el análisis de contenido o la investigación, acción participativa (94) (95).

Los ensayos fueron la tipología documental utilizada exclusivamente por autores de origen anglosajón. Entre los intereses de este tipo de escritos están los cambios y los retos originados a partir de las reformas en el sistema de salud chino (96) y estadounidense (97); además de críticas a las características de los servicios rurales (98), la ruralidad como un determinante social en salud (99) y la importancia de contextualizar la ruralidad en términos de persona y territorio (100).

Por último, entre los relatos de experiencia seleccionados el principal interés fue señalar las características de macro - proyectos enfocados a la atención en salud en comunidades rurales (101) (102) (103). Este tipo de documentos fue realizado por autores de Estados Unidos, Australia y Chile. Frente a este último cabe destacar que se trató de la experiencia de un médico en la comuna de Til-Til, que abordaba las principales características de un servicio de salud que tiene como prioridad la atención pediátrica (104).

6.1.2 Grupo de Indicadores para evaluar accesibilidad a servicios de salud

La obtención de una serie de indicadores que permiten realizar una evaluación de las condiciones de acceso a servicios de salud implicó recopilar los escritos elaborados por los autores más representativos de cada corriente teórica indagada. En una primera fase, se realizó una matriz de revisión de perspectivas teóricas (Anexo B). Dicha matriz muestra los autores y documentos clave que fueron revisados, los objetivos, metas e indicadores por cada corriente teórica.

Una vez elaborada la matriz de revisión, se procedió a una segunda fase donde se consolidaron todos los indicadores sugeridos por las corrientes teóricas. En esta fase de consolidación se identificaron 212 indicadores que fueron sometidos a un proceso de depuración con el fin de identificar duplicados, donde emergieron 39 indicadores duplicados para finalmente construir un grupo de 198 indicadores, sin embargo para efectos de este documento, se presentan los listados de indicadores, incluyendo los indicadores duplicados con el fin de identificar aquellos indicadores reconocidos en una o varias corrientes teóricas, como en el caso de la mortalidad perinatal, que fue identificado por los autores revisados en todas las corrientes teóricas. Finalmente, de acuerdo a la clasificación de los autores, los indicadores por corriente teórica se agruparon en 37 clases de indicadores.

Los indicadores presentados a continuación, suponen una guía para la evaluación de servicios de salud, que puede ser utilizada tanto en cualquier nivel los niveles de atención en salud como los entes de control a nivel municipal, departamental y nacional. Vale la pena destacar, que estos resultados llevan implícito que el abordaje del acceso a servicios de salud debe contemplarse de manera compleja, por ello también se plantea la necesidad de construcción de un indicador compuesto que asuma las miradas conceptuales contempladas en este documento, así como las que no fueron consideradas, como la administración de servicios de salud o la economía de la salud.

Tabla 6-2: Indicadores para la medición de accesibilidad

Corriente teórica	Indicador	Clasificación del indicador
Atención Primaria en salud	Población por edad, sexo, distribución geográfica y grupos socio-económicos	Bienestar (105)
	Tasa general de fecundidad.	
	Disponibilidad de proteínas y calorías per capita	
	Alfabetismo.	
	Coefficiente de Ginni	
	Proporción de población en extrema pobreza	
	Desempleo	
	PIB per cápita y estructura	
	Proporción de población que vive en condiciones marginales.	
	Tiempo de unidades de producción de servicios del sistema	
	Disponibilidad de sistemas para el abastecimiento de agua	Oferta: recursos (106)
	Disposición de excretas y desechos sólidos	
	Horas del personal de dotación	
	Número de camas de las unidades con servicio de internación	Oferta: producción (106)
	Gasto total anual de las unidades según tipo	
	Total anual de atenciones, egresos y de días de internación de las unidades de servicios según tipo y grupo de población destinatario.	
	Número de atenciones por hora-personal	
	Número de egresos por cama/año	Oferta: Costos (106)
	Porcentaje de ocupación de las camas.	
	Costo promedio anual de la atención, del egreso y del día-paciente, según tipo de unidad de atención.	Oferta: Indicadores de cobertura (106)
	Camas por mil habitantes, según grupos de población.	
	Atenciones anuales por habitante en cada grupo de población.	
	Egresos por 100 habitantes en cada grupo de población.	Oferta: Gasto en salud y financiamiento (106)
	Población servida con agua potable, por tipo de servicio y grupo de población.	
	Población con servicio de eliminación de excretas, por tipo de servicio y grupo de población.	
	Volumen, origen y destino del gasto sectorial e institucional según tipo de producción de las instituciones.	
	Gasto del sector público y del sector privado y sus relaciones con el gasto público total y el producto interno bruto.	Demanda (106)
	Fuentes del financiamiento sectorial.	
	Demanda institucional rechazada o no atendida.	
	Demanda por atención médica privada ni a los agentes del sistema informal.	Metas mínimas regionales (106)
	Gasto en salud de las familias.	
	Esperanza de vida al nacer	
Mortalidad perinatal		
Mortalidad de niños de 1-4 años	Resultado (107)	
Inmunización		
Facilidad de acceso: distancia, horarios de atención, tiempos de espera, rechazos		
Relación con los miembros del equipo de atención: médico, enfermeras, auxiliares, recepción, información		
Grado de satisfacción acerca del proceso de atención: interrogatorio (escucha), examen físico, comprensión de los aspectos clínicos del proceso por el cual fue atendido, comprensión de indicaciones médicas, solución alcanzada con respecto a su motivo de consulta, posibilidad de hacer preguntas, mecanismo de referencia		
Participación comunitaria: en la toma de decisiones, en la ejecución de los programas, en la evaluación		
Costo de salud		
Porcentaje de bajo peso al nacer		Indicadores de salud (108)
Mortalidad neonatal		
Mortalidad postnatal		
Años de vida potencialmente perdidos por todas las causas, excepto suicidio		
Años de vida potencialmente perdidos por suicidio		
Años de vida potencialmente perdidos por todas las causas, excepto causas externas		
Tabaquismo		

Tabla 6-2: (Continuación)

Corriente teórica	Indicador	Clasificación del indicador	
Atención Primaria en Salud	Numero de médicos generales en atención primaria	Puntuación global de la Atención Primaria: sistema (108)	
	Regulación		
	Financiamiento		
	Porcentaje de médicos especialistas		
	Ingresos profesionales de los médicos de atención primaria con respecto a los especialistas		
	Distribucion de costos de la atención primaria		
	Requisitos para la cobertura de 24 h		
	Fuerza de los departamentos académicos de medicina familiar		
	Primer contacto	Puntuación global de la Atención Primaria: practica (107)	
	Longitudinalidad		
	Integralidad		
	Coordinación		
	Capital social		
	Años de vida potencialmente perdidos por discapacidad.		
Promoción de la Salud	Tasa de natalidad	Linea de Base (109)	
	Tasa de fecundidad		
	Esperanza de vida al nacer		
	Poblacion por edad, sexo y procedencia		
	Cobertura de servicios publicos.		
	Porcentaje de mujeres cabeza de familia.		
	Porcentaje de menores trabajadores.		
	Indice de accesibilidad a servicios de salud.		
	Indice de empleos.		
	Indice de gasto en promotion.		
	Indice de gasto en inversion en salud.		
	Indice de hogares con NBI.		
	Indice de IPS y ARS con programas de promotion.		
	Indice de maestros por poblacion escolar.		
	Indice de retention escolar.		
	Porcentaje de inversion en politicas publicas.		
	Grado de escolaridad.		
	Porcentaje de analfabetismo.		
	Proporcion de asentamientos en zonas de alto riesgo.	Políticas Públicas (109)	
	Porcentaje de politicas publicas conocidas por la comunidad.		
	Cumplimiento del uso del casco.		
	Cumplimiento del uso del cinturon de seguridad.		
	Impacto de politicas publicas (cualicuantitativo).		
	Numero de acuerdos del consejo con relation a politicas publicas.		
	Numero de instituciones involucradas en el proceso.		
	Numero de politicas publicas del municipio.		
	Numero de sectores involucrados en el proceso.		
	Numero de simulacros de evacuacion.		
	Proporcion de colegios que aceptan embarazadas.		
	Proporcion de escuelas que ban adoptado la estrategia de escuelas saludables.		
	Proporcion de establecimientos educativos que tienen plan de contingencia.		
	Numero de programas de cultura ciudadana.		
	Proporcion de presupuesto asignado a salud y de este a municipio saludable.		
	Porcentaje de locales publicos con restricciones para fumar.		Participación Social (109)
	Porcentaje de empresas de mas de 500 trabajadores con programas de salud ocupacional.		
	Porcentaje de escuelas que participan en acciones de salud.		
	Porcentaje de organizaciones que intervienen en la planificacion.		
	Porcentaje de organizaciones que participan en la ejecucion de proyectos.		
	Porcentaje de participation de la comunidad en el plan de inversiones.		
	Numero de asociaciones comunitarias constituidas y con participacion comunitaria.		
	Numero de lideres comunitarios activos.		
	Numero de lideres comunitarios capacitados.		
Proporcion de juntas directivas de las empresas del Estado con participacion comunitaria.			

Tabla 6-2: (Continuación)

Corriente teórica	Indicador	Clasificación del indicador
Promoción de la Salud	Proporción de proyectos ejecutados con veeduría.	Participación social
	Proporción de la inversión social de proyectos que presenta la comunidad.	
	Porcentaje de proyectos en los que interviene la comunidad.	
	Capital Social	Ciudad Saludable (110)
	Aspectos urbanísticos.	
	Infraestructura física.	
	Ambientales sociales, físicos y culturales.	
	Calidad de vida	
	Mejoramiento de indicadores de salud.	
	Creación de soporte social y solidaridad.	
	Factores socio-económicos.	
	Factores socio-geográficos.	
	Cambios sociales.	
	Estructura de redes sociales.	Redes sociales (111)
	Activación de redes sociales.	
	Soporte o conflicto social	Mecanismos comportamentales (111)
Acceso a recursos y bienes materiales.		
Mejora social.		
Influencia social.		
Rutas psico - biológicas.	Rutas (111)	
Rutas salud comportamental.		
Rutas psicosociales.		
Derecho a la Salud, Ciudadanía y participación y paz	Mortalidad general	Niveles de salud (112)
	Mortalidad por causas	
	Salud percibida	
	Prevalencia de enfermedades crónicas	
Vigilancia epidemiológica	Tamaño y crecimiento de la población.	Calidad de los servicios (113) (114)
	Estructura por edad y sexo.	
	Distribución espacial y movilidad.	
	Estructura familiar	
	Condiciones de salud	
	Perdidas de salud.	
	Sistemas de salud.	
	Servicios de salud.	
	Recursos para la atención de la salud.	
	Condiciones trazadoras	
Eventos centinela		
Políticas, sistemas y gestión, servicios de salud.	Demanda económica de servicios de salud	Demanda (115)
	Demanda directa de servicios de salud	
	Demanda política.	
	Población.	Factores que influyen en la demanda (116)
	Accesibilidad económica	
	Accesibilidad Psicológica.	
	Accesibilidad física	
	Crecimiento económico.	
	Situación alimentaria y nutricional.	
	Cambios tecnológicos.	
	Cambios sociales.	
	Adecuación a la función.	Oferta: categorías de personal (116)
	Capacidad de adiestramiento.	
	Planes educativos.	
	Años de gobierno	Poder político (117)
	Votos a partidos	
	Participación electoral	
	Población activa	Mercado de trabajo (117)
	Participación de la mujer en el mercado de trabajo	
	Desempleo masculino	
Desempleo femenino		
Gasto público en salud	Estado de bienestar (117)	

Tabla 6-2: (Continuación)

Corriente teórica	Indicador	Clasificación del indicador	
Políticas, sistemas y gestión, servicios de salud.	Desigualdades en renta	Desigualdades económicas (117)	
	PIB per cápita		
Teorías del desarrollo en el contexto rural	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Indicadores del ingreso, la pobreza y la desigualdad (117)	
	Esperanza de vida al nacer		
	Tasa de alfabetización en adultos (%)		
	Tasa de matrícula combinada en educación primaria, media y superior		
	PIB real per capita		
	Índices de desarrollo político		
	Valor en el año en curso del índice de democracia electoral		
	Cantidad de años de vigencia de las instituciones democráticas en los últimos 50 años		
	Participación electoral sobre el total de personas habilitadas para votar en los últimos 10 años		
	Promedio de los valores del índice de apoyo a la democracia y de satisfacción con la democracia del Latinobarómetro para el año en curso		
	Ingreso familiar promedio		
	Hogares por debajo de la línea de pobreza		
	Hogares por debajo de la línea de indigencia		
	Coefficiente de Gini		
	Índice de entropía generalizada		
	Esperanza de vida femenina al nacer (años)		Indicadores de salud (117)
	Esperanza de vida masculina al nacer (años)		
Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 NV)			
Autopercepción de salud precaria (%)			
Interrupción de la actividad habitual			
Salud Colectiva	Capital Social	Indicadores de desarrollo (118)	
	PIB per capita		
	Acceso a la información		
	Mortalidad en menores de 5 años		
	Esperanza de vida al nacer		
	Índice de Desarrollo Humano (IDH)		
	Mortalidad proporcional por grupo de edad		
	Mortalidad por Lesiones x 100,000	Indicadores demográficos y de mortalidad (119)	
	Mortalidad por Enf. Nocontagiosas x 100,000		
	Expectativa de vida saludable al nacer en años.		
	Mortalidad por HIV/SIDA x 100,000		
	Mortalidad por Enf. Cardio vasculares		
	Mortalidad por Cáncer x 100,000	Indicadores de morbilidad (120)	
	Mortalidad infantil x 1000 nacidos		
	Prevalencia de VIH en mayores de 15 años x 100,000		
	Prevalencia de Tuberculosis x 100,000	Indicadores de gasto (118)	
	Mortalidad materna x 100,000 2000		
	Gasto per capita en salud	Indicadores de recursos (118)	
	Gasto Público/Gasto Total		
	Médicos x 1000 habitantes		
Camas x 1000 habitantes			

Un hallazgo importante es que salvo la corriente de desarrollo humano, las corrientes teóricas, señalaron los indicadores pero no contenían un marco conceptual o estrategia de medición. Esta situación conllevó a realizar una aproximación a la medición del indicador, revisando otras fuentes bibliográficas. Este proceso permitió la descripción de algunos de los indicadores, teniendo en cuenta los siguientes criterios: nombre, definición conceptual, justificación, unidad de medida, valor deseable, cálculo, presentación de los datos, relación con otros indicadores, fuente de información, frecuencia de medición, tipo de indicador.

Tabla 6-3: Algunos indicadores para la medición de accesibilidad

Convenciones por corriente teórica revisada.

Atención Primaria en salud	Promoción de la Salud	Derecho a la Salud, Ciudadanía y participación y paz	Vigilancia epidemiológica	Políticas, sistemas y gestión de los servicios de salud	Teorías del desarrollo en el contexto rural	Salud Colectiva	
Indicador	Definición		Numerador (a)	Denominador (b)	Forma de cálculo	Fuente	Clasificación del indicador
Población por edad, sexo, distribución geográfica y grupos socio-económicos	Total de habitantes para una zona en un tiempo definido		Número de habitantes para una zona en un tiempo definido	No aplica		DANE, Sisben	Bienestar
Tasa general de fecundidad.	Número de nacidos vivos por 1.000 de mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años		Número de nacimientos	Número de mujeres de 15 a 49 años	$(a/b)*1.000$	Hospital Local, DLS	Bienestar
Disponibilidad de proteínas y calorías per cápita	Se obtiene con base en la producción de alimentos. De esta manera se calcula la disponibilidad de proteínas que tiene la población, también señala la disponibilidad desde la oferta de los productos alimenticios.		Disponibilidad de proteínas o calorías per cápita/al día	Producción total de proteínas	a/b	FAOSTAT, Hojas de balance alimentario	Bienestar
Alfabetismo (106) (121)	Número de personas alfabetizadas de quince años y más, expresado en porcentaje de la población total de personas de quince años y más.		Personas alfabetizadas de 15 años o más	Población correspondiente a este mismo grupo de edad	$(a/b)*100$	Censos y encuestas de hogares	Bienestar
Tasa de desempleo (122)	Expresa el nivel de desocupación entre la población económicamente activa. Debe diferenciarse por sexos		Población de 15 años y más que no está trabajando y busca trabajo	Población económicamente activa de 15 años y más (ocupados más desocupados)	$(a/b)*100$	DANE	Bienestar
Incidencia de población en extrema pobreza (106) (123)	La incidencia de la pobreza extrema mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza extrema, en relación a la población total, según el dominio geográfico.		Número de personas pobres	Población total	$(a/b)*100$	Censos y encuestas de hogares	Bienestar
PIB per cápita (124)	Magnitud que trata de medir la riqueza material disponible		PIB total	Población total	a/b	DANE, DNP	Bienestar
Unidades de producción de servicios del sistema (106)	Caracterización de los tipos de unidades de producción de servicios del sistema, según los tipos de atención que brindan, funciones, dotación y estructura de personal, y la agencia del sector a que pertenecen. Se incluirán, si existen, las unidades de producción de servicios del sistema informal (guardianes, promotores, etc.). Se debe incluir: disponibilidad de sistemas para el abastecimiento de agua, disposición de excretas y desechos sólidos, horas del personal de dotación, número de camas de las unidades con servicio de internación, gasto total anual de las unidades según tipo, distribución de las unidades de servicio para la atención de cada uno de los grupos de población, total anual de atenciones, egresos y de días de internación de las unidades de servicios según tipo y grupo de población destinatario, número de atenciones por hora-personal.						Oferta: unidades de producción de servicios

Tabla 6-3: (continuación)

Indicador	Definición	Numerador (a)	Denominador (b)	Forma de cálculo	Fuente	Tipo de indicador
Tasa de supervivencia por grado (121) (109)	Porcentaje de una cohorte de alumnos (o estudiantes) matriculados en el primer grado de un nivel o ciclo de educación dado, durante un año escolar dado, y que se espera que alcancen un grado dado, independientemente de las repeticiones.					
				$SR_{g,i}^k = \frac{\sum_{t=1}^m P_{g,i}^t}{E_g^k} * 100,$ <p>Dónde:</p> <p>E_g^k Número total de alumnos pertenecientes a la cohorte g en el año de frecuencia k.</p> <p>$P_{g,i}^t$ Egresados de E_g^k que cursarían sucesivos grados i a los largo de los años siguientes.</p> <p>R_i^t Número de alumnos que repiten el grado i en el año escolar t.</p>	Encuestas poblacionales	Línea de Base
Mortalidad general (125)	Volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en el total de la población, sin distinciones de sexo o edad.	Número de muertes en el período t	Tiempo – persona en el período t	(a/b)*1.000	Registros hospitalarios	Resultado
Mortalidad específica (125)	Cuando existen razones para suponer que la mortalidad puede variar entre los distintos subgrupos de la población, ésta se divide para su estudio. Cada una de las medidas obtenidas de esta manera adopta su nombre según la fracción poblacional que se reporte.	Número de muertes en el período t	Gripo de población de interés	(a/b)*1.000	Registros hospitalarios	Resultado
Salud percibida	Indicador cualitativo, puede medirse través de escalas como NHP (Nottingham Health Profile) (126), SF-36 Health Survey (127) o SIP (Sickness Impact Profile) (128)				Usuarios del sistema de salud.	Niveles de salud
Prevalencia de enfermedades crónicas (125)	Estima la probabilidad de enfermedad en la población, en el periodo de tiempo en el que se estudia.	Número de casos existentes de la enfermedad en el momento de tiempo determinado	Población expuesta al riesgo	(a/b)*100.000	Registros hospitalarios	Resultado
Prevalencia de Desnutrición Crónica (DNT) en menores de 5 años	Presencia de casos de DNT en menores de 5 años	Número de casos de existentes de desnutrición	Población a riesgo (población menor de 5 años)	(a/b)*100.000	Hospitales Locales	Resultado
Perdidas de salud.	Se puede realizar a través del QALY, que es una unidad de medida de las preferencias de los individuos respecto a la calidad de vida que se ha producido mediante una intervención sanitaria, combinada con los años ganados respecto de un determinado estado de salud (129); o del DALYs que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades. (130)					Calidad de los servicios

Tabla 6-3: (continuación)

Indicador	Definición	Numerador (a)	Denominador (b)	Forma de cálculo	Fuente	Tipo de indicador
Prevalencia de bajo peso al nacer (BPN)	Presencia de casos de BPN en un tiempo determinado	Número de casos con peso menor a 2500 gramos	Población a riesgo (nacidos vivos)	$(a/b) * 100.000$	Hospitales Locales	Resultado
Inasistencia escolar	Mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil	Hogares que presentan inasistencia escolar observados	Total de hogares seleccionados para la observación	$(a / b) * 100$	DANE/SISB EN	Indicadores de salud
Alta dependencia económica	Comprende aquellos hogares donde el jefe del hogar tiene solo primera incompleta y al mismo tiempo más de tres personas dependen de su ingreso.	Hogares con alta dependencia económica observados	Total de hogares seleccionados para la observación	$(a / b) * 100$	DANE/SISB EN	Indicadores de salud
Prevalencia de VIH-SIDA	Presencia de casos totales de VIH-SIDA en un período determinado	Número de casos existentes de VIH en el período de estudio	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Incidencia de VIH	Ocurrencia de casos nuevos de VIH en un período determinado	Número de casos nuevos de VIH en el período de estudio	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Incidencia de TB todas las formas	Ocurrencia de casos nuevos de TB en un período determinado	Número de casos nuevos de TB en todas las formas en el período de estudio	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Tasa de mortalidad debido a homicidio	Ocurrencia de muertes derivadas de homicidios en un tiempo determinado	Número de muertes por lesiones intencionales tipo homicidio	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de mortalidad
Mortalidad debido a lesiones causadas por tránsito	Ocurrencia de muertes derivadas por el tránsito en un tiempo determinado	Número de muertes por lesiones causadas por el tránsito	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 1.000$	Hospitales Locales	Indicadores de mortalidad
Incidencia de abuso sexual	Ocurrencia de casos de abuso sexual en un tiempo determinado	Número de casos de abuso sexual (puede estratificarse por edad y sexo)	Población a riesgo (población general)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Incidencia de maltrato en menores de edad	Ocurrencia de casos de maltrato en menores de edad en un tiempo determinado	Número de casos de maltrato en menores de edad	Población a riesgo (población menor de 18 años)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad

Tabla 6-3: (continuación)

Indicador	Definición	Numerador (a)	Denominador (b)	Forma de cálculo	Fuente	Tipo de indicador
Prevalencia de embarazo en adolescentes	Presencia de embarazos en adolescentes en un tiempo y lugar determinado	Número de embarazos nuevos en un período de tiempo y lugar determinado	Total de mujeres embarazadas	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Mortalidad materna	Ocurrencia de muertes maternas en tiempo determinado	Número de casos de muertes maternas (parto, embarazo, puerperio)	Población a riesgo (nacidos vivos)	$(a / b) * 1.000$	Hospitales Locales	Indicadores de mortalidad
Tasa de mortalidad infantil	Ocurrencia de muertes en menores de un año en un tiempo determinado	Número de muertes en menores de un año	Población a riesgo (nacidos vivos)	$(a / b) * 1.000$	Hospitales Locales	Indicadores de mortalidad
Prevalencia de Hipertensión arterial (HA)	Presencia de casos de HA en un tiempo determinado	Número de casos de hipertensión arterial en población mayor de 18 a 69 años	Población a riesgo (población de 18 a 69 años)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Prevalencia de Diabetes Mellitus (DM)	Presencia de casos de DM en un tiempo determinado	Número de casos de diabetes mellitus en población mayor de 18 a 69 años	Población a riesgo (población de 18 a 69 años)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de morbilidad
Incidencia de Mortalidad por Eventos Cerebro Vasculares (ECV)	Ocurrencia de ECV en un tiempo determinado	Número de casos de ECV en población mayor de 45 años	Población a riesgo (población de mayor 45 años)	$(a / b) * 100.000$	Hospitales Locales	Indicadores de mortalidad

6.2 Segunda fase metodológica: Análisis de morbilidad atendida

La morbilidad como indicador permite conocer el panorama del estado de salud de una población y de este modo lograr puntualizar las enfermedades que afectan a una comunidad, los factores condicionantes en el estado de salud y la estimación de los servicios y tareas necesarios para lograr solucionar los problemas de salud identificados. Así mismo, se considera que el análisis de la demanda registrada en las instituciones de salud refleja la estructura de la oferta y la dinámica del uso de los servicios disponibles.

Para la elaboración de este apartado, se analizaron tres tipos de registros clínicos de la E.S.E. Hospital Regional de Sogamoso:

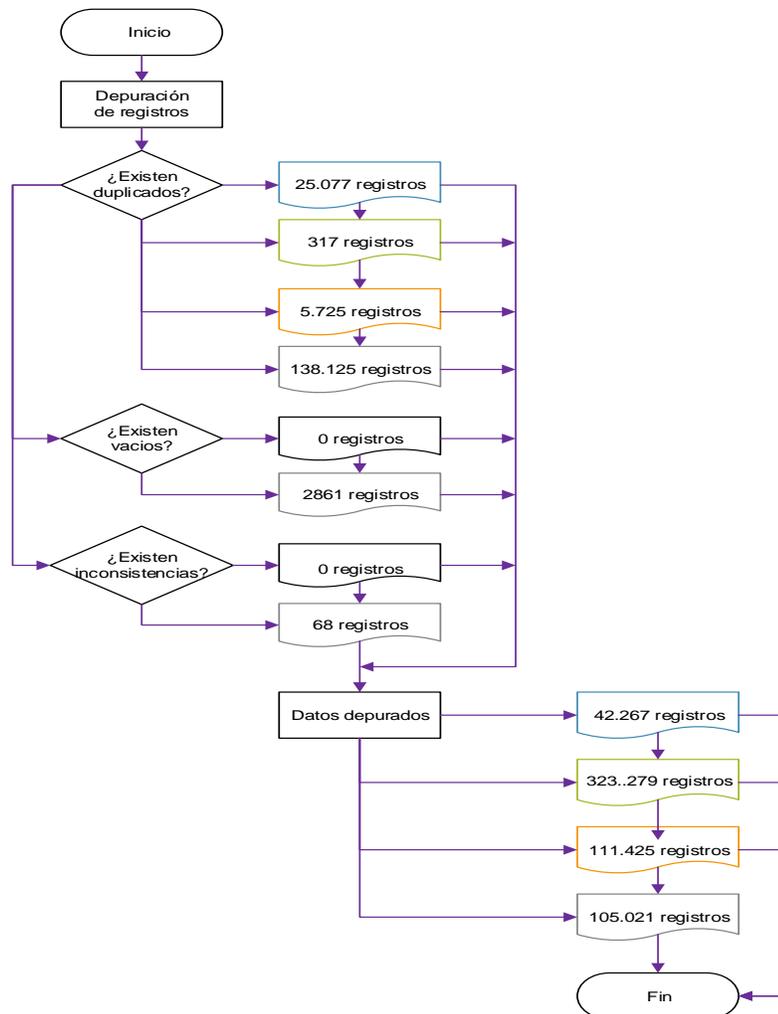
1. Registros Integrales de Prestación de Servicios (RIPS) consolidados en el software City Salud, que corresponden al periodo de tiempo comprendido entre el año 2008 al 2012, permitiendo determinar la morbilidad atendida en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, mediante las variables aseguramiento, edad, sexo, ciudad de residencia, zona de residencia, diagnóstico de egreso, diagnóstico de ingreso, GDR, año, días/horas de estancia hospitalaria, estado de salida.
2. Registros de triage alojados en Epi Info™ 6, desde el año 2009 a junio de 2013.
3. Eventos de Interés en Salud Pública notificados desde el año 2008 y hasta año 2012, confirmados y ajustados en el software SIVIGILA 2010.

En cuanto a la morbilidad atendida por consulta externa, se obtuvo un total de 323.596 registros. Para el caso de hospitalización, se obtuvieron 67.344 registros y para urgencias 117.151. Frente a los registros de triage y eventos de notificación obligatoria se recuperaron 107.950 y 2.200 registros respectivamente.

Cabe aclarar que el análisis de los registros de consulta externa, hospitalización, urgencias y triage implicó el refinamiento de algunos de ellos de acuerdo con los criterios de *ausencia* de los campos importantes u obligatorios, *inconsistencia* de los datos, *incoherencia*, si no cumplen la relación lógica existente entre los dos campos correlacionados y *duplicidad* si los registros se encontraban más de una vez en una misma base de datos.

El criterio de duplicidad permitió eliminar de la base de consulta externa 25.077 registros, de la base de hospitalización 317 registros, de la base de urgencias 5.725 registros y de la base de triage 138.125 registros. De las bases de hospitalización, consulta externa y urgencias no se eliminaron registros que atendieran al criterio de ausencia e inconsistencia. En cuanto a la base de datos de triage, se excluyeron del análisis 2.861 registros con ausencia de campos importantes u obligatorios y 68 que atendían al criterio de inconsistencia. Teniendo en cuenta lo anterior, el análisis presentado a continuación se realizó con 323.279 registros de externa, 42.267 registros de hospitalización, 111.425 registros de urgencias, 105.021 registros de triage.

Figura 6-6: Proceso de depuración de acuerdo con criterios de calidad de registros.⁴



⁴El color azul representa los registros depurados de la base de datos de hospitalización, el verde los registros de la base de datos de consulta externa, el naranja los registros de urgencias y el gris los registros de triage.

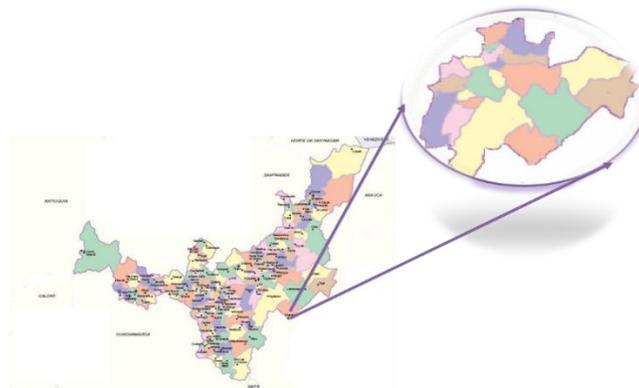
Finalmente, para el desarrollo de este apartado, no se obtuvieron tasas, debido a que al obtenerlas se sobrestimaría la incidencia o la prevalencia de estos diagnósticos, dado que los registros tuvieron como principal limitante que no permitieron obtener denominadores poblacionales para los registros y diferenciar las consultas de primera vez de las de control.

6.2.1 Descripción de la entidad de salud

- Contexto geográfico

El Hospital Regional de Sogamoso, Empresa Social del Estado, es una institución de segundo nivel de atención, perteneciente a la red pública hospitalaria del departamento de Boyacá, ubicada en el municipio de Sogamoso. Tiene como área de influencia territorial las provincias de Sugamuxi y la Libertad, además de los municipios de Tasco y Beteitiva correspondientes, respectivamente, a la provincia de Valderrama y Tundama, para un total de 21 municipios.

Figura 6-7: Área de influencia Hospital Regional de Sogamoso



Fuente: Secretaría de Planeación, Obras y Servicios Públicos de Boyacá

Frente a las características geográficas de los municipios se evidencian grandes extensiones geográficas como en caso de los municipios de Labranzagrande, Pisba o Aquitania. Al revisar los planes de desarrollo municipales, se evidenció que en el análisis situacional de los municipios, salvo en los casos de Sogamoso, Aquitania, Gámeza y Cuitiva, no se tienen contempladas las distancias de desplazamiento de los habitantes de sectores rurales más lejanos a las cabeceras municipales. Este hallazgo dificultó la exploración de barreras de accesibilidad geográfica y se sumó a la limitada información suministrada por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, para alimentar la información de Sistemas de Información Geográficos en los sectores contemplados por este documento.

Otro hallazgo importante de la exploración de los planes de desarrollo municipal, se relaciona con el estado de vías rurales osciló de regular a malo.

Frente a la altitud, medida en metros sobre el nivel del mar (msnm), se identificó que sólo los municipios de Pajarito, Pisba, Labranzagrande y Paya tienen características de altitud que se asocian a la endemidad por enfermedades transmitidas por vectores (municipios con altitudes iguales o inferiores a 1.800 msnm). Esta situación se destaca dado que estos municipios tienen la particularidad de poseer las áreas territoriales más grandes, donde predominan los asentamientos rurales.

Tabla 6-4: Características geográficas de los municipios del área de influencia de la ESE Hospital Regional de Sogamoso

Municipio	Extensión (km ²)	Altitud (msnm)	Veredas	Estado de las vías rurales	Provincia
Sogamoso (131)	208.54	Entre 2.500 y 4.000	17	Regular	Sugamuxi
Corrales (132)	62	2.390	6	SD	Tundama
Monguí (133)	81	Entre 2.650 y 4.000	10	Regular	Sugamuxi
Iza (134)	42	2.560	7	Malo	Sugamuxi
Aquitania (135)	828	3.030	16	Regular	Sugamuxi
Pajarito (136)	322	793	14	SD	La Libertad
Nobsa	53	2.593	10	SD	Sugamuxi
Mongua	365	2.975	5	SD	Sugamuxi
Tópaga (137)	37	2.900	5	SD	Sugamuxi
Busbanzá	22.5	2472	5	Regular	Tundama
Tibasosa	94.3	Entre 2.500 y 3.400	SD	SD	Sugamuxi
Firavitoba	109.9	Entre 2.500 y 3.400	16	Regular	Sugamuxi
Gameza (138)	88	2.750	6	Mala	Sugamuxi
Tasco	201.4	2.200	7	Regular	Sugamuxi
Pesca	282	Entre 2.200 y 2.600	21	Regular	Sugamuxi
Pisba (139)	469	1.480	11	Mala	La Libertad
Labranzagrande	624	1.210	14	Mala	La Libertad
Paya	435.5	970	13	Mala	La Libertad
Betétiva	123	Entre 2.400 y 3.400	7	Mala	Valderramma
Tota	216	2.870	10	Mala	Sugamuxi
Cúitiva	44	Entre 2.300 y 3.150	11	Regular	Sugamuxi

Fuente: Construcción a partir de planes de desarrollo de los municipios del área de influencia.

▪ Contexto institucional

El Hospital Regional de Sogamoso actualmente se tiene inscritos 60 servicios en el Registro especial de prestadores de servicios de salud que se resumen así:

1. Urgencias 24 horas.
2. Consulta externa.

3. Hospitalización adulto y pediátrica.
4. Cirugía convencional y laparoscópica.
5. Apoyo diagnóstico y terapéutico.
6. Traslado asistencial básico y medicalizado.

La institución de salud presta servicios de consulta médica especializada como cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría, medicina Interna, ortopedia, urología, fisioterapia, cirugía pediátrica, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, gastroenterología, dermatología, anestesiología y patología. Frente al componente de apoyo diagnóstico, cuenta con laboratorio clínico, rayos X, ecografía convencional y doppler, tomografía computarizada, endoscopia digestiva alta y baja, patología y citohistotecnología, electro diagnóstico, y electrocardiografía. El componente de apoyo terapéutico brinda terapia física, terapia respiratoria, terapia de lenguaje y fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, farmacia, unidad transfusional, esterilización y nutrición. Además, cuenta con dos ambulancias, una para transporte asistencial básico y otra para transporte asistencial medicalizado y otros servicios y programas como vacunación en recién nacidos, Idukay (centro de capacitación para la salud de la madre y el niño), rehabilitación basada en la comunidad y salud al colegio.

Capacidad instalada: La ESE Hospital Regional de Sogamoso cuenta con 94 camas habilitadas, distribuidas por servicios así: para el área quirúrgica, 27 camas; para pediatría, 22 camas. El servicio de ginecobstetricia tiene 28 camas; medicina interna 30 camas y observación de urgencias, para adultos cuenta con ocho camas y tres camas para pediatría. Por otro lado, tiene diez consultorios de consulta externa especializada, tres consultorios de urgencias, tres quirófanos y dos salas de partos.

Sistema de referencia y contrarreferencia: La ESE Hospital Regional de Sogamoso en cumplimiento al Sistema de Referencia y Contrarreferencia ha venido contratando con las diferentes EPS tanto del Régimen Subsidiado, Contributivo con el fin de garantizar la cobertura a todos los usuarios de su área de influencia y todos aquellos que requieran la prestación de este servicio.

En lo que hace referencia a las remisiones de primer nivel han venido aumentando en la provincia de Sugamuxi para el manejo especializado de segundo y tercer nivel que efectúa el hospital, solicitando valoraciones especializadas, realización de exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, ecografías, siendo por otro lado necesario resaltar la

llegada de pacientes de otras regionales para la realización de endoscopias. Igualmente y con la implementación del servicio de TAC, se envían pacientes con miras a la realización de exámenes escanográficos y de ecografías doppler, previa valoración especializada.

Las remisiones recibidas de las instituciones de primer nivel en el Hospital Regional de Sogamoso se hallan consignadas en la siguiente tabla:

Tabla 6-5: Procedencia de remisiones hacia la ESE Hospital Regional de Sogamoso durante el año 2012

IPS	Nivel 1, 2, 3	Municipio	Número de remisiones	Proporción (%)
Centro de salud	1	Sogamoso	41.126	62,50
Hospital Local	1	Aquitania	4.687	7,10
Centro de salud	1	Nobsa	3.829	5,80
Centro de salud	1	Pesca	2.211	3,35
Centro de salud	1	Tasco	1.650	2,50
Centro de salud	1	Tibasosa	1.518	2,30
Centro de salud	1	Firavitoba	1.452	2,20
Centro de salud	1	Mongua	990	1,50
Centro de salud	1	Gameza	759	1,15
Centro de salud	1	Tópaga	662	1,00
Otras			6.998	10,60
TOTAL			66.017	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Como se puede evidenciar las remisiones que llegan a la ESE Hospital Regional de Sogamoso, proceden en primera instancia de los centros y puestos de salud de la misma ciudad, seguidos de Nobsa, Aquitania y los principales centros de remisión de la provincia de Sugamuxi.

En lo que tiene que ver con las especialidades más solicitadas se evidenció que ginecología, medicina interna, ortopedia y gastroenterología se hallan dentro de las que son solicitadas con un porcentaje de 57.74 % del total de las remisiones. Al servicio de gastroenterología se remiten pacientes desde todos los niveles del departamento para la realización de endoscopias, colonoscopias, rectosigmoidoscopias y para la realización de consulta especializada. En la siguiente tabla se condensan las especialidades y su porcentaje de demanda.

Tabla 6-6: Especialidades solicitadas a la ESE Hospital Regional de Sogamoso por las IPS Remisoras, durante el año 2012

Especialidades	Numero de remisiones	Proporción (%)
Ginecología-Obstetricia	6.318	20,39
Medicina Interna	4.717	15,22
Ortopedia	3.355	10,83
Gastroenterología	3.500	11,30
Cirugía general	2.684	8,66
Fisiatría	2.366	7,64
Pediatría	1.888	6,09
Dermatología	1.501	4,84
Urología	1.393	4,50
Anestesiología	1.227	3,96
Cirugía Maxilofacial	932	3,01
Cirugía Pediátrica	559	1,80
Cirugía Plástica	543	1,75
Total	30.983	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En lo que tiene que ver remisión de pacientes, se encontró que existe un sistema de referencia tanto para el ámbito hospitalario como para el ambulatorio, los cual se consolidó en la siguiente tabla que considera ambos ámbitos y su distribución porcentual.

Tabla 6-7: IPS a las que remitió la ESE Hospital Regional de Sogamoso durante el año 2012

IPS	Nivel 1,2,3	Ciudad	Numero de remisiones	Proporción (%)
IDIME	3	Bogotá	900	51,64
UCI Clínica de Especialistas	3	Sogamoso	156	8,95
Clínica Valle del Sol	3	Sogamoso	117	6,71
Clínica Medilaser	3	Tunja	105	6,02
ESE Hospital San Rafael	3	Tunja	84	4,82
ESE Hospital Regional de Duitama	2	Duitama	63	3,61
Clínica Boyacá	3	Duitama	21	1,20
Clínica Los Andes	3	Tunja	21	1,20
UCI Salud Vital	3	Duitama	21	1,20
CRIB	3	Tunja	18	1,03
Medicina Nuclear de Boyacá	3	Tunja	12	0,69
Clínica Cancerológica	3	Tunja	9	0,52
Clínica Monterrey	3	Bogotá	9	0,52
Instituto Nacional de Cancerología	3	Bogotá	9	0,52
Clínica el Laguito	3	Sogamoso	6	0,34
Clínica Tundama	3	Duitama	6	0,34
Hospital de la Misericordia	3	Bogotá	6	0,34
Renalvida	3	Tunja	6	0,34
Hospital el Tunal	3	Bogotá	3	0,17
Hospital Simón Bolívar	3	Bogotá	3	0,17
Hospital De la Samaritana	3	Bogotá	3	0,17
Otras			140	8,61
TOTAL			1.733	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

De las 1.733 remisiones tanto hospitalarias como ambulatorias, se remitieron 444 pacientes para manejo especializado en entidades receptoras. La principal causa de remisión a otras instituciones de mayor complejidad en la atención hospitalaria, fue amenaza de parto (7.9%), la cual puede asociarse a la no contratación del hospital con algunas entidades prestadoras de servicios de salud.

Tabla 6-8: Principales causas de remisiones de pacientes hospitalizados durante el año 2012

Causa	Numero de remisiones	Proporción (%)
Amenaza de parto pretermino	35	7,9
Patología intrabdominal	34	7,7
Evento Cerebro-Vascular	22	5,0
Truma craneoencefálico	21	4,7
Cancer	20	4,5
Intoxicacion exógena	18	4,1
Preeclampsia y síndrome de Hellp	21	3,8
Síndrome de dificultad respiratoria	17	3,8
Infarto agudo del miocardio	15	3,4
Oligoamnios	14	3,2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	13	2,9
Patología del recién nacido	12	2,7
Neumonía	12	2,7
Transtorno función cardiovascular	11	2,5
Politraumatismo	10	2,3
Transtorno mental(episodio psicótico Agudo)	10	2,3
Diabetes descompensada	9	2,0
Fractura de cadera y/o femur	8	1,8
Recién nacido prematuro	7	1,6
Otras causas	135	30,4
Total	444	100,0

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Frente al proceso de remisión, es necesario hacer algunas precisiones: para la remisión de pacientes que se hallan hospitalizados se deben comentar a las EPS afiladoras. Cuando se trata de patologías contempladas en el POS, para la institución reciba el aval de dónde puede ser ubicado el paciente. En este caso los tiempos varían de acuerdo a la red, tipo de especialidad o servicio requerido, disponibilidad de camas, si están al día o no en los pagos, si es urgencia vital o no, etc.

Por otro lado, cuando se trata de pacientes hospitalizados con patología No POS-S, estos regularmente son comentados con los hospitales con los cuales tiene contrato la secretaria departamental de salud o el CRUB. En tales casos el trámite se está dando entre el mismo día y los dos días subsiguientes obteniendo la autorización de la secretaria, quedando luego supeditados a la existencia de camas en la IPS autorizada.

Para el caso de pacientes ambulatorios las autorizaciones para valoraciones por medicina especializada oscila entre los 15 y los 30 días, dependiendo de factores como estos el tipo de paraclínico y la especialidad o subespecialidad requerida. Frente a los motivos de rechazo de remisiones durante el último año, se presentaron las enunciadas a continuación:

Tabla 6-9: Principales causas de rechazo de remisiones a pacientes hospitalizados en la ESE Hospital Regional de Sogamoso (2012)

Causa	Numero de remisiones	Proporción (%)
No hay contrato vigente con la EPS	73	32,7
No hay disponibilidad de camas	61	27,4
Cierre del servicio por falta de pago	55	24,7
Paciente Multiafiliado	26	11,7
No hay disponibilidad de especialistas	5	2,2
El paciente no está en base de datos	2	0,9
No cuentan con la especialidad	1	0,4
Total	223	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el periodo de estudio 2008-2012, los hallazgos fueron los siguientes: de acuerdo a las características sociodemográficas de la población atendida (Tabla 6-10), en la distribución por sexo, se evidenció que los usuarios procedentes de zonas rurales, tanto de sexo masculino, como de sexo femenino fueron atendidos en proporciones cercanas al 32% por cada año, siendo mayor el porcentaje del sexo masculino. En cuanto a la distribución por grupos de edad, se observó que los niños y niñas menores de un año, provenientes de áreas rurales correspondieron al 33,35% por año. Por su parte, los niños y niñas entre uno y cuatro años, residentes en zonas rurales, representaron aproximadamente el 25% de la población atendida de este grupo de edad. Esta tendencia, sin superar el 30%, se mantiene en los grupos de edad inferiores a 59 años. La población mayor de 60 años, residente en el área rural, que accedió a servicios de salud, por cada año, representó entre el 36,40% y el 39,30% de la población atendida de este grupo de edad.

En cuanto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se observó una menor proporción de consultantes afiliados al régimen contributivo, procedentes de áreas rurales, en comparación con el aumento de los afiliados al régimen subsidiado (16,02% vs. 35,48%). Por otro lado, se encontraron porcentajes cercanos al 25% de población no afiliada o financiada a través de la secretaria de salud departamental de Boyacá.

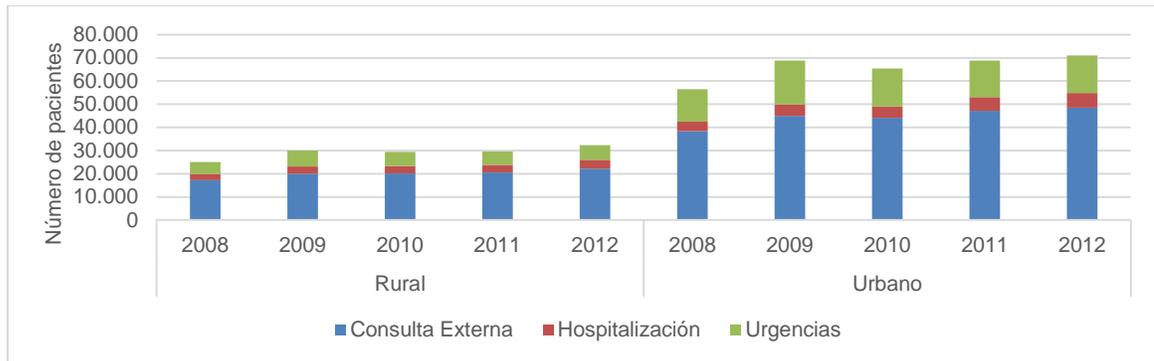
Tabla 6-10: Características socio-demográficas de la población atendida, 2008-2012

Población	2008		2009		2010		2011		2012	
	Rural	Urbano								
Total registrado	24.977	56.468	30.027	68.898	29.424	65.446	29.609	68.820	32.301	71.001
Sexo (%)										
Femenino	29,69	70,31	29,66	70,34	30,08	69,92	29,54	70,46	30,39	69,61
Masculino	32,25	67,75	31,46	68,54	32,60	67,40	31,01	68,99	32,73	67,27
Grupo de edad (%)										
Menor 1 año	30,17	69,83	30,49	69,51	30,58	69,42	28,90	71,10	33,35	66,65
1 a 4 años	24,20	75,80	24,31	75,69	23,35	76,65	25,28	74,72	24,21	75,79
5 a 14 años	27,96	72,04	25,49	74,51	29,38	70,62	25,45	74,55	30,16	69,84
15 a 44 años	29,81	70,19	29,26	70,74	30,01	69,99	28,65	71,35	30,86	69,14
45 a 59 años	29,61	70,39	30,59	69,41	30,65	69,35	29,74	70,26	29,70	70,30
Mayor a 60 años	39,23	60,77	39,30	60,70	37,97	62,03	37,44	62,56	36,40	63,60
Aseguramiento (%)										
Contributivo	16,02	83,98	13,28	86,72	12,70	87,30	10,24	89,76	12,34	87,66
Subsidiado	32,74	67,26	31,98	68,02	32,61	67,39	32,15	67,85	35,48	64,52
Vinculado	24,29	75,71	25,48	74,52	25,51	74,49	24,71	75,29	23,76	76,24
No asegurado	17,14	82,86	10,98	89,02	7,23	92,77	0,00	100,00	0,00	100,00
Otro	17,26	82,74	24,16	75,84	25,08	74,92	22,38	77,62	18,48	81,52
Particular	17,14	82,86	18,12	81,88	19,61	80,39	18,13	81,87	16,96	83,04

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Como es evidente, la población procedente de áreas urbanas concentra mayor número de usuarios durante el periodo de interés en de este estudio, además la tendencia de utilización de servicios es ascendente para ésta área. En contraste, ésta tendencia en los usuarios procedentes de áreas rurales se mantuvo en una línea de base cercana a las 30 mil personas desde el año 2008 hasta el año 2012.

De manera general, se pudo evidenciar que la mayor concentración de uso de servicios de salud está en el área de consulta externa, donde para el área rural, se congregan cerca de 20 mil usuarios y para el área urbana entre 40 mil y 48 mil usuarios. Esta situación, seguramente es ocasionada por la oferta de consulta externa especializada con la que cuentan la institución.

Figura 6-8: Tendencia global de utilización de servicios. 2008-2012

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

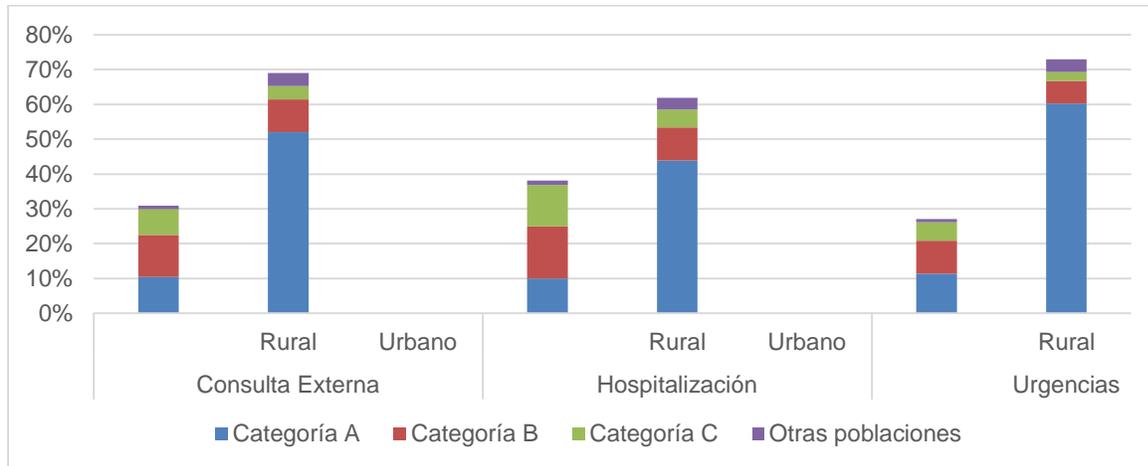
En cuanto a la utilización de servicios, según el patrón de distribución poblacional se encontró que en el área de consulta externa, el grupo cuyo porcentaje de población rural corresponde entre el 17% al 50% de la población total, representó el 62,47% de la población atendida en esta área hospitalaria. Respecto al total de usuarios, que correspondió a 323.279 personas, el 10,44% de los usuarios con estas características poblacionales provenían de áreas rurales. En el área de hospitalización, esta población representó el 53,93% de un total de 42.267 personas. Las personas provenientes de áreas rurales en este grupo de población representaron el 10,03%. En el área de urgencias, los usuarios que cumplieron este patrón de población representaron el 70,68% de un total de 111.425 personas que accedieron a los servicios de urgencias durante el quinquenio comprendido entre el año 2008 y el año 2012.

La población cuyo porcentaje de población rural representa entre 51% al 70% del total de población, se estimó como el 21,44% de los usuarios que accedieron a consulta externa. Del total de usuarios que demandaron este servicio, la población rural representó el 12,04%. Frente a la utilización de servicios de hospitalización, los usuarios con características de este patrón poblacional, representaron el 24,42%. Las personas procedentes de áreas rurales, frente al total de la población atendida tiene los servicios hospitalización representaron el 14,91%. En el servicio de urgencias los usuarios pertenecientes a este patrón poblacional representaron el 15,94%.

Finalmente, la población cuyo porcentaje de población rural representa entre el 71% al 90% respecto al total de población tuvo una participación del 11,21% del total de población atendida en consulta externa, el 7,38% vivían en zonas netamente rurales. En el área de hospitalización esta población representó el 16,99% y respecto al total de población atendida, las personas provenientes de áreas rurales representaron el 11,94%.

En los servicios de urgencias, la población atendida con estas características poblacionales correspondió al 7,88%. De los 111,425 usuarios atendidos el 5,34% provenía de las áreas rurales de municipios con este patrón de población.

Figura 6-9: Utilización de servicios de salud, según patrón poblacional y servicio hospitalario, 2008-2012



Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

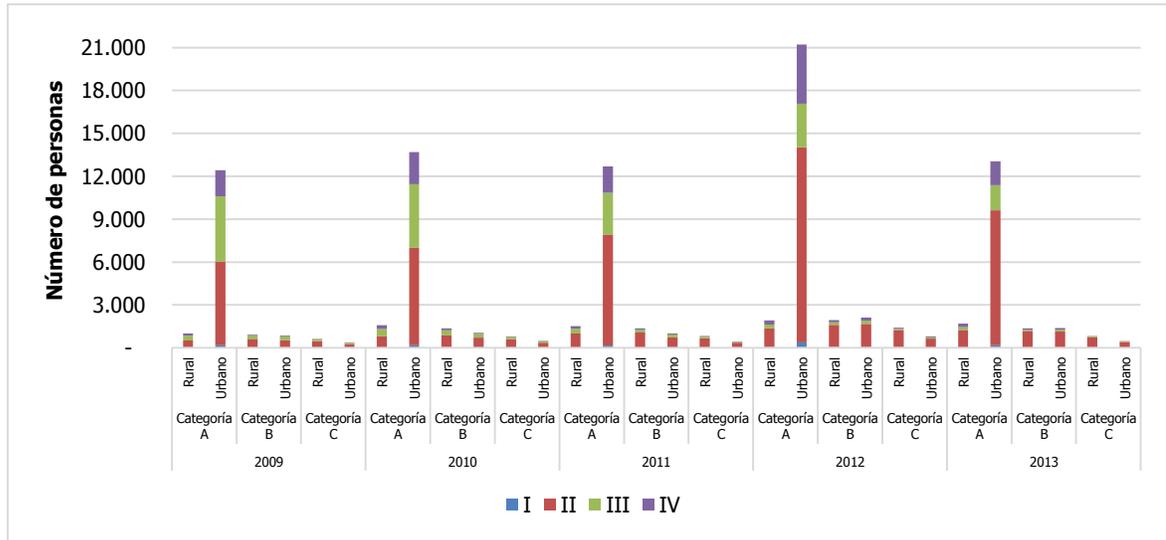
6.2.2 Morbilidad atendida 2008-2012

La morbilidad atendida durante el periodo de tiempo comprendido entre el año 2008 al año 2012, se determinó luego de transformar los diagnósticos de egreso en Categorías Diagnósticas Mayores (CDM), de acuerdo a lo señalado por la metodología de homologación de Grupos de Diagnóstico Relacionado (GDR).

Un aspecto a destacar de la información entregada por la institución, consiste en lo referente al sistema de clasificación de pacientes: el triage. Éste, como método para la selección y clasificación de pacientes, al realizar una priorización de acuerdo a las condiciones de entrada a la institución de las personas, proporciona una mirada de los principales diagnósticos de entrada a la institución hospitalaria. Para el Hospital Regional de Sogamoso, con un total de 105,021 de usuarios que fueron clasificadas a través de este sistemas, se observó que fueran clasificados como triage II (pacientes que presentan una situación de urgencia vital, con riesgo vital), además fueron quienes con mayor frecuencia ingresaron a la institución. Esta situación es observada tanto en la zona urbana como en la zona rural. Frente a los patrones de distribución poblacional se observó que fueron clasificadas con mayor frecuencias, a través del triage, las personas

provenientes de los municipios cuya población rural representa entre el 17 al 50% de la población.

Figura 6-10: Clasificación de triage, según año, área de residencia y patrón poblacional



Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En la Tabla 6-11 se señalan las 10 primeras categorías diagnósticas mayores, de acuerdo al servicio hospitalario (consulta externa, hospitalización, urgencias). Cabe aclarar que el parámetro de ordenación de mayor a menor, respecto a la frecuencia total de la categoría diagnóstica, por los tres servicios hospitalarios.

Las enfermedades y trastornos del aparato digestivo, fueron la primera categoría diagnóstica de consulta ambulatoria con una representación general del 16.89% y de acuerdo al área de procedencia, del 14.51% en el área rural y del 16.01% del área urbana. Al realizar una discriminación de acuerdo a los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), se evidenció que esa categoría obtuvo una mayor representación a causa de del diagnóstico otros dolores abdominales y los no especificados, con una participación del 38.93%.

Frente a la segunda causa de consulta, lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, ésta tuvo una representación general del 13.55%. En el área rural tuvo participación del 12.58% y en el área urbana del 11.89% respecto al total de consultas realizadas durante el periodo de análisis. Cabe mencionar la alta dispersión de ésta categoría, debido a que los códigos CIE-10, no tuvieron una representación superior al

3.10%. Sin embargo, en un intento de agrupación, se observó que las heridas en múltiples partes del cuerpo como mano, cuero cabelludo y otras partes de la cabeza contaron con una representación agrupada del 8,74%. La tercera causa de consulta ambulatoria se enmarcó en la categoría enfermedades y trastornos del aparato respiratorio, donde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tuvo una representación del 14,29%.

En el área de hospitalización se observó que la primera categoría diagnóstica no coincide con las categorías observadas a nivel general, en urgencias y consulta externa; por tanto la categoría con mayor representación fue embarazo, parto y puerperio con una participación del 58.56%. Al realizar una discriminación por los diagnósticos que se enmarcan en esta categoría, se observó que parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice es el diagnóstico de mayor representación (32.18%); seguido por el resultado de la agrupación de parto por cesárea, sin otra especificación y parto por cesárea de emergencia, que tuvieron una participación del 23.65%.

La segunda categoría diagnóstica observada el área de hospitalización fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con una representación general del 23.91%. En el área urbana tuvo una concentración del 12.58% y en el área rural del 10.83%. Se observó que el diagnóstico otros dolores abdominales y los no especificados tuvo una representación del 22.14%, convirtiéndose en la primera causa de hospitalización enmarcada en esta categoría.

Es necesario resaltar que la categoría lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas fue la segunda causa de hospitalización para las personas que viven en áreas rurales con una representación del 12.28%. Entre los principales motivos de hospitalización, enmarcados en ésta categoría, se observaron lesiones de tipo ortopédico como fractura de otro dedo en la mano (5.11%), fractura de la diáfisis del radio (4.32%) y fractura de la diáfisis de la tibia (3.77%).

En el área de urgencias se halló que la primera categoría diagnóstica mayor fue enfermedades del trastorno digestivo, con una representación general del 22.66% y por área del 21.39% (rural) y del 23.13% (urbano). En esta categoría se observó, que en concordancia con lo encontrado en la distribución general y de consulta externa, la primera causa diagnóstica estuvo asociada a otros dolores abdominales y los no asociados (22.66%).

La segunda categoría diagnóstica de consulta en urgencias estuvo asociada a lesiones, envenenamiento y efecto de drogas, con una representación general del 18.57% y por área del 20.03% (rural) y del 18.03% (urbano). Se observó que la alta dispersión de esta categoría coincide con lo observado en consulta externa y que nuevamente al realizar un ejercicio de agrupación las heridas de los dedos de la mano, sin daño de uñas (5.64%), en el cuero cabelludo (4.33%) y de otras partes de la cabeza (3.03%) tuvieron una representación del 13.01% respecto al total de las consultas en esta área hospitalaria.

Tabla 6-12: Primeras categorías diagnósticas mayores, según servicio hospitalario 2008-2012

Categoría diagnóstica mayor CMD	Consulta Externa				Hospitalización				Urgencias				Total general	
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano			
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	14.514	14,51	35.741	16,01	1.746	10,83	3.289	12,58	6.452	21,39	18.798	23,13	80.540	16,89
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	12.587	12,58	26.548	11,89	1.981	12,28	2.814	10,77	6.041	20,03	14.655	18,03	64.626	13,55
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	10.694	10,69	23.103	10,35	1.851	11,48	3.000	11,48	4.909	16,27	13.189	16,23	56.746	11,90
Embarazo, parto y puerperio	5.652	5,65	10.399	4,66	4.877	30,24	7.194	27,52	1.266	4,20	2.817	3,47	32.205	6,75
Enfermedades del sistema circulatorio	7.497	7,49	12.627	5,66	1.137	7,05	1.580	6,04	1.380	4,57	2.225	2,74	26.446	5,54
Enfermedades y trastornos sistema musculo esquelético y tejido conectivo	6.669	6,67	15.230	6,82	255	1,58	438	1,68	658	2,18	1.909	2,35	25.159	5,27
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	4.528	4,53	11.572	5,18	387	2,40	790	3,02	690	2,29	2.050	2,52	20.017	4,20
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	5.313	5,31	10.866	4,87	155	0,96	188	0,72	692	2,29	1.830	2,25	19.044	3,99
Enfermedades y trastornos del sist. endocrino, nutricional y metabólico	4.858	4,86	11.919	5,34	267	1,66	540	2,07	318	1,05	871	1,07	18.773	3,94
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	4.507	4,50	9.643	4,32	344	2,13	801	3,06	495	1,64	1.153	1,42	16.943	3,55
Suma 10 primeras causas	76.819	76,78	167.648	75,10	13.000	80,61	20.634	78,94	22.901	75,92	59.497	73,22	360.499	75,58
Resto	23.226	23,22	55.586	24,90	3.128	19,39	5.505	21,06	7.264	24,08	21.763	26,78	116.472	24,42
Total general	100.045	100	223.234	100	16.128	100	26.139	100	30.165	100	81.260	100	476.971	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

▪ Morbilidad atendida en consulta externa 2008-2012

La categoría diagnóstica: enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con un 16.11% del total de consultas, durante el período 2008 a 2012, tuvo la mayor representación, en el patrón de distribución donde la población rural representa del 17 al 50% del total de la población. En concordancia con lo observado a nivel general, en esta categoría el diagnóstico con mayor representación fue otros dolores abdominales y los no especificados (39.35%), seguida por dolor pélvico y perineal (7.54%). En cuanto al total de personas que consultaron por diagnósticos asociados a esta categoría diagnóstica se encontró que el 14.97% eran de procedencia rural y el 16.34% de procedencia urbana. Esta categoría diagnóstica tuvo similares características para los usuarios provenientes de municipios cuyo patrón de distribución poblacional era del 51 al 70% y del 71 al 90% de población rural respecto a la población total.

En la segunda categoría diagnóstica, lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, se observó que en el primer patrón (17 al 50%) las causas con mayor representación fueron herida de dedo de la mano (3.79%), fractura de la epífisis inferior del radio (2.88%), herida del cuero cabelludo (2.82%) o mordedura o ataque del perro: calles y carreteras (2.41%); en contraste con lo ocurrido en el segundo patrón (51 al 70%) y tercer patrón (71 al 90%), donde las causas agrupadas para la categoría diagnóstica fueron más de carácter ortopédico como fractura de la epífisis inferior del radio (entre el 3.75% y 3.84%, respectivamente), fracturas múltiples de la pierna (2.91% y el 2.56%, respectivamente), fracturas de la clavícula (2.31% 2.34%, respectivamente).

Tabla 6-13: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa, según patrón poblacional y área de residencia (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano	
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	5.052	14,97	27.488	16,34	5.672	14,57	4.435	14,60	1.233	13,55	1.736	14,05
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	4.594	13,61	20.129	11,97	4.649	11,94	3.222	10,60	1.948	12,35	1.631	13,20
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	2.747	11,10	18.410	10,94	3.934	10,10	2.668	8,78	1.767	11,59	1.157	9,36
Enfermedades y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	2.264	6,71	11.340	6,74	2.748	7,06	2.477	8,15	1.554	6,51	976	7,90
Enfermedades del sistema circulatorio	2.022	5,99	9.059	5,39	3.197	8,21	2.161	7,11	2.120	8,88	972	7,87

Tabla 6-13: (Continuación)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano	
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Enfermedades y trastornos del sist. endocrino, nutricional y metabólico	1.794	5,32	9.037	5,37	2.004	5,15	1.909	6,28	941	3,94	625	5,06
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	1.585	4,70	8.143	4,84	2.231	5,73	1.659	5,46	1.396	5,85	740	5,99
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	1.545	4,58	7.173	4,26	1.890	4,85	1.667	5,49	1.008	4,22	645	5,22
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	1.392	4,13	7.730	4,60	1.721	4,42	1.644	5,41	944	3,96	525	4,25
Embarazo, parto y puerperio	1.570	4,65	7.642	4,54	2.127	5,46	1.499	4,93	1.790	7,50	721	5,83
Suma 10 primeras causas	5.565	75,76	126.151	75,00	30.173	77,50	23.341	76,81	18.701	78,35	9.728	78,72
Resto	8.180	24,24	42.061	25,00	8.762	22,50	7.046	23,19	5.167	21,65	2.629	21,28
Total general	33.745	100	168.212	100	38.935	100	30.387	100	23.868	100	12.357	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Al realizar un análisis por grupos de edad, en los niños y niñas menores de un año, residentes en municipios agrupados bajo el patrón poblacional uno, se observó que la categoría diagnóstica que originó más consultas fue la asociada a enfermedades y trastornos del aparato respiratorio, donde los motivos de consulta más frecuentes fueron bronquiolitis aguda, no especificada (16.91%) y bronquitis aguda, no especificada (8.54%). Frente a esta categoría diagnóstica se encontró una distribución en niñas que varió entre el 23.52% (urbano) y el 25.96% (rural). En los niños osciló entre el 26.79% (urbano) y el 27.04% (rural). La categoría diagnóstica enfermedades y trastornos del sistema digestivo tuvo la segunda mayor representación en niños (17.05% en el área urbana y 16.32% en el área rural) y niñas de este grupo de edad (16.52% en el área urbana y el 12.57% en el área rural).

En el segundo patrón de población (51% a 70% de población rural respecto a la total) se encontró que la primera causa de consulta en menores de un año también estuvo asociada a enfermedades y trastornos del sistema respiratorio, con la particularidad de que para el sexo masculino esta categoría diagnóstica representó 31.73% de los casos del área rural. En cuanto a la segunda categoría diagnóstica se observó la referente a recién nacidos y otros neonatos, donde las causas diagnósticas, con mayor representación fueron hipoglicemias neonatales (25, 81%) e ictericia neonatal, no especificada (21.35%). Este grupo de patologías tuvo una mayor representación en las áreas rurales (20.48% para el sexo femenino y 16.09% para el sexo masculino).

En el tercer patrón de población (71% a 90% de población rural) se observó una situación similar a la encontrada en el patrón dos, donde las enfermedades y trastornos del aparato respiratorio fueron las mayores causas de consulta en los niños provenientes de áreas rurales. Así mismo, se observó que la categoría diagnóstica recién nacidos y otros neonatos originó el mayor número de consultas para niños (25.09%) y niñas (35.92%) provenientes de áreas rurales.

Tabla 6-14: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en menores de 1 año, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	25,96	23,52	27,04	26,79	25,65	25,35	31,73	26,55	22,12	22,51	32,16	26,62
Enfermedades y trastornos sistema musculo esquelético y tejido conectivo	9,20	7,72	4,72	3,95	10,24	12,30	5,56	6,44	7,37	11,00	5,36	6,47
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	12,57	16,52	16,32	17,05	11,79	10,88	11,53	12,87	9,38	9,97	8,89	13,19
Recién nacidos y otros neonatos	14,32	11,67	15,34	10,09	20,48	13,82	16,19	14,71	35,92	19,69	25,09	20,14
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	6,29	7,94	5,60	6,52	5,07	8,16	6,21	8,28	5,50	6,91	4,14	8,15
Otras causas	31,66	32,62	30,97	35,60	26,78	29,49	28,78	31,15	19,71	29,92	24,36	25,42

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Para el grupo de edad de niños y niñas con edades entre uno a cuatro años, la primera categoría diagnóstica mayor fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio con una representación general del 20.15%, frente al total de consultas realizadas durante los años 2008 a 2012. Esta categoría diagnóstica representó el primer lugar, para las personas provenientes de los municipios con características del patrón uno, donde tuvo una mayor representación en los niños provenientes de áreas urbanas (21.83%), que en las niñas provenientes de áreas rurales (19.21%). La segunda causa, se asoció a enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con una representación general del 19.80%. Esta categoría diagnóstica mayor tuvo las mayores representaciones entre los niños (20.56%) y las niñas (19.71%) del área urbana. Cabe destacar que esta categoría tuvo como las causas de mayor participación, diagnósticos como otros dolores abdominales y los no especificados (14.42%) y enfermedad del reflujo gastro-esofágico, con esofagitis (2,81%).

Entre los niños y niñas con edades entre uno y cuatro años procedentes de los municipios con características del patrón dos, la primera categoría diagnóstica fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio, con una representación general del 19.19%. Esta categoría tuvo mayor participación entre los niños (22.33%) y las niñas

(17.80%) provenientes del área rural, de este grupo de municipios. A pesar de la alta desagregación de los diagnósticos enmarcados en esta categoría, se pudo observar que bronconeumonía, no especificada (14.14%) y neumonía, no especificada (11.14%), fueron los diagnósticos con mayor representación.

En cuanto a los niños y niñas, provenientes de municipios con características del patrón de distribución poblacional tres, la mayor categoría diagnóstica estuvo representada por enfermedades y trastornos del aparato respiratorio, con el 19.98%. Esta categoría tuvo mayor participación entre las niñas del área rural (19.37%) y los niños del área urbana (22.37%). La categoría diagnóstica que le siguió fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (14,99%), con una mayor representación en las niñas (15.85%) y niños (17.16%) que viven en áreas rurales, de este grupo de municipios. Cabe destacar que otras categorías diagnósticas, como lesiones, y envenenamiento y efecto tóxico de drogas, estuvieron clasificadas dentro de las primeras cinco, debido a diagnósticos como heridas del cuero cabelludo y otras partes de la cabeza (6.20%). A su vez, la categoría enfermedades y trastornos del sistema músculo esquelético y el tejido conectivo tuvo la cuarta mayor representación debido a otras enfermedades congénitas de la cadera (54.47% del total de casos de la categoría). En cuanto a la categoría enfermedades y trastornos del sistema endocrino nutricional y metabólico, en todos los patrones de distribución poblacional tuvo representaciones que oscilaron entre el 3.59% al 6.60%, en esta categoría se encontró que la desnutrición proteico calórica leve, fue el mayor diagnóstico con una representación del 22.21% en esa categoría.

Tabla 6-15: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	16,92	19,21	18,04	21,83	17,80	16,78	22,33	19,21	19,37	16,20	21,23	22,37
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	15,57	19,71	19,35	20,56	16,67	15,09	15,44	13,71	15,85	10,80	17,16	14,59
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	7,67	7,50	11,65	9,34	11,89	7,85	11,50	9,99	12,50	7,64	8,91	11,67
Enfermedades y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	9,72	8,36	7,04	5,40	11,28	14,24	8,02	11,00	14,61	20,67	10,12	8,17
Enfermedades y trastornos del sist. endocrino, nutricional y metabólico	10,59	4,59	4,02	3,59	6,60	6,08	5,15	4,26	5,81	5,40	4,07	4,67
Otras causas	28,62	23,22	23,77	21,27	26,74	32,41	28,01	30,75	27,11	30,54	28,93	30,74

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad de personas con edades entre cinco a 14 años, la principal categoría diagnóstica fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas. Esta

categoría tuvo una representación general del 20.41%, donde la fractura de la epífisis interior del radio (4.36%), fractura de la epífisis inferior del húmero (3.59%) y contusión del codo (3.57%), fueran los diagnósticos con mayor representación.

Para las personas provenientes de los municipios con características del patrón de distribución poblacional uno, se observó que la primera categoría diagnóstica también fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas. Sin embargo, el diagnóstico mordedura o ataque de perro: calles y carreteras tuvo la mayor representación en esta categoría (4.99%). Frente a la distribución por sexo se pudo observar que los hombres (25.35%) y mujeres (16.96%) provenientes de áreas rurales, presentaron más diagnósticos asociados a esta categoría.

Frente al patrón de distribución poblacional dos se observó que la primera categoría diagnóstica coincidió con lo observado a nivel general. Además, esta categoría tuvo mayor representación en los hombres (30%) y las mujeres (16.56%) provenientes de áreas rurales. En el patrón poblacional tres, se observó una distribución similar a la encontrada a nivel general y el patrón de distribución poblacional dos. Se destaca de la categoría enfermedades y trastornos del sistema respiratorio, tuvo la cuarta mayor representación, que los diagnósticos con mayor representación fueron asma no especificada (11.11%) y bronconeumonía no especificada (8.70%).

Tabla 6-16: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	16,96	14,83	25,35	23,07	16,56	14,92	30,00	25,30	25,96	23,69	31,55	22,65
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	18,32	22,87	13,61	16,66	19,29	17,50	13,15	14,47	15,30	14,66	12,51	15,84
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	10,35	12,10	13,10	13,24	9,01	8,08	10,75	10,09	5,87	9,24	5,88	11,60
Enfermedades y trastornos del sist. endocrino, nutricional y metabólico	6,06	4,89	7,15	3,66	5,74	10,00	3,63	5,79	3,55	11,24	3,10	6,26
Enfermedades y trastornos sistema musculo esquelético y tejido conectivo	5,72	5,79	5,67	4,97	6,21	8,75	5,27	6,82	10,11	7,43	11,02	7,00
Otras causas	35,08	30,32	29,78	27,77	38,45	37,83	31,23	32,42	35,38	37,15	31,02	36,65

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Las personas con edades entre 15 a 44 años, acudieron con mayor frecuencia por los diagnósticos asociados a la categoría diagnóstica enfermedades y trastornos del aparato digestivo (15, 81%). Esta categoría tuvo mayor participación en mujeres (17.22%), que en hombres (12.07%).

En el patrón poblacional uno, se observó una distribución similar a la encontrada a nivel general, donde la categoría diagnóstica enfermedades y trastornos del aparato digestivo tuvo una representación del 16.67%. En ésta categoría, el diagnóstico con mayor frecuencia fue otros dolores abdominales y los no especificados (48.81%), seguido por dolor pélvico perineal (48.81%). Por otra parte, se determinó que los hombres (12.24%) y las mujeres (18.72%) acuden más frecuentemente a consulta por los motivos enmarcados en esta categoría diagnóstica.

Respecto al patrón poblacional dos, la primera categoría diagnóstica mayor también fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con una representación general del 14.60%. Se observó que tiene mayor representación en las mujeres provenientes del área rural (15.23%) y en los hombres del área urbana (15.64%). La segunda categoría con mayor participación, fue embarazo, parto y puerperio, se encontró que al servicio de consulta externa acudieron más mujeres del área rural (18.20%), que mujeres del área urbana (16.55%). De manera general, se pudo encontrar que el principal motivo de consultas fue amenaza de aborto (21.70%).

El patrón de distribución poblacional tres permitió observar que la primera categoría diagnóstica de consulta fue embarazo, parto y puerperio, con una representación general del 18.10%. Frente a ello, se evidenció que éste motivo de consulta tuvo mayor demanda entre las mujeres del área rural (27.66%) que en las mujeres del área urbana (21.11%). La segunda categoría diagnóstica con mayor representación fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (15.01%), esta causa se asoció al diagnóstico: efecto tóxico de plaguicidas (pesticidas): insecticidas fosforados y carbamatos (3.20%), con una representación entre el 2.82% (masculino) y en 4,31% (femenino). Es necesario mencionar que la mayor participación en esta categoría se determinó en el sexo masculino (39.13%).

Tabla 6-17: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	16,77	18,72	10,35	12,24	15,23	15,15	10,92	15,64	13,20	14,40	11,47	12,76
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	7,43	6,77	40,53	35,23	5,23	5,53	32,53	30,12	5,09	5,65	38,98	39,41
Embarazo, parto y puerperio	15,33	14,52	0,00	0,00	18,20	16,55	0,00	0,00	27,66	21,11	0,00	0,00
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	11,55	11,23	1,28	1,30	13,48	12,38	1,92	1,99	15,86	14,67	2,07	2,93
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	9,83	8,27	0,00	0,00	10,05	10,84	0,00	0,00	9,26	11,12	0,00	0,00
Otras causas	39,09	40,50	47,85	51,23	37,80	39,56	54,63	52,25	28,94	33,04	47,48	44,89

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad comprendido entre 45 a 59 años, el mayor motivo de consulta se enmarcó en la categoría diagnóstica de enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con una representación general del 13.90%. De este porcentaje, el diagnóstico otros dolores abdominales y los no especificados representó el 39.06% de los motivos de consulta.

Las personas residentes en municipios, con las características del patrón de distribución poblacional uno, también acudieron al servicio de consulta ambulatoria por enfermedades y trastornos del aparato digestivo. Se observó que las mayores frecuencias de consulta se concentraron en el en el área rural, tanto para el sexo femenino (14,26%), como en masculino (13,37%). La segunda categoría diagnóstica de consulta fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, con una mayor participación del sexo masculino, residente en el área urbana (20,95%) y rural (23,52%).

En cuanto a la tercera categoría diagnóstica de consulta, enfermedades y trastornos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo, se observó una mayor participación del diagnóstico artrosis, no especificada, el cual concentró el 29.9% de los diagnósticos agrupados en esa categoría, seguido por radiculopatía (21.06%). En cuanto a las enfermedades y trastornos el sistema endocrino, nutricional y metabólico, se registró que los diagnósticos que tuvieron mayor concentración en la población fueron hipotiroidismo, no especificada (35.20%) y diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación (12.87%).

En el patrón poblacional de distribución poblacional dos, se determinó una distribución similar a la encontrada en el patrón uno, con una mayor concentración de registros a favor de enfermedades y trastornos del aparato digestivo en las mujeres residentes en áreas rurales (14.89%) y en los hombres que residen en áreas urbanas (15.75%). Las lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, fueron la segunda categoría diagnóstica con mayor concentración, permitiendo evidenciar que se presentó de manera más frecuente en hombres residentes en áreas rurales (21, 81%). Esta categoría diagnóstica agrupó diagnósticos de tipo ortopédico como fractura de la epífisis inferior del radio (4.25%), fracturas múltiples de la pierna (3.14%) y fractura de la epífisis superior de la tibia (2.83%). La tercera categoría diagnóstica, fue enfermedades del sistema circulatorio, con una representación general del 10,28%; donde el diagnóstico venas varicosas de los miembros inferiores, sin úlcera, ni inflamación (10.97%) y enfermedad cardíaca hipertensiva, con insuficiencia cardíaca (congestiva) (9.74%) tuvieron la mayor participación.

Finalmente, una distribución similar a la encontrada para el patrón anterior, se encontró en el patrón de distribución poblacional tres, donde las enfermedades y trastornos del aparato digestivo tuvieron una mayor representación en las mujeres del área rural (15.98%) y los hombres del área urbana (17.62%). En cuanto a la categoría lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, que tuvo la segunda mayor representación, se pudo evidenciar que fue más frecuente en el sexo masculino, tanto en zonas urbanas (21.64%), como zonas rurales (19.08%). La tercera categoría diagnóstica fue enfermedades del sistema circulatorio, con una mayor representación en el área rural, con una participación del 12.36% en mujeres y 13.51% en hombres.

Tabla 6-18: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	14,26	13,68	13,37	12,45	14,89	14,79	13,77	15,75	15,98	12,58	14,82	17,62
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	8,58	6,98	23,52	20,95	7,35	5,65	21,81	17,54	7,06	11,48	19,08	21,64
Enfermedades y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	9,72	10,38	12,34	9,52	9,52	10,39	9,21	10,11	9,13	9,43	6,96	11,58
Enfermedades del sistema circulatorio	9,46	8,34	9,25	10,02	9,93	8,95	12,61	11,28	12,36	10,30	13,51	10,57
Enfermedades y trastornos del sist. endocrino, nutricional y metabólico	10,51	11,10	1,99	6,26	9,62	10,41	3,26	4,75	6,85	10,38	2,78	1,68
Otras causas	47,47	49,53	39,52	40,81	48,70	49,81	39,34	40,58	48,62	45,83	42,83	36,91

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de población con edades superiores a 60 años, la categoría que agrupó el mayor número de diagnósticos fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (17.40%), con diagnósticos como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (33.71%). En el patrón de distribución poblacional uno, esta categoría diagnóstica tuvo la mayor concentración de registros tanto en mujeres (19.25%) como en hombres (20.15%), procedentes de las áreas rurales. Las enfermedades del sistema circulatorio, tuvieron la segunda representación. Se observó que por los diagnósticos asociados a esta categoría consultaron con mayor frecuencia las mujeres provenientes de áreas rurales (15.92%) y los hombres provenientes de áreas urbanas (15.86%). En este grupo tuvo la mayor representación el diagnóstico insuficiencia cardíaca congestiva (15.99%).

En el patrón de distribución poblacional dos, la categoría enfermedades y trastornos del aparato circulatorio tuvo la mayor representación entre las categorías diagnósticas de consulta externa (19.05%). Los diagnósticos que se encontraran con mayor frecuencia fueron insuficiencia cardíaca congestiva (14.64%) y enfermedad cerebro-vascular, no especificada (10.83%). Cabe destacar la tercera categoría diagnóstica con mayor frecuencia fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (14.40%), con diagnósticos como otros dolores abdominales y los no especificados (36.89%) y hemorragia intestinal no especificada (9.80%). Respecto a este grupo de enfermedades se presentaron con mayor frecuencia en mujeres (19.44%) y hombres (19.88%) provenientes de áreas rurales. En el patrón poblacional tres se observó una distribución de las categorías diagnósticas similares a las del patrón poblacional dos, con una mayor participación en las poblaciones rurales.

Tabla 6-19: Primeras categorías diagnósticas mayores en consulta externa en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	19,25	17,44	20,15	19,40	13,32	13,00	17,87	15,21	21,94	13,12	19,98	16,70
Enfermedades del sistema circulatorio	15,92	15,33	14,26	15,86	19,44	18,23	19,88	18,06	20,46	19,53	18,30	19,12
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	13,83	13,31	14,97	13,26	15,14	13,34	15,30	12,96	13,55	14,86	14,23	14,89
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	9,59	8,47	9,18	9,32	9,80	8,66	8,95	8,97	9,46	10,57	7,57	8,39
Enfermedades y trastornos sistema musculo esquelético y tejido conectivo	8,73	10,20	5,28	6,64	9,03	10,57	5,75	7,59	5,95	7,59	6,84	8,24
Otras causas	32,68	35,25	36,16	35,53	33,27	36,20	32,25	37,22	28,64	34,33	33,08	32,65

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

▪ Morbilidad atendida en hospitalización 2008-2012

Para los tres patrones de distribución poblacional, la categoría diagnóstica mayor embarazo, parto y puerperio fue la que tuvo mayor representación entre las causas de hospitalización durante los años 2008 a 2012. En este grupo de diagnósticos, parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice presentó la mayor representación con un 28.56% de los diagnósticos de esta categoría. Fue seguido por parto por cesárea, sin otra especificación (12,3%) y parto por cesárea emergencia (11,08%). En el patrón de distribución poblacional uno, se pudo evidenciar que este diagnóstico tuvo una participación del 27.3% en el área rural y del 26.84% en el área urbana. En el patrón poblacional dos se encontró que tuvo mayor representación en el área urbana (29,41%), que en el área rural (28,90%). En cuanto al patrón de distribución poblacional tres se observó una participación entre el 34.91% (rural) y el 31.95% (urbano). En cuanto a la segunda categoría diagnóstica de mayor representación, se encontró que en el patrón uno fue enfermedades y trastornos del sistema digestivo, con una representación que varió entre el 10.89% (rural) y el 12.76% (urbano). En contraste, en los patrones de distribución poblacional dos y tres, se encontró que la segunda categoría diagnóstica fue lesiones, envenenamiento de efecto tóxico de drogas, con diagnósticos de carácter ortopédico, como fractura de diáfisis de radio, tibia o fractura de que clavícula.

Tabla 6-20: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización, según patrón poblacional y área de residencia (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano	
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Embarazo, parto y puerperio	1.158	27,30	4.980	26,84	1.821	28,90	1.182	29,41	1.761	34,91	683	31,95
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	462	10,89	2.368	12,76	701	11,13	455	11,32	502	9,95	246	11,51
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	550	12,97	2.253	12,14	708	11,24	419	10,43	550	10,90	197	9,21
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	506	11,93	1.876	10,11	802	12,73	466	11,59	611	12,11	268	12,54
Enfermedades del sistema circulatorio	262	6,18	1.087	5,86	487	7,73	273	6,79	371	7,35	149	6,97
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	149	3,51	723	3,90	275	4,36	162	4,03	121	2,40	97	4,54
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	164	3,87	750	4,04	182	2,89	156	3,88	114	2,26	43	2,01
Recién nacidos y otros neonatos	136	3,21	518	2,79	223	3,54	139	3,46	248	4,92	83	3,88
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	123	2,90	583	3,14	146	2,32	107	2,66	99	1,96	49	2,29
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	123	2,90	624	3,36	135	2,14	98	2,44	79	1,57	50	2,34
Suma 10 primeras causas	3.633	85,66	15.762	84,95	5.480	86,97	3.457	86,02	4.456	88,33	1.865	87,23
Resto	608	14,34	2.792	15,05	821	13,03	562	13,98	589	11,67	273	12,77
Total general	4.241	100	18.554	100	6.301	100	4.019	100	5.045	100	2.138	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de niños y niñas con edades inferiores a un año, se observó a nivel general que la primera causa de hospitalización estuvo enmarcada en la categoría diagnóstica recién nacidos y otros neonatos (47.97%). En esta categoría se encontraron diagnósticos como otras hipoglicemias neonatales (33.67%) e ictericia neonatal, no especificada (12.72%). Por otro lado, se pudo observar que con proporciones entre el 50,51% (niños, área rural) y el 71,71% (niñas, área rural), esta categoría representó los diagnósticos que originaron más hospitalizaciones en la población provenientes de municipios que tienen entre el 70 y uno al 90% de la población rural, respecto a la población total.

La segunda categoría diagnóstica fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (29.43%), donde causas como bronquiolitis aguda, no especificada (45.23%), bronconeumonía, no especificada (16.96%) y neumonía, no especificada (15.08%) fueron los diagnósticos con mayor concentraciones.

Tabla 6-21: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en menores de 1 año, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Recién nacidos y otros neonatos	61,11	49,81	42,14	41,50	51,50	44,59	38,93	43,95	71,71	57,14	50,51	51,32
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	22,22	25,19	27,14	33,17	28,33	34,39	40,08	35,03	16,59	23,38	30,81	28,95
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	1,59	7,84	10,71	9,17	3,00	5,10	6,49	7,01	1,95	6,49	4,55	7,89
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	5,56	2,80	1,43	2,00	2,58	5,73	1,15	3,18	0,98	0,00	0,00	0,00
Enfermedades infecciosas y parasitarias sistémicas o de sitios no especificados	2,38	3,54	4,29	2,17	1,29	1,27	2,67	1,91	0,98	0,00	1,01	1,32
Otras Causas	7,14	10,82	14,29	12,00	13,30	8,92	10,69	8,92	7,80	12,99	13,13	10,53

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de personas con edades entre uno a cuatro años, se observó que la primera categoría diagnóstica mayor fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio con una representación del 36.07% del total de causas hospitalización. Esta categoría agrupó diagnósticos como bronconeumonía, no especificada (26.03%), neumonía no especificada (22.05%) y bronquiolitis aguda, no especificada (15.25%). Esta categoría, fue seguida por enfermedades y trastornos del aparato digestivo (23.17%).

En el patrón poblacional uno se observó que la categoría diagnóstica mayor, enfermedades y trastornos del aparato respiratorio osciló en el área rural entre el 30.09%

(hombres) y el 37.80% (mujeres). Esta categoría, en el patrón de distribución poblacional dos tuvo una alta concentración en los hombres del área rural (42.58%). En el patrón de distribución poblacional tres, la mayor participación de esta categoría fue en las mujeres del área urbana (42%).

Cabe destacar que las quemaduras, como la categoría que representó la cuarta mayor proporción entre los motivos hospitalización en menores con edades entre unos cuatro años, estuvo asociada a diagnósticos como quemaduras de múltiples regiones, de no más de segundo grado (23.17%), quemaduras del tronco, de segundo grado (13.41%) y quemaduras de segundo grado, en región del cuerpo no especificada (12.20%).

Tabla 6-22: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	37,80	36,53	30,09	39,03	39,80	35,51	42,58	34,65	35,82	42,00	38,61	31,91
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	17,07	26,74	23,89	27,42	13,27	14,95	17,42	17,82	16,42	8,00	19,80	25,53
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	8,54	7,16	10,62	12,26	17,35	8,41	12,90	15,84	13,43	10,00	14,85	12,77
Quemaduras	6,10	1,32	6,19	0,97	4,08	5,61	3,23	1,98	8,96	10,00	7,92	8,51
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	3,66	8,29	1,77	1,94	9,18	12,15	2,58	2,97	4,48	6,00	0,99	2,13
Otras Causas	26,83	19,96	27,43	18,39	16,33	23,36	21,29	26,73	20,90	24,00	17,82	19,15

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad compuesto por personas entre cinco a 14 años se observó que la primera categoría diagnóstica fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (28,88%). Esta categoría agrupó diagnósticos como fractura de la diáfisis del cúbito del radio (8,32%), fractura de la diáfisis del húmero (6,98%), fractura de un dedo en la mano (5,35%). La segunda categoría fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con diagnósticos como otros abdominales y los no especificados (23,69%) y apendicitis aguda, no especificada (20,43%).

En el patrón poblacional uno, la categoría diagnóstica que agrupó los motivos de hospitalización con mayor representación fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo, con una participación entre el 18.75% y el 22.86%, en el área rural. En los patrones poblacionales dos y tres se observó que la primera categoría diagnóstica coincidió con lo observado a nivel general. Se observó que tuvo una importante participación en los hombres provenientes de áreas rurales (41.29% en hombres

procedentes del grupo de municipios del patrón poblacional dos y 52.86% en el patrón tres).

Tabla 6-23: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	22,86	17,34	28,13	27,41	29,45	30,61	41,29	40,68	38,53	39,58	52,86	35,38
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	22,86	26,41	18,75	26,30	24,66	20,41	20,65	22,03	17,43	14,58	13,57	16,92
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	9,52	13,51	16,41	17,04	7,53	8,16	12,26	5,08	5,50	8,33	5,00	15,38
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	2,86	6,05	8,59	4,81	6,16	3,06	0,65	5,08	4,59	0,00	2,14	7,69
Embarazo, parto y puerperio	12,38	7,66	0,00	0,00	8,90	6,12	0,00	0,00	15,60	14,58	0,00	0,00
Otras Causas	29,52	29,03	28,13	24,44	23,29	31,63	25,16	27,12	18,35	22,92	26,43	24,62

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Las personas con edades entre 15 a 44 años, accedieron al servicio de hospitalización debido a diagnósticos asociados a la categoría embarazo, parto y puerperio (57.22%). En esta categoría los diagnósticos que tuvieron mayor participación fueron parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (32.37%), parto por cesárea, sin otra especificación (12.58%) y parto por cesárea de emergencia (11.06%). Ésta categoría diagnóstica tuvo características similares en los tres patrones de distribución poblacional con frecuencias que en el área rural oscilaron entre el 69.5% (patrón de distribución poblacional uno) y el 81.8% (patrón de distribución poblacional tres).

La categoría lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas ocupó el segundo lugar con una frecuencia general de 10.62%. Esta categoría tuvo mayores participaciones en los hombres del área rural, con proporciones que variaron entre el 46% (patrón de distribución poblacional dos) y el 50 y 2.2% (patrón de distribución poblacional tres).

Tabla 6-24: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Embarazo, parto y puerperio	69,5	65,4	0,0	0,0	73,6	72,2	0,0	0,0	81,8	76,5	0,0	0,0
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	4,4	3,2	46,6	39,7	2,5	3,3	46,0	43,0	2,5	2,0	52,2	48,1
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	4,8	7,2	14,4	15,8	5,3	5,8	12,8	18,8	4,1	5,3	13,0	17,1
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	2,7	3,8	0,8	2,6	3,4	3,6	3,7	2,5	1,4	2,8	1,2	6,7
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	4,2	4,5	0,0	0,0	3,2	3,4	0,0	0,0	1,8	2,7	0,0	0,0
Otras Causas	14,3	16,0	38,2	42,0	12,0	11,7	37,5	35,7	8,4	10,5	33,6	28,1

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad correspondiente a 45 a 59 años, se observó que la categoría diagnóstica con mayor representación fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (15.46%). En ésta categoría, los diagnósticos cuyas mayores frecuencias se registraron fueron otros dolores abdominales y los no especificados (25.55%) y hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción, ni gangrena (12.97%). La segunda categoría fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (14.86%), donde los diagnósticos que tuvieron mayor representación fueron los de tipo ortopédico.

En cuanto al patrón de población uno, la categoría diagnóstica con la mayor frecuencia coincidió con lo observado a nivel general. Éste grupo de diagnósticos tuvo mayor prevalencia en los hombres de las zonas rurales de este grupo de municipios (19.02%). La segunda categoría diagnóstica con mayor frecuencia fue enfermedades del sistema circulatorio con una participación general del 12.2%. Los diagnósticos con mayor representación en esa categoría fueron venas varicosas de los miembros inferiores, sin úlcera, ni inflamación (28.86%) e insuficiencia cardíaca congestiva (19.24%).

Para las personas provenientes de los municipios con características del patrón de distribución poblacional dos, la primera categoría diagnóstica fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, con una representación general el 17.94%. En dicha categoría se encontraron diagnósticos asociados a lesiones de carácter ortopédico, ubicadas en miembros inferiores (18.64%). Cabe destacar que este tipo de diagnósticos fue más frecuente en las áreas rurales, tanto en hombres (27.61%), como en mujeres (13.92%). En cuanto al patrón poblacional tres, se observó una distribución de las categorías diagnósticas similar a la de la categoría dos, con la diferencia de que la primera categoría diagnóstica tuvo mayor representación en el sexo masculino.

Tabla 6-25: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	12,18	11,77	19,02	17,39	13,69	16,39	20,25	17,68	19,33	10,26	20,26	24,24
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	8,97	6,70	20,11	20,65	13,92	6,23	27,61	31,10	9,67	17,09	27,31	27,27
Enfermedades del sistema circulatorio	15,71	11,64	10,33	12,02	12,99	9,51	11,35	13,41	15,24	14,53	14,98	5,05
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	8,97	10,01	11,96	4,43	13,23	10,82	6,75	4,27	6,32	8,55	5,29	15,15
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	8,65	7,24	13,04	11,44	6,26	4,92	7,06	9,15	7,06	3,42	11,01	9,09
Otras Causas	45,51	52,64	25,54	34,07	39,91	52,13	26,99	24,39	42,38	46,15	21,15	19,19

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En las personas con edades superiores a los 60 años se observó que la principal categoría diagnóstica, que originó eventos de hospitalización fue enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (23.28%). Los diagnósticos que hacen parte esta categoría fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (42.02%) y neumonía, no especificada (16.26%). La segunda categoría fue enfermedades del sistema circulatorio (18.63%), con insuficiencia cardíaca congestiva (32.36%) y enfermedad cerebrovascular, no especificada (17.82%), como los diagnósticos con mayor representación dentro de ésta categoría.

En el patrón de distribución poblacional uno, la categoría diagnóstica de mayor representación coincidió con lo observado a nivel general, este grupo de patologías varió desde el 24.16% (femenino, urbano) hasta el 27.32% (femenino rural) y desde el 24.84% (masculino, urbano) hasta del 26.44% (masculino, rural).

En el grupo de municipios que cumplieron con las características del patrón de distribución poblacional dos, se observó que la primera categoría diagnóstica con mayor representación fue enfermedades del sistema circulatorio (21.34%), ésta categoría tuvo mayor representación en hombres (22.37%) y mujeres (20.87%) de áreas rurales. Frente a la tercera categoría diagnóstica con mayor representación, se observó que fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (15.74%). De este grupo de diagnósticos hemorragia gastrointestinal, no especificada (19.26%) fue el diagnóstico de hospitalización con la mayor participación en esta categoría. Por otra parte, los hombres de áreas rurales fueron más comúnmente hospitalizados por este grupo de causas (17.68%). En cuanto al patrón de distribución poblacional tres, se observó una

distribución similar a la distribución general, donde las personas provenientes de áreas rurales, tanto hombres (24.04%), como mujeres (28.32%) fueron hospitalizadas con mayor frecuencia por causas asociadas enfermedades y trastornos del aparato respiratorio.

Tabla 6-26: Primeras categorías diagnósticas mayores en hospitalización en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	27,32	24,16	26,44	24,84	17,89	21,85	21,74	18,73	28,32	15,35	24,04	18,78
Enfermedades del sistema circulatorio	17,54	15,96	13,56	17,54	22,37	22,08	20,87	19,26	23,95	22,44	17,94	22,07
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	12,31	13,37	17,47	17,41	15,26	13,91	17,68	13,72	13,27	14,96	17,25	20,66
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	10,96	9,70	10,34	8,67	13,16	10,15	9,28	10,03	8,74	12,99	10,10	7,04
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	6,41	5,44	7,13	6,24	4,34	4,64	4,78	11,35	4,37	2,76	4,88	6,10
Otras Causas	25,46	31,37	25,06	25,30	26,97	27,37	25,65	26,91	21,36	31,50	25,78	25,35

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

▪ Morbilidad atendida en urgencias 2008-2012

En el servicio de urgencias se observó que la categoría diagnóstica con mayor representación fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (22.66%). Esta categoría diagnóstica agrupó diagnósticos como otros dolores abdominales y los no especificados (48.72%) y dolor pélvico y perineal (3.94%). La primera categoría fue seguida por lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (18.57%), agrupando diagnósticos como herida del dedos de la mano, sin daño de las uñas (5.54%), herida del cuero cabelludo (4.33%), mordedura o ataques de perro: calles y carreteras (3.41%). Categorías como enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (16.24%), politraumatismo (3.68%) y embarazo, parto y puerperio (3.66%) ocuparon el tercer, cuarto y quinto lugar respectivamente respecto a los motivos de consulta en urgencias.

En el patrón de distribución poblacional uno se observó que la categoría diagnóstica con mayor representación fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (22.88%), con una representación que varió desde el 21.55% (rural) hasta el 23.13% (urbano). Las lesiones, envenenamientos y efecto tóxico de drogas (18.15%), fueron las categorías con la segunda mayor concentración variando desde el 17.71% (urbano) hasta el 20.47% (rural). Características similares a las de éste patrón fueron observadas en el patrón de distribución poblacional dos. En cuanto al patrón de distribución poblacional tres, la

primera categoría diagnóstica mayor fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas 20.36%, con una mayor representación en el área rural 20.55%.

Tabla 6-27: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias, según patrón poblacional y área de residencia

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano	
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	2.736	21,55	15.539	23,13	2.304	21,87	1.685	23,33	1.161	19,51	619	21,88
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	2.600	20,47	11.894	17,71	2.024	19,21	1.333	18,46	1.223	20,55	565	19,97
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	2.063	16,25	11.248	16,75	1.667	15,82	1.045	14,47	1.053	17,69	412	14,56
Politraumatismo	491	3,87	2.343	3,49	428	4,06	248	3,43	220	3,70	100	3,53
Embarazo, parto y puerperio	399	3,14	2.139	3,18	497	4,72	340	4,71	335	5,63	162	5,73
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	439	3,46	2.438	3,63	314	2,98	250	3,46	187	3,14	75	2,65
Enfermedades del sistema circulatorio	397	3,13	1.641	2,44	546	5,18	305	4,22	405	6,81	174	6,15
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	296	2,33	1.711	2,55	219	2,08	180	2,49	155	2,60	68	2,40
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	312	2,46	1.570	2,34	233	2,21	198	2,74	109	1,83	69	2,44
Enfermedades y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	308	2,43	1.631	2,43	233	2,21	141	1,95	100	1,68	50	1,77
Suma 10 primeras causas	10.041	79,07	52.154	77,65	8.465	80,35	5.725	79,27	4.948	83,15	2.294	81,09
Resto	2.658	20,93	15.013	22,35	2.070	19,65	1.497	20,73	1.003	16,85	535	18,91
Total general	12.699	100	67.167	100	10.535	100	7.222	100	5.951	100	2.829	100

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Las enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (41.02%) fue la categoría diagnóstica con mayor representación en el servicio de urgencias, en menores de un año. En tal categoría los motivos más frecuentes de consulta se relacionaron con bronquiolitis aguda, no especificada (13.27%) y bronquiolitis aguda, no especificada (8.87%). En el patrón de distribución poblacional uno, esta categoría representó el 39.78% de los motivos de consulta en urgencias agrupados, con mayor participación en las personas provenientes de áreas rurales, tanto en el sexo femenino (44.62%), como en el sexo masculino (42.71%). La segunda causa fue enfermedades y trastornos del sistema digestivo, con una participación mayor de los pacientes provenientes del área

urbana, variando desde el 21.69% (masculino) al 22, 91% (femenino). Para los patrones de distribución poblacional dos y tres se observó el mismo comportamiento que en el primer patrón.

Tabla 6-28: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en menores de 1 año, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	44,62	38,52	42,71	39,57	44,26	50,24	45,98	44,72	43,24	49,23	48,92	46,24
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	18,99	22,91	18,41	21,69	18,03	13,27	18,84	16,58	15,54	13,85	10,82	20,43
Recién nacidos y otros neonatos	4,75	4,56	7,16	4,57	6,15	5,21	6,65	10,05	14,86	4,62	12,99	10,75
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	2,22	2,22	1,79	1,69	1,23	3,32	1,66	1,51	1,35	1,54	2,16	4,30
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	1,90	1,94	1,79	2,09	2,05	0,47	2,22	3,52	2,03	6,15	1,30	0,00
Otras causas	27,53	29,86	28,13	30,39	28,28	27,49	24,65	23,62	22,97	24,62	23,81	18,28

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Las personas con edades entre uno a cuatro años acudieron con mayor frecuencia a los servicios de urgencias, por diagnósticos agrupados en la categoría diagnóstica mayor enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (26.33%). En este grupo de patologías, tuvieron la mayor participación diagnósticos como bronconeumonía, no especificada (12.12%) y neumonía, no especificada (11.21%). En los tres patrones de distribución poblacional se observó que esta categoría diagnóstica mayor tuvo distribuciones similares tanto en las áreas urbanas y rurales.

Tabla 6-29: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 1 a 4 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	24,71	25,97	24,79	27,40	23,30	24,87	27,37	26,54	27,98	25,36	31,10	25,55
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	23,89	24,99	21,57	24,24	22,33	21,28	20,93	-	22,62	16,67	20,49	21,90
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	11,37	9,12	13,95	11,40	17,48	11,03	18,25	-	18,45	16,67	12,37	17,52
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	3,46	3,06	1,19	1,32	2,43	8,21	2,33	-	2,98	4,35	1,06	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2,80	3,44	2,15	3,60	2,18	1,54	1,25	-	0,60	3,62	2,12	0,73
Otras causas	33,77	33,43	36,35	32,04	32,28	33,08	29,87	73,46	27,38	33,33	32,86	34,31

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad de personas con cinco a 14 años se encontró que la categoría diagnóstica mayor: lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (22.75%) registró la mayor representación entre las causas de consulta en urgencias. Los diagnósticos mordedura o ataque de perro: calles y carreteras (4,31%) y contusión de codo (3.44%) tuvieron la mayor participación, a pesar de la gran desagregación de esta categoría. La segunda categoría con mayor representación fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (19.89%), donde el diagnóstico otros dolores abdominales y los no especificados (46.04%) presentó la mayor concentración entre los motivos de consulta para esta categoría.

En cuanto al patrón de distribución poblacional uno, se observó el mismo comportamiento que nivel general, sin embargo los hombres de áreas urbanas (29.54%) y de áreas rurales (34.36%) fueron quienes más consultaron por los diagnósticos agrupados en la categoría lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas. En cuanto a la segunda categoría diagnóstica, asociada los trastornos del aparato digestivo, se observó que las mujeres consultan con mayor frecuencia por este tipo de patologías. En el patrón de distribución poblacional dos, se encontró que a pesar de tener la misma distribución del patrón anterior, para el caso de lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas, el diagnóstico con mayor representación fue contusión de codo (4.52%). Esta categoría también tuvo una alta representación en los hombres de las zonas rurales (41.53% y urbanas (44.50%). En el patrón de distribución poblacional tres se observó que la categoría diagnóstica asociada a lesiones tuvo una mayor participación en los hombres del área rural (51.67%). La categoría enfermedades y trastornos del aparato digestivo tuvo una mayor participación en las mujeres de las áreas urbanas (22.41%) y rurales (21.05%).

Tabla 6-30: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 5 a 14 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	20,35	17,27	34,46	29,54	25,66	25,84	41,53	44,50	38,28	38,79	51,67	35,53
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	23,72	28,03	17,06	19,61	27,29	25,84	16,53	18,85	21,05	22,41	14,50	17,76
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	16,54	17,65	17,06	18,47	11,41	13,42	15,12	11,78	8,61	7,76	6,69	10,53
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	3,51	3,67	1,17	0,62	2,04	3,36	0,81	1,05	2,39	4,31	1,86	1,97
Politraumatismo	4,10	3,15	4,44	4,10	2,65	3,36	3,83	2,62	4,31	4,31	4,46	8,55
Otras causas	31,77	30,23	25,82	27,67	30,96	28,19	22,18	21,20	25,36	22,41	20,82	25,66

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

Para el grupo de edad correspondiente a edades entre 15 a 44 años se determinó que la categoría enfermedades y trastornos del aparato digestivo (16.96%) y lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (15.85%) fueron las categorías por cuyos diagnósticos se consultaron en mayor proporción en los servicios de urgencias.

En el patrón de distribución poblacional uno se encontró que el 17.97% de las personas que acudieron a los servicios de urgencias consultaron por patologías asociadas enfermedades y trastornos del aparato digestivo, éstas personas consultaron por otros dolores abdominales y los no especificados (51.55%). La segunda categoría de consulta fue lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (16.27%), con diagnósticos altamente desagregados como herida de dedo de la mano, sin daño de la uña (5.85%) y, herida al cuero cabelludo (3.10%). Frente a este grupo de diagnóstico se encontró una mayor participación de las mujeres de las áreas urbanas (29.56%) y del área rural (28.70%). En cuanto a la categoría diagnóstica asociada a causas externas se encontró una mayor participación de los hombres de la zona rural (49.79%) y urbana (43.17%).

En las personas provenientes de los municipios con características del patrón dos se observó que la categoría diagnóstica embarazo, parto y puerperio tuvo la mayor representación con el 18.36% del total del total de consultas en urgencias. En esta categoría agrupó diagnósticos como parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (16.96 %) y amenaza al aborto (15.85 %), los cuales tuvieron las mayores participaciones en los diagnósticos pertenecientes a esta categoría.

Para las personas provenientes de municipios con poblaciones rurales que representan entre el 71% al 90% de la población total, la categoría diagnóstica con mayor demanda fue embarazo parto y puerperio con representaciones del 24.65% (rural) y el 22.05% (urbana). Esta categoría diagnóstica fue seguida por lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (15.98%), donde se observó una mayor participación en las personas provenientes de áreas rurales (50.27%). Cabe destacar que a pesar de la desagregación de la categoría, el diagnóstico con mayor representación en esta categoría diagnóstica fue efecto tóxico de plaguicidas (pesticidas: insecticidas fosforados y carbamatos (2.86%).

Tabla 6-31: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 15 a 44 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	28,70	29,56	11,76	14,23	28,37	29,60	13,43	20,63	25,91	28,85	12,73	17,61
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	12,17	10,92	49,79	43,17	9,53	9,40	42,35	41,73	9,86	8,88	50,27	48,12
Embarazo, parto y puerperio	11,30	10,76	0,00	0,00	18,17	16,98	0,00	0,00	24,65	22,05	0,00	0,00
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	6,97	8,48	8,16	8,70	6,78	4,62	8,16	6,13	4,78	4,72	5,39	5,16
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	7,15	6,85	0,11	0,29	8,34	9,20	0,13	0,09	10,75	11,51	0,32	0,23
Otras causas	33,70	33,43	30,18	33,61	28,82	30,20	35,95	31,41	24,05	23,99	31,28	28,87

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo de edad de 45 a 59 años se encontró que la principal causa de diagnóstico fue enfermedades y trastornos del aparato digestivo (15.41%), seguida de lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas (13.25%).

En el patrón de distribución poblacional uno se observaron características similares a las encontradas en la distribución general, donde las enfermedades y trastornos del aparato digestivo representaron el 14.93 % de los grupos de diagnósticos que motivaron la consulta en urgencias y las lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas el 13.24. Se observó que la categoría diagnóstica de trastornos del aparato digestivo, tuvo mayor representación en mujeres del área urbana (23.91%) y del área rural (23.42%). En cuanto a los diagnósticos de causa externa, éstos, tuvieron mayor representación entre hombres que residen en las zonas rurales (37.38%) y urbanas (31.55%).

Para el patrón de distribución poblacional dos, la categoría asociada a trastornos del aparato digestivo, también tuvo la mayor representación con el 16.27% de los casos. El diagnóstico con mayor participación fue otros dolores abdominales y los no especificados (44.53%). A esta categoría diagnóstica, le siguió lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas con una representación del 12.82%. En las personas, que viven en municipios con las características del patrón de distribución poblacional tres, las enfermedades y trastornos del aparato digestivo representaron para las mujeres la mayor participación con el 30,32%.

Tabla 6-32: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias en personas con edades entre 45 a 59 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	23,42	23,91	15,89	14,70	25,98	31,37	17,92	19,58	30,32	21,97	18,30	18,38
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	14,75	12,49	37,38	31,55	14,83	12,17	31,16	29,38	12,77	19,65	29,65	24,26
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	13,29	14,38	13,83	13,70	14,44	11,03	11,73	15,43	15,43	10,40	17,67	13,24
Enfermedades y trastornos sistema musculo esquelético y tejido conectivo	3,49	4,96	6,17	4,76	4,07	1,90	4,02	5,04	1,86	1,16	3,79	5,88
Enfermedades del sistema circulatorio	7,66	4,75	4,30	5,42	6,17	4,18	8,04	5,34	7,18	9,25	6,94	6,62
Otras causas	37,39	39,50	22,43	29,86	34,51	39,35	27,14	25,22	32,45	37,57	23,66	31,62

Fuente: Hospital regional de Sogamoso, 2013.

En el grupo a población de personas con edades superiores a 60 años se observó que las enfermedades del aparato respiratorio tuvieron la mayor representación (19.30%), con diagnósticos como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (19.30%). La segunda causa que motivó con mayor frecuencia las consultas en el servicio de urgencias fue enfermedades del sistema circulatorio (16.32%), donde el diagnóstico insuficiencia cardíaca congestiva (18.66%) tuvo la mayor participación en este grupo de enfermedades. El patrón de distribución poblacional uno, tuvo características similares a las observadas de manera general.

En cuanto al patrón de distribución poblacional dos, se observó que la primera categoría diagnóstica fue enfermedades y trastornos del aparato circulatorio (18.86%). En este grupo de diagnósticos las causas que tuvieron la mayor representación fueron insuficiencia cardíaca congestiva (18.73%) y enfermedad cerebrovascular, no especificada (11.38%). Esta categoría diagnóstica fue seguida por enfermedades del aparato respiratorio (16.57%), con patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, que representó el 21.36% de los diagnósticos agrupados en la categoría.

Finalmente, el patrón de distribución poblacional tres registró las mismas categorías diagnósticas observadas a nivel general y en el patrón poblacional uno. Las enfermedades y trastornos del aparato respiratorio tuvieron una mayor representación en hombres (22.37%) y mujeres (29.13%) que proceden de áreas rurales.

Tabla 6-33: Primeras categorías diagnósticas mayores en urgencias, en mayores de 60 años, según sexo (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	Categoría A				Categoría B				Categoría C			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Rural	Urbano										
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	23,40	25,29	25,63	23,53	20,06	21,42	25,10	19,46	29,13	22,28	27,37	22,37
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	21,79	19,97	18,87	18,11	21,78	19,71	19,68	16,61	17,63	19,63	17,64	22,03
Enfermedades del sistema circulatorio	14,01	11,83	8,62	10,85	16,47	17,21	16,44	15,94	21,36	21,22	15,69	17,63
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	12,11	11,12	13,52	14,09	10,93	12,35	13,21	12,92	10,08	11,67	12,84	11,53
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	2,42	3,54	8,62	8,93	2,97	3,15	5,32	8,22	2,74	2,92	6,87	5,42
Otras causas	26,27	28,25	24,75	24,49	27,79	26,15	20,25	26,85	19,06	22,28	19,58	21,02

Fuente: ESE Hospital Regional de Sogamoso, 2013.

▪ Morbilidad atendida por Eventos de Notificación Obligatoria 2008-2012

El Hospital Regional de Sogamoso, dada la estructura del Sistema de Vigilancia Salud Pública (SIVIGILA), es una unidad primaria generadora de datos (UPGD) que notifica secretaría de salud municipal de Sogamoso. Ésta, una vez compilada la información de las restantes cinco UPGD del municipio, notifica a la secretaría de salud departamental. Por tanto los resultados que se muestran a continuación son los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), son los presentados únicamente en la institución y por tanto muestran parte del comportamiento de los eventos en el municipio. Respecto a los demás municipios del área de influencia del Hospital Regional de Sogamoso, cabe destacar que las instituciones de primer nivel notifican de manera directa al nivel departamental, por ello, parte de del comportamiento de los eventos de interés en salud pública presentados en estos municipios, también se evidencia en estos resultados.

Para efectos de la presentación de este apartado, con el fin de facilitar su análisis fueron clasificados en cuatro grandes grupos: eventos transmisibles, eventos no transmisibles, los factores de riesgo ambiental y eventos relacionados con salud mental. Cabe aclarar que el insumo de la información presentada a continuación fue suministrado por el Instituto Nacional de Salud y que fue analizada en términos de variables como área de procedencia, año de ocurrencia del evento y el patrón de distribución poblacional.

▪ Eventos transmisibles

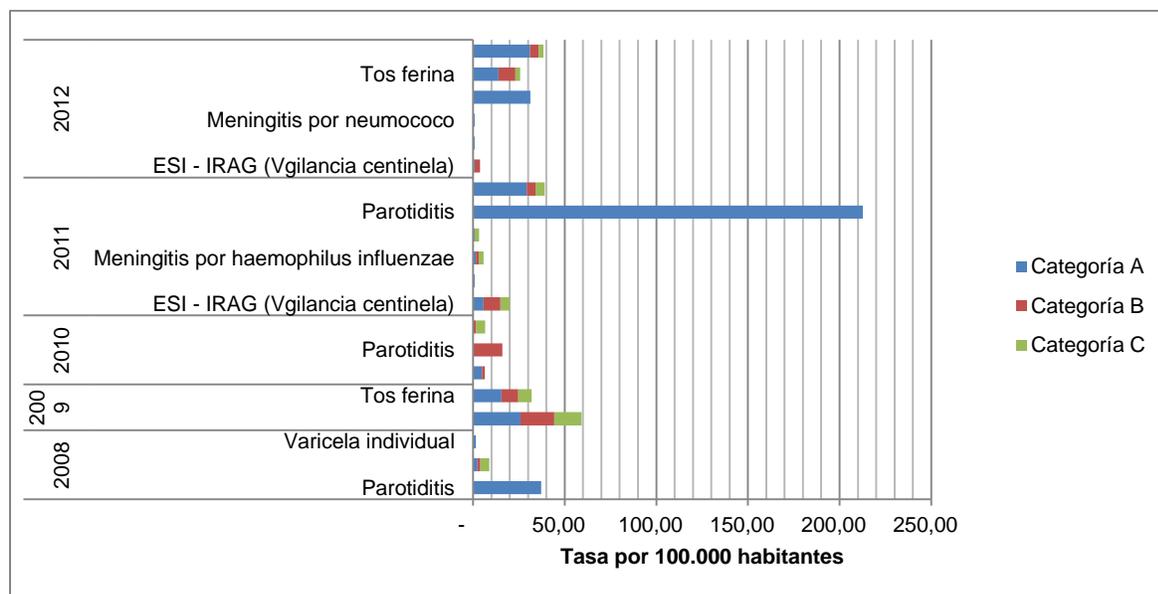
Dentro de los eventos transmisibles se crearon subgrupos: inmunoprevenibles, eventos de transmisión sexual, zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores y

micobacterias. En cuanto a los eventos transmisibles, inmunoprevenibles se observó un comportamiento general que no superó los 60 casos por 100.000 habitantes. En los municipios cuya población corresponde al patrón de distribución poblacional uno, se encontró que las patologías con mayor proporción de incidencia fueron parotiditis (212 casos por 100,000 habitantes, en el 2011) y varicela individual (5 casos por 100,000 habitantes). Estos casos con altas incidencias se asociaron a nexos epidemiológicos en instituciones educativas, frente a lo que se implementaron las estrategias de control por parte de la secretaria municipal de salud de Sogamoso.

En los municipios con un patrón de distribución dos se observó que enfermedades como tos ferina (nueve casos por 100,000 habitantes en el 2009 y en el 2012) y parotiditis (16 casos por 100,000 habitantes en el 2010), fueron los casos con más alta proporción de incidencia para este grupo de municipios.

Finalmente, en cuanto al patrón de distribución poblacional tres se observó que éste grupo de enfermedades no representó incidencias mayores a tres casos por 100,000 habitantes, a excepción de Enfermedades Similares a la Influenza, que con posterioridad al 2009 (año de la pandemia por el virus AH1N1) registró una incidencia de 15 casos por 100,000 habitantes.

Figura 6-11: Morbilidad notificada por eventos inmunoprevenibles, por patrón de distribución poblacional, (2008 – 2012)

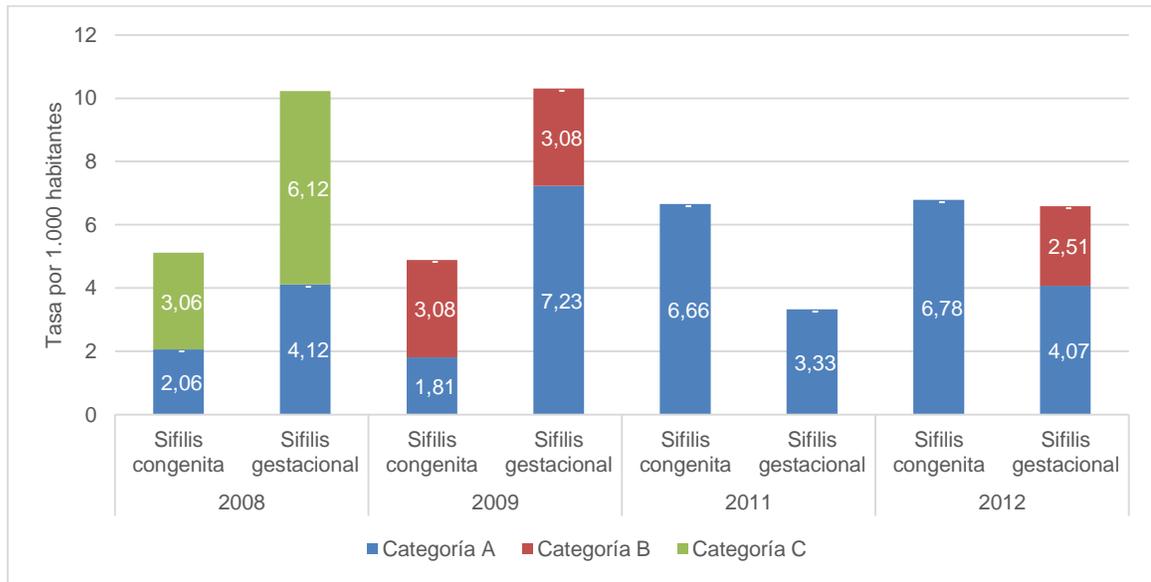


Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

El análisis de las enfermedades de transmisión sexual, permitió observar que las proporciones de incidencia más altas procedían de los municipios con características del patrón de distribución poblacional uno. En cuanto al patrón de distribución poblacional dos se observó que ocurrieron 3,08 casos por 100.000 habitantes de sífilis gestacional durante el año 2009. Por otro lado, ocurrieron entre 2,51 (2012) 3,08 (2009) casos de sífilis congénita por 100.000 habitantes. En los municipios, cuyas características corresponden patrón de distribución poblacional tres, durante el año 2008 se observaron entre 3,06 (sífilis congénita) y 6,12 (sífilis gestacional) casos 100.000 habitantes.

Aunque las tasas reportadas para los municipios del grupo poblacional uno no superan lo observado a nivel departamental o nacional, esta marcada diferencia de los municipios con menor proporción rural, es un llamado de alerta al análisis detallado de los programas de salud sexual y reproductiva del departamento, con el fin de fortalecer estrategias que mejoren la calidad del programa de atención prenatal y el aumento de las coberturas de otros programas contemplados por la política pública.

Figura 6-12: Morbilidad notificada por sífilis congénita y sífilis gestacional, 2008 – 2012

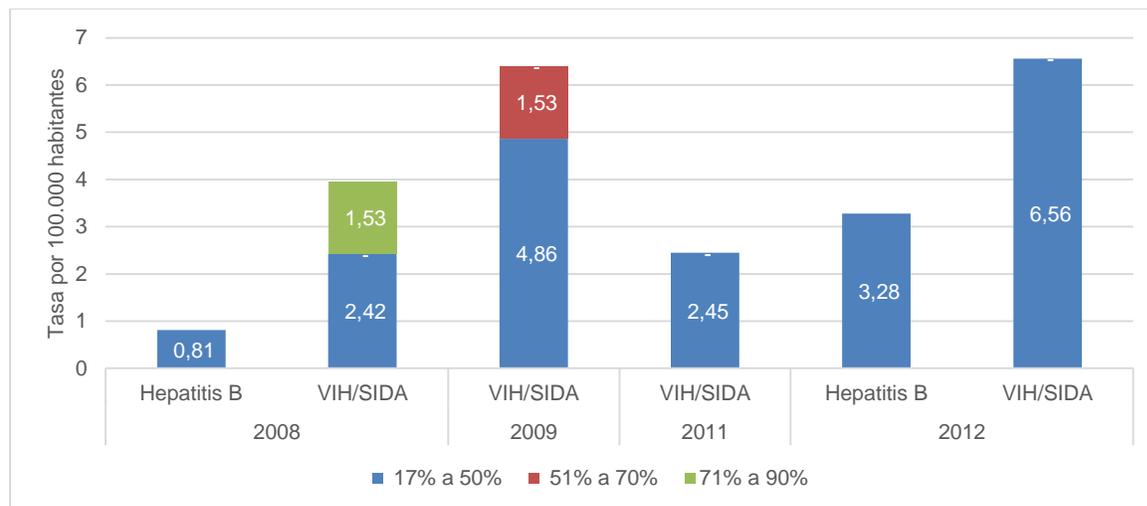


Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

La morbilidad notificada por VIH/SIDA, permitió evidenciar durante el periodo de análisis que en los municipios con características del patrón poblacional uno, no se registraron incidencias superiores a seis casos por 100.000 habitantes; los años con más altas incidencias fueron sido el 2009 y el 2012. Por otra parte, en los clasificados bajo el patrón de distribución poblacional dos, ocurrió un caso de mortalidad por VIH/SIDA. En los

municipios correspondientes al patrón poblacional tres, también se evidenció un caso durante el año 2008.

Figura 6-13: Morbilidad notificada por Hepatitis B y VIH/SIDA, 2008 - 2012



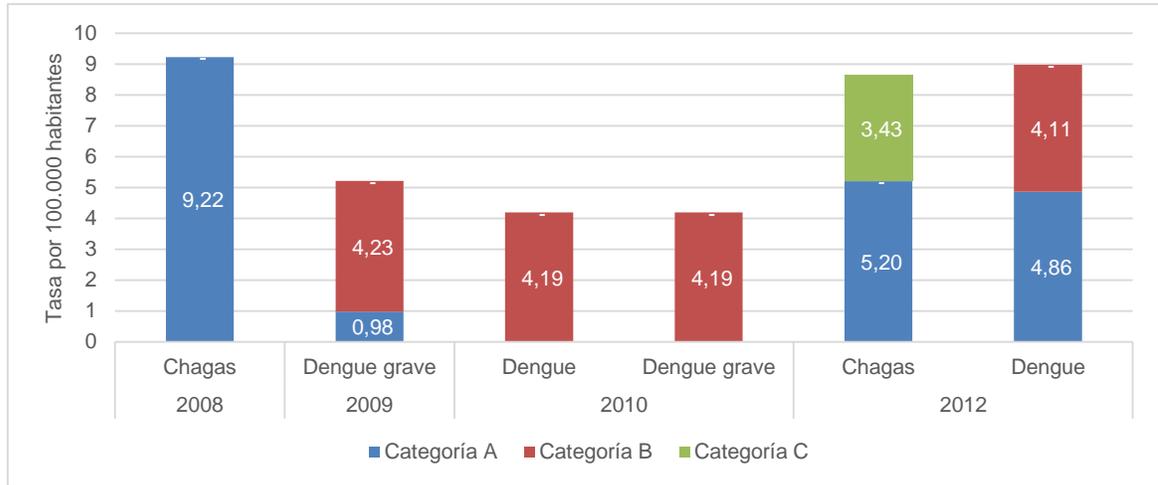
Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

El área de influencia del Hospital Regional de Sogamoso, cuenta con municipios con carácter de endemidad para algunas enfermedades transmitidas por vectores como dengue y Chagas, además la cercanía geográfica con el departamento de Casanare, es un factor que influye en la incidencia de estos eventos en las poblaciones bajo análisis.

En cuanto a la enfermedad de Chagas se evidenció una proporción de incidencia de 9,22 casos por 100,000 habitantes, lo cual correspondió a dos casos provenientes de los municipios de Pajarito y Labranzagrande, sin embargo debido a fallas en la notificación, estos casos se registraron como provenientes de la ciudad que Sogamoso. En el año 2012 ocurre al parecer una situación similar, que hizo que se atribuyeron los casos a los municipios con características del patrón poblacional uno, aunque en la base de datos no se pudo corroborar el origen real de estos pacientes. Frente al patrón poblacional tres se evidenció un caso de Chagas en el 2012 (3.43 casos por 100,000 habitantes), el cual provenían del municipio de Labranzagrande.

Los casos de dengue se presentaron con mayor frecuencia en los municipios con características del patrón de distribución poblacional dos, con proporciones de incidencia que variaron entre 4,11 y 4,23 casos por 100,000 habitantes.

Figura 6-14: Morbilidad notificada por eventos Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2008 - 2012

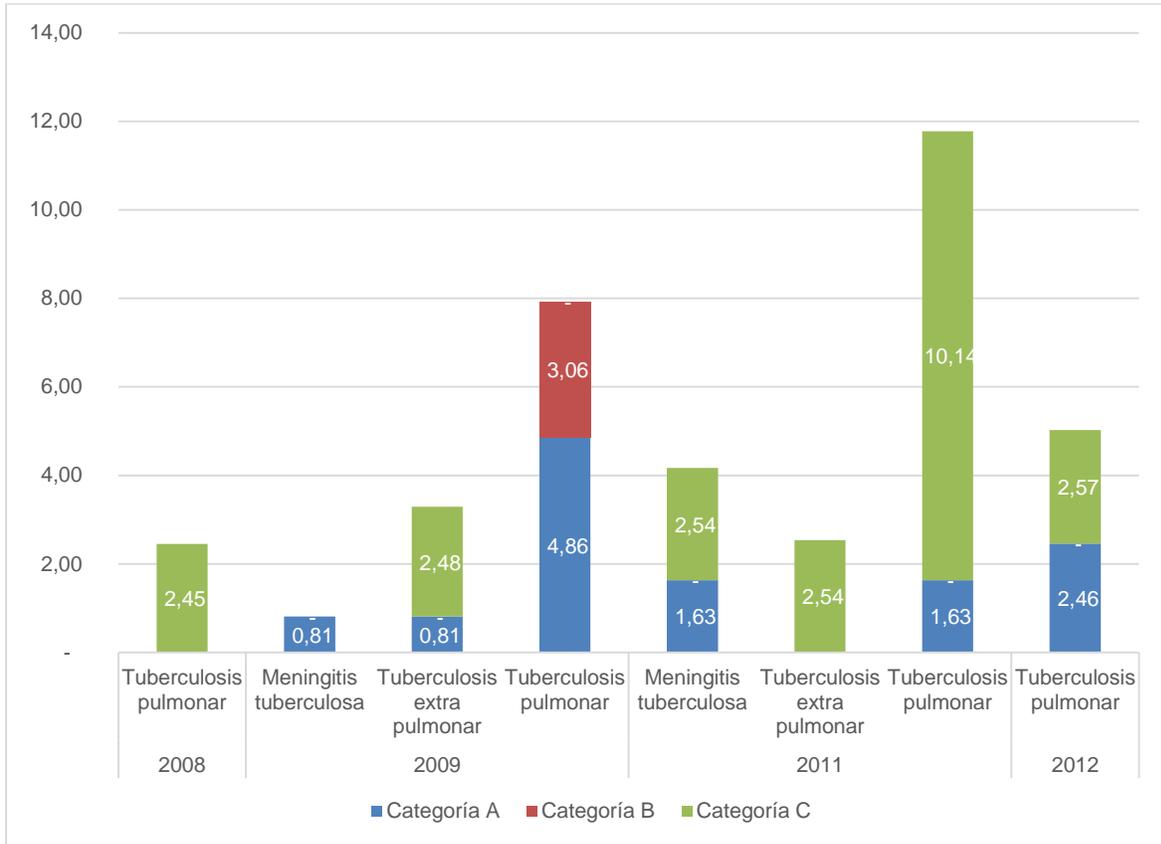


Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

Respecto a las enfermedades transmitidas por micobacterias se encontró que los municipios cuya población correspondía a las características del patrón de distribución poblacional tres, fueron los principales notificadores de este tipo de patologías. También se evidenció que el 70% de los casos provenían de las áreas rurales de los municipios de Gámeza, Labranzagrande, Pisba, Tasco y Tota. Otro aspecto destacar se asoció a que los casos de meningitis tuberculosa, presentados en los municipios de este patrón de distribución poblacional, ocurrieron en el grupo de edad de mayores de 60 años.

En los municipios con características del patrón de distribución poblacional dos, se encontró una incidencia de tuberculosis pulmonar de 3.06 casos por 100,000 habitantes. Frente a ello es necesario destacar que fueron dos casos, provenientes de zonas rurales del municipio de Nobsa y que para el año de ocurrencia (2009), la letalidad relacionada con el evento representó el 50%.

Figura 6-15: Morbilidad notificada por eventos micobacterias, 2008 - 2012



Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

Las zoonosis, tuvieron una alta incidencia en lo que respecta a la exposición rábica, llegando a notificar de 146 a 182 casos por 100,000 habitantes durante el año 2011 y el 2012 respectivamente. Esta situación es favorable, ya que el aumento en la notificación facilita las acciones que vigilancia y seguimiento de los casos, lo cual definitivamente ha sido un factor de ayuda, ya que desde el año 2008 no se han reportado casos a nivel nacional de rabia humana.

Para otras zoonosis como accidente ofídico, cabe destacar que durante el período de tiempo en análisis se registraron casos en el 2008 y el 2012, provenientes de los municipios de Labranzagrande y Paya, que cuentan con las características del patrón de distribución poblacional tres.

- **Eventos no transmisibles**

Frente a las anomalías congénitas, se observó que a partir del 2011 se registraron casos provenientes de los municipios de los tres patrones de distribución poblacional. Para los años 2011 y 2012, en el patrón de distribución poblacional uno, se observó que todos los casos (11 casos) provenían del municipio de Sogamoso, diez de estos las zonas urbanas y uno del área rural. En cuanto al patrón de distribución poblacional dos, se encontró que los casos ocurrieron en personas residentes en áreas urbanas de los municipios de Aquitania, Firavitoba y Nobsa. Por último se determinó que en el patrón de distribución poblacional tres, las situaciones de anomalías congénitas ocurrieron en niños y niñas provenientes de las áreas urbanas, de los municipios de Paya, Pesca y Tota.

El bajo peso al nacer como evento de notificación obligatoria se incluyó a partir del 2012 en el SIVIGILA. En consecuencia, el análisis permitió evidenciar que durante este año el patrón de distribución poblacional uno, agrupó la mayoría de los casos observados durante el período de análisis. Frente a los dos patrones de población restantes, cabe aclarar que los casos se originaron en niños y niñas cuya madre provenía de los municipios de Aquitania, Nobsa, Tibasosa (patrón distribución poblacional dos); Tasco y Tota (patrón de distribución poblacional tres)

El hipotiroidismo congénito fue evento únicamente notificado durante el 2010 y el 2011. En el año 2010 se registraron 1,90 casos por 1.000 recién nacidos vivos, procedentes de los municipios con características del patrón uno. En el 2011, debido a la intensificación en las estrategias de vigilancia, se registró un aumento de la incidencia de este evento en los tres patrones de distribución poblacional.

En cuanto a las lesiones por pólvora, se registraron dos eventos en el 2009, en personas cuya residencia correspondía a las áreas rurales, de los municipios de Nobsa y Gameza. Es municipios están clasificados a los patrones de distribución poblacional dos y tres, respectivamente.

Para el periodo de observación, se registraron cuatro casos de leucemia aguda pediátrica linfocítica, durante los años 2011 y 2012, respecto a este último año dos de los fueron presentados por personas del área rural del municipio de Sogamoso. En cuanto a la leucemia aguda pediátrica mielocítica, también se registraron dos casos durante el 2011 y el 2012. Cabe destacar que estos casos provenían de las zonas rurales de los municipios

de Sogamoso (patrón de distribución poblacional uno) y Aquitania (patrón de distribución poblacional dos).

Los eventos asociados a malnutrición no se registraron durante el 2008 y el 2010, lo cual seguramente corresponde a dinámicas de subregistro, dado que el SIVIGILA para estos años no había establecido la obligatoriedad en la notificación de estos eventos. Por otro parte, en el año 2011, se observó la mayor notificación con incidencias que llegaron a los 235 casos de malnutrición por 100,000 habitantes. Durante el año 2012 se evidenció que la tendencia de notificación mantenida en el año 2011 disminuyó drásticamente. Esta situación se podría explicar dada la desaparición del centro de recuperación nutricional que funcionaba en la institución, con el cual se trabajaba articuladamente en la identificación de los casos.

La morbilidad materna extrema, es un evento de interés en salud pública que durante los cuatro años el quinquenio tuvo las características de vigilancia pasiva, en el 2012 este evento se incorpora a los eventos de notificación obligatoria lo cual permite identificar 12 casos, de los cuales 11 provenían del municipio de Sogamoso y uno área rural del municipio de Aquitania (patrón de distribución poblacional dos).

En el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía se observó que durante los cinco años de estudio, este evento se presentó de manera frecuente con incidencias que variaron desde 5.42 casos por 1.000 nacidos vivos hasta 20.35 casos por 1.000 nacidos vivos. Frente a los casos ocurridos en niños y niñas procedentes de los municipios con características del patrón de distribución poblacional uno (29 casos) el 30% de estos ocurrió en zonas rurales de los municipios de Corrales, Monguít y Sogamoso. De los casos ocurridos en personas provenientes de los municipios del patrón de distribución poblacional dos, 76.5% de estos casos correspondían áreas de residencia zonas rurales. En referencia al patrón de distribución poblacional tres, el 93.8% provenían de áreas rurales.

Por otro, lado el análisis de mortalidad por EDA en menores de cinco años, permite evidenciar que sólo se registró un caso, proveniente del municipio de Sogamoso.

Finalmente, en cuanto a la mortalidad por IRA, se registraron durante los años 2009, 2010 y 2012. Cabe destacar que los casos presentados en el año 2009, fueran procedentes de áreas rurales de los municipios de Sogamoso y Tasco (patrón poblacional tres).

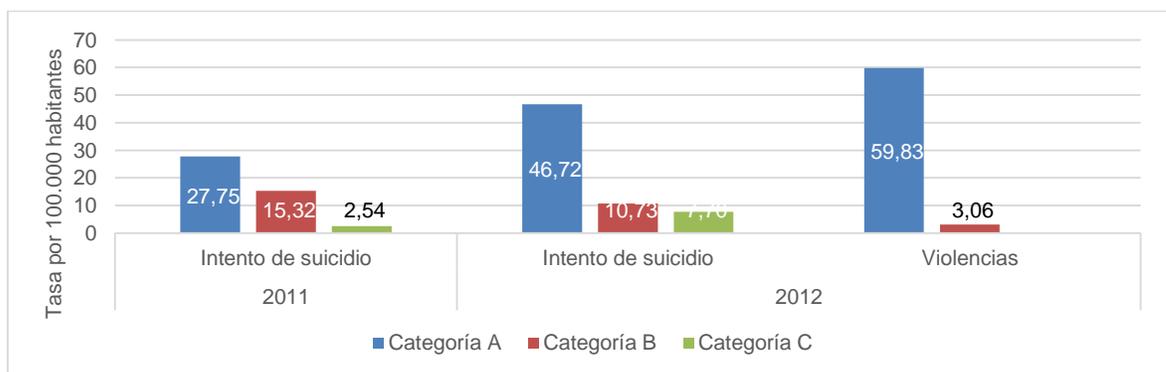
▪ Factores de riesgo ambiental

En cuanto a los eventos catalogados entre el grupo de factores de riesgo ambiental, se observó que eventos como intoxicación por otras sustancias químicas o intoxicación por plaguicidas tuvieron una incidencia considerable en los municipios del área influencia del Hospital Regional de Sogamoso. En los eventos notificados por intoxicación por plaguicidas se observó que del total de casos notificados, el 85.2% se presentó en personas provenientes de las áreas rurales de los municipios del área de influencia de la institución; de este porcentaje, el 59.6% de los casos fueran procedentes de los municipios con patrones de distribución poblacional dos y tres.

▪ Salud Mental

Respecto al componente de salud mental se evidenció que los eventos únicamente fueron notificados durante los años 2011 y 2012. Por otra parte, se encontraron incidencias de 27.75 casos de intento de suicidio por 100,000 habitantes en el patrón de distribución poblacional uno (2011), y de 46.72 casos de intento de suicidio por 100,000 habitantes (2012). En cuanto al patrón de distribución poblacional dos, se encontró una relación 1:1 entre los casos de intento de suicidio y violencias (Violencia sexual, violencia infantil y violencia intrafamiliar) provenientes del área urbana y del área rural. En el patrón de distribución poblacional tres se observó que de los casos de intento de suicidio presentados, únicamente en el municipio de Tota fueron provenientes de áreas urbanas. Los demás municipios que notificaron estos eventos (Beteitiva y Gámeza), los registraron durante el año 2012 en zonas rurales.

Figura 6-16: Morbilidad notificada por eventos del componente del salud mental, 2008 - 2012



Fuente: SIVIGILA- Instituto Nacional de Salud, 2013.

7. Discusión y conclusiones

7.1 Discusión

Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención, en su primera fase metodológica tiene dos hallazgos importantes: la recopilación de una serie de estudios realizados en las zonas rurales de Norteamérica, Europa, Asia, África y otros países latinoamericanos como Chile y Brasil; y la identificación y análisis de una serie de indicadores que pueden ayudar a comprender las condiciones de accesibilidad a servicios de salud en zonas rurales. Los indicadores, fueron obtenidos desde las perspectivas de atención primaria en salud, derecho a la salud, participación, paz y ciudadanía, teorías del desarrollo en el contexto rural, vigilancia salud pública, salud colectiva y políticas, sistemas y gestión de los servicios de salud. Estas perspectivas, denotan la complejidad del fenómeno del acceso a los servicios de salud e incorpora otras miradas teóricas al abordaje del tema.

Si bien existen otras revisiones sistemáticas que contemplan los conceptos de acceso, accesibilidad y utilización de servicios de salud (140) (141) (142) (143), se observó se guardan correlación con las limitaciones de este estudio en el terreno de la exploración de la accesibilidad simbólica (144) o el análisis desde las ciencias sociales (145). Esta limitante sería una potencialidad que debería explotarse en investigaciones futuras, ya que ello ofrecería un vasto marco de análisis a las motivaciones para la utilización real y potencial de los servicios de salud y exploraría otras condiciones de utilización de servicios de salud en las poblaciones rurales, que para este estudio se redujeron a la disponibilidad de servicios o la pervivencia de las prácticas culturales en los procesos de salud-enfermedad atención.

Un aspecto importante que debe ser profundizado se relaciona con la utilización de indicadores. Si bien, los identificados en este estudio pueden ser utilizados en los distintos niveles de atención contemplados por el Sistema General de Seguridad Social Colombiano, así como las entidades territoriales de los ámbitos nacional, departamental y municipal; es necesario constituir un indicador compuesto que contemple los diversos matices que tienen los conceptos de utilización, acceso y accesibilidad a los servicios de salud.

En cuanto a los resultados de la segunda fase metodológica, aunque de entrada ofrecen una visión clásica del análisis de la morbilidad atendida en una institución de salud, cuentan con la particularidad de realizar una mirada diferenciada a partir de los patrones de distribución poblacional. En consecuencia, se lograron observar algunas diferencias que el análisis realizado en otros estudios de carácter nacional o departamental a veces pasan desapercibidas, como fue el caso de las intoxicaciones por sustancias exógenas o las enfermedades transmitidas por mico-bacterias que tuvieron una representación importante en los municipios de mayor lejanía geográfica y mayor proporción poblacional de origen rural o en el caso de las enfermedades de transmisión sexual, cuya incidencia fue mayor en los municipios de características más urbanas.

Esta fase tuvo como principal limitantes, el no hacer uso de otros indicadores encontrados en la primera fase, la falta de análisis prospectivo frente a la implementación de la política pública que subyace al abordaje de estos grupos patológicos o la incorporación de la mirada de otros actores del sistema de salud como los trabajadores de las instituciones de salud, las/los usuarios, los representantes de las entidades aseguradoras. En este sentido, la potencialidad de este estudio se orienta hacia la construcción de procesos participativos que contemplen desde el abordaje cualitativo otras miradas al fenómeno de la accesibilidad y la utilización de servicios en poblaciones rurales.

Así mismo, este estudio a partir del reconocimiento de las grandes limitaciones en los Registros Integrales de Prestación de Servicios, como medida para paliar la inespecificidad en los diagnósticos buscó realizar un análisis a través de los Grupos Relacionados de Diagnóstico, partiendo de la premisa de la OMS de que ante la gran diversidad de pacientes, lo cual constituye un elemento poco manejable y difícilmente medible a efectos de gestión, es necesario utilizar sistemas de agrupación de pacientes por tipo, patología o procedimientos.

Finalmente, los conceptos de salud y ruralidad deben emerger como una línea de investigación, donde será indispensable conciliar la investigación cualitativa y cuantitativa, a partir de la fusión de abordajes históricos, fenomenológicos, epidemiológicos, entre otros. Este tránsito en las miradas, permitirá que la investigación ofrezca un abordaje integral de los fenómenos, donde los sujetos de investigación tomen parte activa y no sean considerados como los objetos de investigación; además, parafraseando a Spinelli, que sea simultaneo el medir y el hacer, donde la investigación deje de hacer parte de los anaqueles del conocimiento y se de paso a la construcción de políticas públicas pertinentes y coherentes a los contextos de los ciudadanos y ciudadanas.

7.2 Conclusiones

La investigación presentada en este documento, con una metodología netamente descriptiva y secundaria hizo un esbozo de una situación de la que se debate mucho, pero que en el contexto colombiano ha sido vista de manera superficial; a pesar de contar con una diversidad de población que varía desde la campesina, afro-descendiente e indígena.

Los resultados de la revisión sistemática ofrecieron un marco de referencia, donde se muestran los diferentes abordajes de la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales en otros contextos, con características socio - demográficas diferentes, con culturas y sistemas de salud particulares. Estos hallazgos tuvieron como principal riqueza el conocer abordajes metodológicos distintos, concepciones de la ruralidad contextualizadas a los países de desarrollo de los estudios. Además permitió “escuchar” otras voces y constatar el olvido histórico al que han sido sometidas aquellas poblaciones que comúnmente se han considerado como minorías.

A pesar de la diversidad de los enfoques que intentaron abordar esta problemática, se evidenció una mirada vertical de los investigadores hacia los sujetos de estudio, teniendo como principal limitante la coartación del testimonio de quienes viven y padecen los sistemas de salud. Por ello, a pesar de que éste es un estudio cuantitativo tiene como gran conclusión, la reivindicación de la necesidad de una mirada integral, que no limite la búsqueda del conocimiento a través de una metodología y en cambio fortalezca la integración de métodos cuantitativos y cualitativos, que no sólo midan sino que también intervengan y fortalezcan las políticas públicas dirigidas a las poblaciones rurales.

En relación a los indicadores de medición de la accesibilidad servicios de salud, los indicadores encontrados son un insumo basado en la diversidad de las corrientes teóricas, que puede ser una gran herramienta a la hora de emprender la tarea de hacer un observatorio de salud rural. Lo anterior, bajo la consideración que este sería un ejercicio que articularía a la academia y las entidades territoriales, que son el lugar a donde llega la información de primera mano.

Por ltimo, en cuanto al perfil utilización de servicios se encontró que con una simple modificación en los parámetros de medición del comportamiento de la morbilidad, para este caso, clasificando la población a través de un patrón de distribución; se pueden mirar con mayor detenimiento y diferenciación las situaciones de salud que afrontan las comunidades. Este parámetro de distribución poblacional por patrones, permitió

evidenciar que eventos como el intento de suicidio, la intoxicación por plaguicidas, la tuberculosis y otras enfermedades del aparato digestivo o la morbilidad por trastornos del aparato circulatorio tienen características únicas en los municipios de poblaciones netamente rurales. Por ello, se necesitan replantear los sistemas de vigilancia de la morbilidad, debido a que el análisis de registros no debe mantener la práctica de invisibilización y homogenización de las poblaciones, bajo el parámetro de residencia, sin tener en cuenta que en un país como Colombia aún en áreas urbanas, existen comunidades rurales dado que el complejo proceso de migración del campo a la ciudad que se ha afrontado durante los últimos 60 años.

8.Recomendaciones

A partir de las limitantes de este estudio, emergen las principales potencialidades y recomendaciones: la creación de una línea de investigación de salud y ruralidad y la creación de un observatorio de salud rural. Frente a la línea de investigación salud y ruralidad, se requiere de la articulación interdisciplinaria de otras miradas, por tanto es necesario fortalecer miradas sociológicas y antropológicas. Además los comportamientos ecológicos de los procesos salud, enfermedad, atención, deben ser complementados desde la mirada humana y social.

Por otro lado, son necesarios estudios históricos que muestren cuál ha sido el trasegar de los servicios y de las instituciones de salud en zonas rurales, además de cuál ha sido el impacto y el papel que han desarrollado las personas que han tenido contacto con los servicios de salud, tanto como proveedores o como usuarios del sistema. En el marco de la línea de investigación, también es necesaria la investigación documental, con ésta se abordarían las estructuras y desarrollos de los discursos que han surgido alrededor de este tema. Así mismo, es necesaria la mirada económica, ya que debe prevalecer el intento de no minimizar los fenómenos de accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales simplemente comportamientos que dados por las limitantes en el acceso geográfico. Por ello, es necesario replantear la mirada a las comunidades rurales desde el foco de la territorialidad y de la importancia de los procesos económicos en la construcción de sociedades.

En cuanto a la creación de un observatorio de salud rural, éste debe basarse en el ejercicio que han realizado algunos departamentos con la creación de observatorios salud pública, por tanto es necesario activar los flujos información, para que se operen en tiempo real. Lo anterior puede realizarse a través de los indicadores integrados en ese documento y la creación de plataformas virtuales que permitan la interacción de personas interesadas en el tema, que conformen grupos de trabajo y realicen sus actividades en red.

Anexo A: Matriz de síntesis de artículos seleccionados

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Hsia R, Shen Y.	2011	Archives of Surgery	Estudio descriptivo, transversal	Distancia, edad, tiempo de traslado, edad, zona residencia, estatus socio-económico, ingreso per cápita	No se evidencia	Estados Unidos	Estados Unidos	Shen YC y Zuckerman
O'Rourke, Kathleen; Howard-Grabman, Lisa; Seoane, Guillermo	1998	Revista Panamericana de Salud Pública	Estudio cuasi-experimental	Características demográficas, historia obstétrica, historia de parto reciente, número de muertes, tipo de atención prenatal recibida,	Aleatorio	Bolivia	Estados Unidos	Mortalidad perinatal
Rutherford, Merrin E; et al.	2009	Bulletin of the World Health Organization	Estudio de casos y controles	Características demográficas, características de los niños, salud infantil, características de la vivienda, soporte social, causa de la muerte, distancia a centro de atención, días de atención.	No se evidencia	Gambia	Gambia	Households, U-KM; Ensor, T.
Preker, Alexander S; et al.	2002	Bulletin of the World Health Organization	Revisión bibliográfica	No se evidencias criterios de inclusión o exclusión	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Preker, AS.
Kruk, Margaret E; et al.	2010	Bulletin of the World Health Organization	Estudio descriptivo, transversal	Disponibilidad de insumos clínicos, del paquete básico de servicios de salud. Servicios de salud mental, distancia lineal a servicios de salud.	Estratificado	Liberia	Estados Unidos	Programas de salud
Gaus, David; Herrera, Diego; Heisler, Michael; Cline, Barnett L.; Richmond, Julius	2008	Revista Panamericana de Salud Pública	Relato de experiencia	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	No se encontró dato de interés
Borgia, Fernando; et al.	2012	Saúde em Debate	Estudio mixto	Recursos financieros, costo de horas médicas, situación de las policlínicas comunitarias y/o rurales de Uruguay, accesibilidad y disposiciones normativas.	No aplica	Uruguay	Uruguay	Borgia, F. Granda, E, Almeida-Filho, N, Sergio A,
Daza, Alberto	1957	Revista chilena de pediatría	Relato de experiencia	No aplica	No aplica	Chile	Chile	Solar Miguel, A, Hepp, Juan.
Liu, Yuanli	2004	Bulletin of the World Health Organization	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Chen, CC, Liu Y, Yin, HB.

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Montero Mendoza, Elda	2011	Salud Colectiva	Estudio mixto	Índice de rezago social, lugar que ocupa según grado de rezago social (nacional), Lugar que ocupa según índice de riesgo nutricional (nacional), porcentaje de población derechohabiente. Acceso geográfico: distancia promedio a la clínica, calidad del transporte público, tiempo de traslado a la clínica, costo del transporte público.	No se define	México	México	Salud en comunidades indígenas
Fournier, Pierre; Dumont, Alexandre; Tourigny, Caroline; Dunkley, Geoffrey; Dramé, Sékou	2009	Bulletin of the World Health Organization	Estudio comparativo	Edad, diagnóstico, accesibilidad a servicios de atención primaria, partos por cesárea, transfusiones sanguíneas, causas de morbilidad materna extrema, población cubierta, partos esperados, partos institucionales, emergencias obstétricas tratadas, mujeres remitidas y no remitidas, principales intervenciones obstétricas tratadas.	No se evidencia	Mali	Canadá	Palmer, N
Reyes, Hortensia; et al.	1998	Salud Pública de México	Estudio descriptivo, transversal	Sexo, edad, sitio de atención, sitio de defunción, tamaño de localidad, días de evolución, evacuaciones en 24 horas, número de atenciones, indicación (primera atención), tiempo de recorrido al servicio de salud más cercano (minutos), motivos de no hospitalización.	Aleatorio	México	México	Mortalidad por EDA
Hunsaker, Matthew; Kantayya, Vivek S	2010	Disease-a-Month	Ensayo	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Estados Unidos	Educación y distribución de personal médico
Bloom, Gerald	2011	Social Science & Medicine	Estudio de caso	Instituciones, historia y experiencias del sistema de salud	No aplica	China	Reino Unido	Bloom, G., & Standing, H; Cornwall, A, Du, Y; Shu B; Zhang, Z.
Bourke, Lisa; Humphreys, John S; Wakerman, John; Taylor, Judy	2012	Health & Place	Revisión bibliográfica	Definición y diferenciación de la salud rural, acceso a la salud rural, la comunidad y la acción comunitaria en materia de salud rural, la política de salud rural.	No aplica	No aplica	Australia	TODOS
Okwaraji, Yemisrach B; et al.	2012	BMC Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Tiempo de viaje y coberturas de vacunación de pentavalente (Dosis 1, 2 y 3), Sarampión y BCG	Aleatorio	Etiopía	Reino Unido	Inmunizaciones y textos resaltados
Blanford, Justine; Kumar, Supriya; Luo, Wei; MacEachren, Alan	2012	International journal of health geographics	Estudio descriptivo, transversal	Tiempos de viaje, coberturas de vacunación, mediciones de acceso de acuerdo a estación climática. Aplicación de modelo Probit	No se evidencia	Niger	Estados Unidos	Accesibilidad geográfica en poblaciones rurales de África
Hossen, Abul; Westhues, Anne	2011	Health Care for Women International	Investigación cualitativa, fenomenología	Categorías de análisis: percepción de la discriminación del personal de salud, aspectos estructurales del sistema, calidad del cuidado, recomendaciones para el cambio	No aplica	Bangladesh	Canadá	Atención rural
Gopalan, Saji S; Durairaj, Varatharajan	2012	PLoS One	Estudio descriptivo, transversal	Acceso a la salud, el costo de la atención y el acceso a servicios financieros	Estratificado, polietápico	India	Estados Unidos	Bibliografía resaltada

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Qu, Bo; Li, Xiyuan; Liu, Jie; Mao, Jiawen	2012	Popul Health Manag	Estudio descriptivo, transversal	Características de la población rural, prevalencia de enfermedad crónica	No aplica	China	China	Salud rural en adultos mayores
Thanh, Nguyen Xuan; Löfgren, Curt; Phuoc, Ho Dang; Chuc, Nguyen Thi Kim; Lindholm, Lars	2010	Health Policy	Emparejamiento de doble diferencia	Características socio-económicas, morbilidad utilización de los servicios de salud	Aleatorio, por conglomerados	Vietnam	Canadá	Pobreza en el sector salud
Lewando Hundt, Gillian; Alzaroo, Salah; Hasna, Fadia; Alsmeyran, Mohammed	2012	Social Science & Medicine	Estudio de caso	Accesibilidad, accesibilidad física, barreras de acceso organizacional, aceptabilidad.	No aplica	Jordania	Reino Unido	Acceso en áreas rurales
Hayman, Noel	2010	Heart, lung & circulation	Estudio de caso	Accesibilidad a los servicios de salud, determinación del riesgo cardio-vascular, descripción sistema.	No aplica	Australia	Australia	Salud en comunidades indígenas y de riesgo cardiovascular
Sibley, Lyn M; Weiner, Jonathan P	2011	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Vacunación contra la influenza en dos años anteriores; Vista a un médico de familia en el último año; Visita a un médico especialista (que no sea un optómetra) en el último año; necesidad insatisfecha auto percibida en el año anterior; tener un médico regular.	No se evidencia	Canadá	Canadá	Acceso e comunidades rurales
Grzybowski, Stefan; Stoll, Kathrin; Kornelsen, Jude	2011	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Características sociodemográficas u obstétricas	No se evidencia	Canadá	Canadá	Salud rural obstétrica y neonatal
Zhou, Zhongliang; et al.	2011	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Demografía, renta, estado de salud, utilización de servicios médicos y despensas medicas	Muestreo aleatorio, estratificado y polietapico	China	China	Acceso en comunidades urbanas
Smith, Lauren; Holloman, Christopher	2011	Family & community health	Estudio descriptivo, transversal	Datos demográficos, salud, acceso a la atención	No se evidencia	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso en poblaciones rurales
Kruk, Margaret E; Rockers, Peter C; Varpilah, S Tornorlah; Macauley, Rose	2011	Med Care	Estudio descriptivo, transversal	Datos demográficos, del hogar, estado de salud, experiencias traumáticas y el uso de servicios de salud	Muestreo aleatorio, polietapico	Liberia	Estados Unidos	Acceso
Sanz-Barbero, Belen; Otero Garcia, Laura; Blasco Hernandez, Teresa	2012	Med Care	Estudio descriptivo, transversal	Hospitales, hogares, edad, sexo, nivel socioeconómico, enfermedades crónicas identificadas, distancia a centros de salud	Muestreo aleatorio, estratificado y polietapico	España	España	Acceso y relación con prevalencia de enfermedades
Buzza, Colin; et al.	2011	J Gen Intern Med	Estudio mixto	Características sociodemográficas y de atención en servicios de salud. Categorías de análisis: tiempo de traslado, proveedores de servicios de salud y personal.	Muestreo aleatorio estratificado	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso en adultos mayores de zonas rurales
Lourenco, Ana Eliza Port	2012	Glob Public Health	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	Brasil	Brasil	Ruralidad

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Kempf, Mirjam-Colette; et al.	2010	AIDS Patient Care STDS	Investigación cualitativa	Calidad de la relación paciente-proveedor, conocimiento de la enfermedad, estigmatización, empatía con el personal, facilidades de acceso	Intencional	Estados Unidos	Estados Unidos	Enfoque de género
Gardner, Karen; et al.	2011	Australian Journal of Rural Health	Relato de experiencia	No aplica	No aplica	Australia	Australia	Calidad de los servicios
Wakeman, John; Humphreys, John S	2011	Australian Journal of Rural Health	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	Australia	Salud Rural
Lamarche, Paul A; et. al.	2010	Can J Rural Med	Estudio descriptivo, transversal	Accesibilidad, continuidad, responsabilidad, uso de servicios	Aleatorio	Canadá	Canadá	Salud rural
Hang, H M; Byass, P	2009	Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Marital status, education, type of injury and socioeconomic status were not significantly related to care	Aleatorio	Vietnam	Vietnam	Reforma en salud
Caldwell, Patricia H; Arthur, Heather M	2009	Health & Place	Investigación cualitativa, etnografía	Referencia	Intencional	Canadá	Canadá	Acceso geográfico
Laditka, James N; Laditka, Sarah B; Probst, Janice C	2009	Health & Place	Estudio ecológico	Aseguramiento, características sociodemográficas, socio-económicas, población asegurada, sistema de salud	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso a servicios de hospitalización
Tediosi, Fabrizio; Aye, Raffael; Ibodova, Shukufa; Thompson, Robin; Wyss, Kaspar	2008	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Características de los pacientes, tipo de atención en salud recibida, acceso a medicamentos	Aleatorio	Tajikistan	Suiza	Pobreza en el sector salud
Goudge, Jane; Gilson, Lucy; Russell, Steven; Gumede, Tebogo; Mills, Anne	2009	BMC Health Services Research	Estudio mixto	Características sociodemográficas de las viviendas, barreras de acceso a atención de enfermedades crónicas	Aleatorio	Sudáfrica	Sudáfrica	Acceso y epidemiología de enfermedades crónicas
Smith, Karly B.; Humphreys, John S.; Wilson, Murray G.A.	2008	Australian Journal of Rural Health	Revisión bibliográfica	Determinantes de salud rural: localización geográfica y entorno ambiental, estilos de vida, características socio-económicas, raza, etnicidad, implicaciones políticas	No aplica	No aplica	Australia	Salud rural, condiciones de salud rural
Baldwin, Laura-Mae; et al.	2008	The Journal of Rural Health	Estudio descriptivo, transversal	Localización geográfica de pacientes, proveedores de salud, distancias de acceso	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Oncología y salud rural
Baldwin, Laura-Mae; et al.	2008	The Journal of Rural Health	Estudio descriptivo, transversal	Características de los profesionales, acceso a consulta, tiempos de espera	No se evidencia	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso en poblaciones indígenas
Sypek, Scott; Clugston, Gregory; Phillips, Christine	2008	Australian Journal of Rural Health	Estudio de caso	Disponibilidad de servicios adecuados de atención primaria, accesibilidad de idioma	No se evidencia	Australia	Australia	Utilización de servicios, refugiados
De Baets, Anniek J	2008	Current HIV Research	Revisión bibliográfica	Características de las zonas rurales, de los trabajadores en los programas de VIH, acceso a programas pediátricos de VIH, oportunidades de aumento de acceso	No aplica	Sudáfrica	Bélgica	VIH, acceso a tratamiento pediátrico

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Sutherns, Rebecca; Bourgeault, Ivy Lynn	2008	Health Care for Women International	Investigación cualitativa, fenomenología	Disponibilidad de servicios, recursos, pertinencia de los servicios	No se evidencia	Canadá	Canadá	Acceso, salud rural, indicadores
Lewis, Maureen; Eskeland, Gunnar; Traa-Valerezo, Ximena	2004	Health Policy	Estudio mixto	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	El Salvador	Estados Unidos	Acceso, utilización, costos
Travassos, Claudia; Viacava, Francisco	2007	Cadernos de Saúde Pública	Estudio descriptivo, transversal	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	Brasil	Brasil	Acceso
Murray, Greg	2012	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	Estudio descriptivo, transversal	No aplica	No aplica		Australia	Acceso y enfermedades crónicas
Glover, Sandra; Moore, Charity G; Samuels, Michael E; Probst, Janice C	2004	The Journal of Rural Health	Estudio descriptivo, transversal	No aplica	No aplica		Estados Unidos	Equidad y financiamiento en salud
Mueller, Keith J; Mackinney, A Clinton	2006	The Journal of Rural Health	Ensayo	Accesibilidad, continuidad, responsabilidad, uso de servicios	Aleatorio		Estados Unidos	Acceso en Colombia
Christie, Stephen; Fone, David	2003	Journal of Public Health Medicine	Estudio descriptivo, transversal	Marital status, education, type of injury and socioeconomic status were not significantly related to care	Aleatorio		Reino Unido	Acceso y economía de la salud
Stephens, J. Mark; et al.	2013	The Journal of Rural Health	Estudio de cohortes, retrospectivo	Referencia	Intencional		Estados Unidos	Acceso, reforma a sistemas de salud,
Mbugua, J K; Bloom, G H; Segall, M	1995	Social Science & Medicine	Estudio descriptivo, transversal	Aseguramiento, características sociodemográficas, socio-económicas, población asegurada, sistema de salud	Aleatorio		Kenia	Acceso y sistema de salud colombiano
Veitch, P C	1995	Social Science & Medicine	Estudio descriptivo, transversal	Características de los pacientes, tipo de atención en salud recibida, acceso a medicamentos	Aleatorio		Australia	Acceso
Thouez, J P; Bodson, P; Joseph, A E	1988	Med Care	Estudio descriptivo, transversal	Características sociodemográficas de las viviendas, barreras de acceso a atención de enfermedades crónicas	Aleatorio		Canadá	Acceso, Andersen, Donabedian
Bronstein, J M; Morrissey, M A	1990	Med Care	Estudio descriptivo, transversal	Determinantes de salud rural: localización geográfica y entorno ambiental, estilos de vida, características socio-económicas, raza, etnicidad, implicaciones políticas	No aplica		Estados Unidos	Acceso y revisión sistemática
Zhang, Ping; Tao, Guoyu; Anderson, Lynda A	2003	Australian Journal of Rural Health	Estudio descriptivo, transversal	Localización geográfica de pacientes, proveedores de salud, distancias de acceso	Aleatorio		Estados Unidos	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Buckley, Dermot; Lower, Tony	2002	Aust Health Rev	Investigación acción participativa	Características de los profesionales, acceso a consulta, tiempos de espera	No se evidencia		Australia	Equidad en salud

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Kenney, G M	1993	American Journal of Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Disponibilidad de servicios adecuados de atención primaria, accesibilidad de idioma	No se evidencia	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso y utilización de servicios de salud
Golinowska, Stanislaw; Kozierkiewicz, Adam	2008	Libro	Estudio descriptivo, transversal	Características de las zonas rurales, de los trabajadores en los programas de VIH, acceso a programas pediátricos de VIH, oportunidades de aumento de acceso	No aplica	Polonia	Polonia	Acceso y equidad
Muller, I; Smith, T; Mellor, S; Rare, L; Genton, B	1998	Int J Epidemiol	Estudio descriptivo, transversal	Disponibilidad de servicios, recursos, pertinencia de los servicios	No se evidencia	Suiza	Suiza	Acceso y equidad
Moscovice, I; Christianson, J; Johnson, J; Kralewski, J; Manning, W	1995	Health Care Financing Review	Relato de experiencia	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso y enfermedades crónicas
Rosenbach, ML; Dayhoff, DA	1995	Health Care Financing Review	Estudio cuasi-experimental	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Equidad y financiamiento en salud
Weisgrau, S.	1995	Health Care Financing Review	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso en Colombia
Lutfiyya, May Nawal; et al.	2012	Disease-a-month	Ensayo	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso y economía de la salud
Cleary, Susan; Birch, Steve; Chimbini, Natsayi; Silal, Sheetal; McIntyre, Di	2013	Social Science & Medicine	Estudio descriptivo, transversal	Accesibilidad, continuidad, responsabilidad, uso de servicios	Aleatorio	Sudáfrica	Sudáfrica	Acceso, reforma a sistemas de salud.
Kornelsen, Jude; Grzybowski, Stefan	2012	BMC Family Practice	Investigación cualitativa	Marital status, education, type of injury and socioeconomic status were not significantly related to care	Aleatorio	Canadá	Canadá	Acceso y sistema de salud colombiano
Anyait, Agnes; Mukanga, David; Bwire Oundo, George; Nuwaha, Fred	2012	BMC Pregnancy and Childbirth	Estudio descriptivo, transversal	Referencia	Intencional	Uganda	Uganda	Acceso
Ruiz, Marta Julia	2012	Culture, Health & Sexuality	Investigación cualitativa	Aseguramiento, características sociodemográficas, socio-económicas, población asegurada, sistema de salud	Aleatorio	México	México	Acceso, Andersen, Donabedian
Hannah, Chona T; Le, Quynh	2012	Rural and Remote Health	Investigación cualitativa	Características de los pacientes, tipo de atención en salud recibida, acceso a medicamentos	Aleatorio	Australia	Australia	Acceso y revisión sistemática
Thomas, D; MacDowell, M; Glasser, M	2012	Rural and Remote Health	Estudio descriptivo, transversal	Características sociodemográficas de las viviendas, barreras de acceso a atención de enfermedades crónicas	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Aylward, Alexandra	2012	The Breast Journal	Carta al editor	Determinantes de salud rural: localización geográfica y entorno ambiental, estilos de vida, características socio-económicas, raza, etnicidad, implicaciones políticas	No aplica	Estados Unidos	Estados Unidos	Equidad en salud

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
World Health Organization	2010	Libro	Libro	Localización geográfica de pacientes, proveedores de salud, distancias de acceso	Aleatorio	Estados Unidos	Francia	Acceso y utilización de servicios de salud
Sudhof, Leanna; et al,	2013	Tropical Medicine & International Health	Estudio descriptivo, transversal	Características de los profesionales, acceso a consulta, tiempos de espera	No se evidencia	Polonia	Estados Unidos	Acceso y equidad
Benavides-Vaello, Sandra; Strode, Anne; Sheeran, Beth C.	2013	The Journal of Behavioral Health Services & Research	Revisión bibliográfica	Disponibilidad de servicios adecuados de atención primaria, accesibilidad de idioma	No se evidencia	Suiza	Estados Unidos	Acceso y equidad
Gopalan, Saji S; Varatharajan, Durairaj	2012	BMC Health Services Research	Investigación cualitativa	Características de las zonas rurales, de los trabajadores en los programas de VIH, acceso a programas pediátricos de VIH, oportunidades de aumento de acceso	No aplica	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso y enfermedades crónicas
Xuan Thanh, Nguyen; Lindholm, Lars	2012	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Disponibilidad de servicios, recursos, pertinencia de los servicios	No se evidencia	Estados Unidos	Canadá	Equidad y financiamiento en salud
Fortney, John C.; et al.	2012	Med Care	Estudio descriptivo, transversal	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso en Colombia
Kadobera, Daniel; Sartorius, Benn; Masanja, Honorati; Mathew, Alexander; Waiswa, Peter	2012	Glob Health Action	Estudio de cohortes, retrospectivo	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	Estados Unidos	Sudáfrica	Acceso y economía de la salud
Reid, H	2012	African Health Sciences	Estudio mixto	No aplica	No aplica	Sudáfrica	Australia	Acceso, reforma a sistemas de salud,
Averill, Jennifer	2003	Public Health Nursing	Estudio mixto	No aplica	No aplica	Canadá	Estados Unidos	Acceso y sistema de salud colombiano
Probst, Janice C.; Moore, Charity G.; Glover, Sandra H.; Samuels, Michael E.	2004	American Journal of Public Health	Ensayo	Accesibilidad, continuidad, responsabilidad, uso de servicios	Aleatorio	Uganda	Estados Unidos	Acceso
Schoenfeld, Naomi; Juarbe, Teresa	2005	Health Care For Women International	Investigación cualitativa, etnografía	Marital status, education, type of injury and socioeconomic status were not significantly related to care	Aleatorio	México	Estados Unidos	Acceso, Andersen, Donabedian
Williams, Chris; et al.	2006	The Australian Journal Of Rural Health	Investigación cualitativa	Referencia	Intencional	Australia	Australia	Acceso y revisión sistemática
Boydell, Katherine M.	2006	The Journal of Rural Health	Investigación cualitativa	Aseguramiento, características sociodemográficas, socio-económicas, población asegurada, sistema de salud	Aleatorio	Estados Unidos	Canadá	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Leonard, Kenneth; Masatu, Melkory	2007	Health affairs	Estudio descriptivo, transversal	Características de los pacientes, tipo de atención en salud recibida, acceso a medicamentos	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Equidad en salud

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Zhang, Tuohong; Tang, Shenglan; Jun, Gao; Whitehead, Margaret	2007	BMC Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Características sociodemográficas de las viviendas, barreras de acceso a atención de enfermedades crónicas	Aleatorio	Estados Unidos	China	Acceso y utilización de servicios de salud
Sypek, Scott; Clugston, Gregory; Phillips, Christine	2008	The Australian Journal of Rural Health	Estudio de caso	Determinantes de salud rural: localización geográfica y entorno ambiental, estilos de vida, características socio-económicas, raza, etnicidad, implicaciones políticas	No aplica	Polonia	Australia	Acceso y equidad
De Baets, Anniek J; et al.	2008	Current HIV Research	Revisión bibliográfica	Localización geográfica de pacientes, proveedores de salud, distancias de acceso	Aleatorio	Suiza	Bélgica	Acceso y equidad
Haggarty, JM; Ryan-Nicholls, KD; JA	2010	Rural and Remote Health	Revisión bibliográfica	Características de los profesionales, acceso a consulta, tiempos de espera	No se evidencia	Estados Unidos	Canadá	Acceso y utilización de servicios de salud
Strassera, Roger; Neusy, Andre-Jacques	2010	Bulletin of the World Health Organization	Ensayo	Disponibilidad de servicios adecuados de atención primaria, accesibilidad de idioma	No se evidencia	Estados Unidos	Canadá	Acceso y equidad
Sibley, Lyn M; Weiner, Jonathan P	2011	BMC Health Services Research	Estudio descriptivo, transversal	Características de las zonas rurales, de los trabajadores en los programas de VIH, acceso a programas pediátricos de VIH, oportunidades de aumento de acceso	No aplica	Estados Unidos	Canadá	Acceso y equidad
Harrold, Jessie; Jackson, Lois A.	2011	Can J Rural Med	Investigación cualitativa	Disponibilidad de servicios, recursos, pertinencia de los servicios	No se evidencia	Estados Unidos	Canadá	Acceso y utilización de servicios de salud
Ngwenya, BN; Nnyepi, MS	2011	Health Care for Women International	Estudio de caso	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Sudáfrica	Botswana	Acceso y equidad
Fagnan, Lyle J.	2011	The Journal Of Rural Health	Estudio descriptivo, transversal	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	Canadá	Estados Unidos	Acceso y equidad
Langille, Donald; Rainham, Daniel; Kisely, Steve	2012	Canadian Journal of Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Uganda	Canadá	Acceso y utilización de servicios de salud
Van der Hoeven, Marinka; Kruger, Annamarie; Greeff, Minrie	2012	International Journal for Equity in Health	Estudio descriptivo, transversal	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	México	Sudáfrica	Acceso y equidad
Mathez-Stiefel, Sarah-Lan; Vandebroek, Ina; Rist, Stephan	2012	Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine	Estudio descriptivo, transversal	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Australia	Suiza	Acceso y equidad
Sikder, Shegufta S	2012	BMC Women's Health	Estudio descriptivo, transversal	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	Estados Unidos	Estados Unidos	Acceso y utilización de servicios de salud
Harvey, Desley J.	2010	International Journal of Qualitative Methods	Revisión bibliográfica	Acceso y utilización de servicios de salud, costos directos	Aleatorio	Estados Unidos	Australia	Acceso y equidad
Nesbitt, T; Connell, F; Hart, G; Rosenblatt, R	1990	American Journal of Public Health	Estudio descriptivo, transversal	Indicadores de morbilidad, indicadores de acceso	Aleatorio	No aplica	Estados Unidos	Acceso y equidad

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Mogollón-Pérez, Amparo Susana; Vázquez, María Luisa	2008	Cadernos de Saúde Pública	Investigación cualitativa, fenomenología	No aplica	No aplica	Colombia	Colombia	Desplazamiento forzado y acceso a servicios de salud
Gómez, Elsa	2002	Revista Panamericana de Salud Pública	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Equidad y acceso
Pellegrini Filho, Alberto	2002	Revista Panamericana de Salud Pública	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Acceso y TICS
Ariza-Montoya, John F.; Hernández-Álvarez, Mario E.	2008	Revista de Salud Pública	Investigación cualitativa	Identidades étnicas; necesidades y potencialidades en salud; acceso a servicios; sugerencias de la población	No aplica	Colombia	Colombia	Utilización de servicios y etnicidad
Tobar, Federico	2004	Documento técnico	Evaluación económica de programa	Análisis de política pública, análisis y discusión de financiación y acceso a medicamentos	No se evidencia	Argentina	Estados Unidos	Acceso a medicamentos
Hautecoeur, Maeve; Zunzunegui, María Victoria; Vissandjee, Bilkis	2007	Salud Pública de México	Investigación cualitativa	Comunidades en el medio rural, el precio de los servicios de salud, especificidad de la cultura achí, la guerra y su estrago, escasez de los servicios de salud, percepción de malos tratos	No aplica	Guatemala	Canadá	Condiciones de la comunidad indígena Rabí
Acuña, Cecilia; Bolis, Mónica	2005	Documento técnico	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Acceso
Leyva-Flores, René; Erviti-Erice, Joaquina; Kageyama-Escobar, María de la Luz; Arredondo, Armando	1998	Salud Pública de México	Estudio descriptivo, transversal	Prescripción, acceso, gasto	No se evidencia	México	México	Acceso a medicamentos
Velandia Salazar, Freddy	2001	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Estudio descriptivo, transversal	Oportunidad, satisfacción en la atención; razones de no utilización de servicios, variables sociodemográficas, localización geográfica, afiliación, estado de salud, demanda, disponibilidad de medicamentos, gasto e ingreso mensual, motivos para solicitar atención.	Probabilístico de conglomerados estratificado y polietápico	Colombia	Colombia	Acceso y encuestas
Mogollón-Pérez, Amparo Susana; Vázquez, María Luisa	2006	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Investigación cualitativa	Las precarias condiciones socioeconómicas de la población desplazada, información limitada sobre los servicios de salud, Dificultades para el reconocimiento de su condición de desplazados, dificultades para la integración social, múltiples necesidades de atención en salud	Teórico	Colombia	Colombia	Acceso y desplazamiento forzado
Franco-Giraldo, Álvaro	2012	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Acceso, política pública
Díaz-Grajales, Constanza; Zapata-Bermúdez, Yolanda; Aristizábal-Grisales, Juan Carlos	2011	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Estudio descriptivo, transversal	Necesidad sentida, demandada, atendida	Probabilístico, estratificado y polietápico	Colombia	Colombia	Acceso

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Vargas, Julián; Molina, Gloria	2009	Revista Facultad Nacional de Salud Pública	Estudio de caso	El aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso a los servicios, limitaciones y barreras en la cadena de las decisiones en salud, contexto geográfico, económico, servidores de la salud y usuarios, consecuencias de los problemas de acceso, los esfuerzos de algunos actores para mejorar, el acceso son insuficientes	Teórico	Colombia	Colombia	Reforma a la salud
Pérez Correa, Edelmira	2007	Revista CES Medicina	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Globalización, salud y nueva ruralidad
Casas-Zamora, Juan Antonio	2002	Revista Panamericana de Salud Pública	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Desarrollo humano, salud, equidad en salud
Matínez-Cañavete López, Montes, Teresa	2007	Tesis doctoral	Estudio mixto	Calidad de la atención, burnout, variables sociodemográficas, morbilidad crónica atendida	Aleatorio	España	España	Utilización de servicios, características médico de consulta ambulatoria
Amparo Hernández; Vega, Román	2001	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Derecho a la salud, acceso a servicios de salud, utilización de servicios
Arredondo, Armando; Meléndez, Víctor	1992	Salud Pública de México	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	México	Acceso a servicios de salud
Echeverri, Esperanza	2002	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Equidad y acceso
Tejada-Tayabas, Luz María; Mercado-Martínez, Francisco	2010	Salud Colectiva	Investigación cualitativa	El sistema de salud, los modelos de acceso y la utilización de servicios, la búsqueda y el acceso a la atención en seguridad social, la búsqueda y el acceso a los servicios de salud, la búsqueda y el acceso a la atención privada.	Muestreo intencional	México	Colombia	Acceso y enfermedades crónicas
Lago, Fernando Pablo; Moscoso, Nebel Silvana; Elorza, María Eugenia; Ripari, Nadia Vanina	2012	Salud Colectiva	Estudio descriptivo, transversal	Municipio de residencia, gasto público per cápita en salud, igualdad de necesidades en salud, tasa de mortalidad infantil, necesidades básicas insatisfechas, producto geográfico bruto per cápita,	No se evidencia	Argentina	Argentina	Equidad y financiamiento en salud
Arroyo, Santiago; Tovar, Luis Miguel	2009	Desarrollo y sociedad	Estudio cuantitativo, analítico	Sexo, edad, estado civil, jefe de hogar, educación, educación del jefe y razón de la migración.	Aleatorio	Colombia	Colombia	Acceso en Colombia
Rodríguez Acosta, Sandra	2010	Trabajo de investigación master	Estudio cuantitativo, analítico	Problema de salud, cita formal, calidad del servicio, género, edad, educación, estado civil, estado de salud, trabajo, residencia, seguridad social, espera de consulta.	Aleatorio	Colombia	España	Acceso y economía de la salud
Vargas Lorenzo, Ingrid	2009	Tesis doctoral	Estudio de caso	Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud, estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud.	Muestra teórica en tres etapas	Colombia	España	Acceso, reforma a sistemas de salud,

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Reyes Mejía, Sandra, et. Al.	1999	Informe de Investigación	Estudio de caso	Independientes de acuerdo a cada caso	No se evidencia	Colombia	Colombia	Acceso y sistema de salud colombiano
Faraone, Silvia, et. al.	2012	Revista Argentina de Salud Pública	Investigación cualitativa		Intencional	Argentina	Argentina	Acceso
Aday, Lu Ann; Andersen, Ronald	1974	Health Service Research	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Acceso, Andersen, Donabedian
Dixon-Woods, Mary, et. al.	2006	BMC Medical Research Methodology	Revisión sistemática	Acceso a servicios de salud en poblaciones vulnerables, crítica a la utilización de medidas en salud, permeabilidad de los servicios de salud, resistencia.	Intencional	No aplica	Reino Unido	Acceso y revisión sistemática
Organización Panamericana de la Salud	2010	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Mejía-Mejía, Aurelio; Sánchez-Gandur, Andrés, Tamayo-Ramírez, Juan	2007	Revista de Salud Publica	Estudio descriptivo, transversal	Estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud auto-reportado y tipo de afiliación a la seguridad social	Aleatorio	Colombia	Colombia	Equidad en salud
Ruiz-Rodríguez, Myriam; Valdez-Santiago, Rosario	2008	Revista de Salud Publica	Revisión sistemática	País, año de publicación, metodología	No aplica	No aplica	Colombia	Acceso y utilización de servicios de salud
Vargas-Lorenzo, Ingrid; Vázquez-Navarrete, María Luisa; Mogollón-Pérez, Amparo	2010	Revista de Salud Publica	Revisión sistemática	Acceso potencial a los servicios de salud, características de los servicios de salud, acceso real a los servicios de salud	No aplica	No aplica	España	Acceso y equidad
Flórez Martínez, Sofi Lorena; Campo Rivera, Claudia Isabel; Trochez Gómez, Mayerli Alexandra; Peña Lemus, Claudia Viviana	2012	Trabajo de investigación especialización	Estudio descriptivo, transversal	Sexo, edad, estado civil, número de hijos, procedencia, escolaridad, ocupación, grupo étnico, nivel SISBEN, afiliación SGSSS, ingreso semanal, estado de salud, tipo de atención recibida, tiempo de traslado.	Aleatorio	Colombia	Colombia	Acceso y equidad
Hirmas Aday, Macarena; et. al.	2013	Revista Panamericana de Salud Pública	Revisión sistemática	Barreras de acceso	No aplica	No aplica	Chile	Metodología y acceso
Mendoza-Sassi, Raúl; Béria, Jorge	2001	Cadernos de Saúde Pública	Revisión sistemática	Consulta y promedio de consultas, factores demográficos, socioeconómicos, características de los servicios de salud, necesidad en salud, satisfacción.	No aplica	No aplica	Brasil	Acceso, reformas y servicios de salud
Rubio-Mendoza, Martha	2008	Revista de Salud Publica	Estudio descriptivo, transversal	Necesidad sentida, acceso y financiación de la atención	Aleatorio	Colombia	Colombia	Equidad en salud
Céspedes, Juan Eduardo	2000	Revista de Salud Publica	Estudio descriptivo, transversal	1. Cobertura en la afiliación a la seguridad social en salud; 2. Razones para no utilizar los servicios de salud; 3. Utilización de servicios hospitalarios en el último año; 4. Utilización de servicios de salud en los últimos 30 días.	Aleatorio	Colombia	Colombia	Acceso y reforma

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Restrepo, Jairo; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johana; Rodríguez, Sandra	2003	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Estudio mixto	Condiciones de acceso, sostenibilidad financiera	No se evidencia	Colombia	Colombia	Economía de la salud
Massuda, Adriano; de Sousa Campos, Gastão Wagner	2010	Salud Colectiva	Investigación-Intervención, tipo soporte	Tipo de servicios, aplicación del método Paideia	No se evidencia	Brasil	Brasil	Salud colectiva, organización de servicios de salud
Organización Panamericana de la Salud	1981	Documento técnico	Documento técnico	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Organización Panamericana de la Salud	1982	Documento técnico	Documento técnico	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	
Ase, Ivan; Burijovich, Jacinta	2009	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Reforma a la salud, derecho a la salud, desarrollo económico
Moreno, Elsa; et.al	1998	Informe de Investigación	Estudio mixto	Modelo evaluativo de la calidad de la atención primaria: estructura, proceso y resultados en los programas de promoción y prevención	No se evidencia	Argentina	Argentina	Evaluación y calidad de los servicios de salud
Litsios, Socrates	2002	International Journal of Health Services	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Suiza	Atención primaria en Salud, documentos oficiales
Organización Panamericana de la Salud	1971	Documento técnico	Documento técnico	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	
Starfield, Bárbara	2001	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	No se evidencia	Atención primaria en Salud
Starfield, Bárbara; Shi, Leiyu; Macinko, James	2005	The Milbank Quarterly	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Atención primaria
Starfield, Bárbara; Shi, Leiyu; Macinko, James	2009	Humanity & Society	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Sistemas de salud
Ministerio de la Protección Social	2006	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Derecho a la salud, tratados internacionales
Echeverri, Esperanza	2006	Revista Facultad Nacional de Salud Pública	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Derecho a la salud
Fleury, Sônia	1994	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Economía de la salud
Fleury, Sonia; Bicudo, Valéria; Rangel, Gabriela	2013	Salud Colectiva	Investigación cualitativa	Reacciones a la violencia institucional: de la sumisión/naturalización a la resistencia individual	Teórico	Brasil	Brasil	Derecho a la salud, violencia

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Fleury, Sônia	2007	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Reforma a la salud
Gómez Gómez, Elsa	2002	Revista Panamericana de Salud Pública	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Salud y género
Segura del Pozo, Javier	2011	Libro	Revisión bibliográfica	No aplica	No aplica	No aplica	España	Inequidad en salud
Ronconi, Liliana	2012	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Derechos sociales
Cunill Grau, Nuria; Fernández, María Margarita; Vergara, Marcos	2011	Salud Colectiva	Investigación cualitativa, investigación documental	Las instancias de comunicación y sus efectos sobre la gobernanza, los instrumentos de gestión del sector salud en Chile, sus valores, y su incidencia en la gobernanza sistémica,	Intencional	Chile	Chile	Sistema de salud chileno, gobernanza
Almeida, Celia	2000	Libro	Capítulo de libro	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Reforma a la salud
Iriart, Celia; Merhy, Emerson Elias; Waitzkin, Howard	2000	Cadernos de Saúde Pública	Estudio comparativo	Modalidades de ingreso de los capitales financieros, principales capitales multinacionales	No aplica	Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos	Estados Unidos	Atención gerenciada
Testa, Mario	1986	Ensayo	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	No se evidencia	
Testa, Mario	1969	Conferencia	Ponencia	No aplica	No aplica	No aplica	Chile	
Navarro, et.al	2007	Salud Colectiva	Estudio descriptivo, retrospectivo	Mortalidad, poder político, mercado de trabajo, estado de bienestar, desigualdades de renta,	No se evidencia	No aplica	España	Estado de bienestar, política, inequidad en salud
Nuyens, Yvo	2007	Bulletin of the World Health Organization	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Bélgica	Investigación en salud
Restrepo, Helena	2001	Capítulo de libro	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Ciudades saludables y promoción de la salud
Carvalho, Sérgio Resende	2008	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Poder, promoción de la salud, empoderamiento
Di Leo, Pablo Francisco	2009	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Poder, subjetividad, política
Almeida-Filho, Naomar; Paim, Jairnilson Silva	1999	Cuadernos médicos-sociales	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	
Almeida-Filho, Naomar	2006	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Complejidad

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Campos, Gastão Wagner	2005	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	
Duarte Nunes, Everardo	2010	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	Epistemología, salud colectiva
Spinelli, Hugo; Testa, Mario	2005	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Planeación
Ugalde, Antonio; Homedes, Núria	2008	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	Descentralización
PNUD	1990	Capítulo de libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Estados Unidos	
Fajardo, Darío	2003	Capítulo de libro	Capítulo de libro	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	Conflicto armado, desarrollo rural, pobreza rural, reforma agraria
Ramsey, Doug; Beesley, Kenneth	2006	Journal of Rural and Community Development	Investigación cualitativa	Indicadores de bienestar comunitario, factores que afectan el bienestar comunitario, prospectivas para el futuro	No se evidencia	Canadá	Canadá	Bienestar comunitario, determinantes de salud
García, Roberto; De Los Ríos; Ignacio	2005	Estudios Geográficos	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	España	Capital social, desarrollo rural
Echeverri Perico, Rafael; Echeverri Pinilla, Ana María	2009	Documento de discusión	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	
Australian Institute of Health and Welfare	2008	Documento técnico	Estudio descriptivo, transversal	Determinantes en Salud	No se evidencia	Australia	Australia	Salud y ruralidad
Spinelli, Hugo	2010	Salud Colectiva	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Poder, política
Alazraqui, Marcio; Mota, Eduardo; Spinelli, Hugo; Guevel, Carlos	2007	Revista Panamericana de Salud Pública	Estudio descriptivo, transversal	Características sociodemográficas, cobertura de programas,	Aleatorio	Argentina	Argentina	Muestran problemas y afectación poblacional georeferenciada
Sepúlveda, Jaime	1994	Salud Pública de México	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	México	Enfermedades transmisibles, epidemiología
Spinelli, Hugo	2005	Capítulo de libro	Capítulo de libro	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Inequidad en salud
Alazraqui, Marcio; Mota, Eduardo; Spinelli, Hugo	2006	Cadernos de Saúde Pública	Ensayo	No aplica	No aplica	No aplica	Argentina	Sistemas de información en salud
Costa, Ediná Alves	2009	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Brasil	
Jeeves, Alan H.	2010	Documento de discusión	Documento de discusión	No aplica	No aplica	No aplica	Sudáfrica	Apartheid
De Roux, Gustavo	2008	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Colombia	

Autores	Año	Revista	Método de abordaje	Variables	Muestra	País de realización del estudio	Nacionalidad autores	Referentes teóricos o autores referentes
Organización Panamericana de la Salud	1920	Libro	Libro	No aplica	No aplica	No aplica	Reino Unido	

Anexo B: Matriz de revisión perspectivas teóricas

Corriente Teórica	Atención Primaria en Salud	Promoción de la Salud	Políticas, sistemas y gestión de servicios de salud	Derecho a la Salud, ciudadanía, participación y paz	Vigilancia epidemiológica	Salud Colectiva	Teorías del desarrollo en el contexto rural
Autor (a) y documento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento oficial No. 179. Salud para todos en el año 2000: plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales. 2. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. 3. Elsa Moreno. Calidad de la atención primaria. 4. Barbara Starfield 5. Sidney Kark. 6. Benjamin David Paul. 7. George Foster. 8. Atención primaria: conceptos y retos para un mundo cambiante. 9. Kevin Kesner. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud: como construir una vida saludable. 2. Promoción de la Salud: una antología. 3. Henry Sigerist. 4. Lisa Berkman. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Celia Almeida, Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias 2. Carvalheiro. 3. Mario Testa. 4. Milton Roemer (evaluación de los servicios de salud). 5. Trazadores en salud. 6. Héctor Abad Gómez. 7. Celia Iriart. 8. Yvo Nuyens. 9. Vicente Mavarro. 10. C. A Taylor. 11. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del derecho a la salud y a la atención de salud a nivel país una guía del movimiento por la salud de los pueblos 2. Esperanza Echeverry. 3. Gianni Tognoni. 4. Mario Hernández. 5. Eduardo Pinilla. 6. Sonia Fleury. 8. Javier Segura del Pozo. 9. Rene Dibou. 10. Frances Baum, Lareen Newman 11. Leonard Syme. 12. Hugo Spinelli. 13. Alexander Larwick. 14. Eduardo Haro. 15. Eduardo Menéndez. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública en los años noventa. 2. Hugo Spinelli. 3. Stephen Tacker 4a. Eduardo Unaña Luna 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jairnilson Silva Paim. 2. Pedro Luis Castellanos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Max Neef 2. Gustavo Guerra 3. Antonio Elizalde, 4. Amartya Sen 5. Michael Marmot 6. Rita Barata.
Premisas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe diseñar un sistema de monitoreo que permita la retroalimentación entre países y el secretariado de la OMS/OPS. 2. Dentro de las estrategias nacionales para implementar APS, cada país 	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perspectiva de transformación científica o instrumental. 2. Delimita los problemas con los implicados no sólo desde la visión del 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No denegación del derecho a la salud 2. Derecho a la atención de salud. (MPSP) 3. Lucha contra la desigualdad. 4. No incorpora la definición de salud de la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El papel y responsabilidad del Estado como supervisor. 2. Vigilancia demográfica. 3. Vigilancia epidemiológica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud colectiva es el conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y 	<ol style="list-style-type: none"> El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las

<p>debe articular en sus primeros pasos procesos de evaluación y monitoria.</p> <p>3. "La evaluación requiere una clara definición del sujeto como del patrón de referencia".</p> <p>4. Se requerirá, para cada tipo de indicador, la especificación de los criterios, procedimientos y técnicas a emplearse en el análisis y en la explicación de las coincidencias y discrepancias observadas.</p> <p style="text-align: center;">CALIDAD</p> <p>* Efectividad: El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.</p> <p>* Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.</p> <p>* Adecuación: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).</p> <p>* Accesibilidad: Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser incluido en ella.</p>	<p>en el mundo".</p> <p>2. Un nuevo concepto de salud que incorpora las necesidades humanas, la abogacía, la participación y la acción política.</p> <p>Contempla cinco estrategias:</p> <p>*Construir políticas públicas saludables.</p> <p>*Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).</p> <p>*Fortalecer la acción comunitaria.</p> <p>*Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).</p> <p>*Reorientar los servicios de salud.</p> <p>*La evaluación debe considerarse como parte de la planificación.</p> <p>*Planificación participativa.</p> <p>1. Identificación de necesidades sentidas.</p> <p>2. Assets.</p> <p>3. Componente técnico y político: Situación social, económica, cultural y epidemiológica y Prioridades y agenda de gobierno.</p> <p>*Las metodologías e indicadores recomendados internacionalmente son útiles como guía,</p>	<p>investigador, "es necesaria participación en el proceso de investigación de todos los actores involucrados con determinado problema de investigación".</p> <p>3. Contribuye a la formación profesional con la perspectiva científica y operacional.</p> <p>4. Investigación – Acción.</p> <p>5. "Estado como mayor financiador, planificador, proveedor y regulador de los servicios de salud impactó substancialmente la naturaleza de la investigación en sistemas y servicios de salud".</p> <p>5. "La centralidad de la asistencia médica y del hospital, como eje estructurador de esos sistemas".</p> <p>6. "Instrumento importante para el proceso político de implementación de cambios en los sistemas de servicios de salud".</p> <p>El contexto de los sistemas es primordial.</p> <p>La continuidad es importante.</p> <p>La complejidad debe ser considerada.</p> <p>Todos los actores</p>	<p>OMS (Echeverri,)</p> <p>5. Menciona seis derechos sociales: educación, trabajo, salud, remuneración justa, cultura, descanso y seguridad social.</p> <p>6. Reconoce el derecho a la preservación de la salud, acompañado de medidas socio-sanitarias (alimentos, vestido, atención médica y vivienda), pero condiciona su realización a la disponibilidad de recursos (Declaración americana de derechos y deberes del hombre, 1948)</p> <p>7. Alude al derecho a la salud en el marco del compromiso de los Estados partes de garantizar derechos derivados de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos</p> <p>8. Establece el acceso a los conocimientos de la ciencia médica" y condiciones urbanas para una vida digna, sana y productiva. (Convención americana sobre derechos humanos (pacto de San José)</p> <p>9. Reafirma la salud como un derecho humano fundamental.</p> <p>10. Concibe como un objetivo social el logro del más alto nivel posible de salud.</p> <p>11. Establece metas y</p>	<p>4. Vigilancia en sistemas de salud.</p> <p>5. El sistema debe adaptarse a la institucionalidad, por tanto debe favorecer la institucionalidad.</p> <p>6. Notificación por legos: permite a la comunidad vigilar un grupo de enfermedades.</p> <p>7. Sus métodos se distinguen por su rapidez y practicabilidad más que por su exactitud.</p>	<p>económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. (Paim).</p>	<p>cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente.</p> <p>Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo lo que Adam Smith llamó la capacidad de interactuar con otros sin sentirse "avergonzado de aparecer en público.</p> <p>El desarrollo humano compagina la producción y distribución de artículos de consumo y la expansión y uso de las capacidades humanas.</p> <p>Ruralidad</p> <p>Dos perspectivas de abordaje, espacio y territorio.</p> <p>Demográfica: áreas de asentamientos humanos dispersos o de baja concentración poblacional.</p> <p>Producción: espacios que dependen de actividades primarias y sus encadenamientos</p>
--	--	--	--	---	---	--

	<p>* Calidad científico técnica: Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente. El término de calidad cuando es utilizado sólo, se refiere casi siempre a este componente.</p> <p>* Continuidad: Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científico-técnica.</p> <p>* Satisfacción del usuario y del prestador: Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.</p>	<p>pero deben adecuarse a las propias realidades de cada lugar.</p> <p>Marco para la promoción de la salud. -Autocuidado. -Ayuda mutua. Ambientes saludables. (Kickbush, 1996).</p>	<p>clave deben ser involucrados. Las capacidades son el eslabón más débil y deben fortalecerse. (Yvo Nuyens, Mary Ann D Lansang)</p>	<p>directrices para los contenidos de la obligación del gobierno. (Alma Ata. 1978).</p> <p>12. Consagra el derecho universal a la y a un ambiente sano y establece medidas para su realización por los Estados partes, con énfasis en la asistencia primaria. (Protocolo de San Salvador a la convención americana sobre derechos humanos).</p> <p>13. Sistema de salud: universal, equitativo, no regresivo, con servicios disponibles y accesibilidad no condicionada a capacidad de pago, con protección de grupos vulnerables y marginados y política de salubridad pública con igualdad de oportunidades.</p>			sub-sectoriales directos.
Objetivos	<p>“Efectuar la monitoria y la evaluación del proceso de salud para todos en la Región, proporcionando a la Organización y a sus Gobiernos Miembros, por un proceso continuo de retroalimentación, la información que permita adoptar las medidas pertinentes para la reorientación y perfeccionamiento de dicho proceso.”</p>	<p>Conseguir la salud para todos. (Kickbush, 1986).</p>	<p>“1. Apoyo a la implementación de políticas. 2. Mejora de la performance de los sistemas y servicios de salud”. (Almeida, 2000) 3. “Reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecen en la implementación de tales cambios” (Hassouna, 1992)</p>	<p>“Atraer la atención nacional e internacional de cómo puede implementarse el derecho a la salud y a la atención de salud a nivel mundial con una transferencia relativamente pequeña de recursos”.</p> <p>1. Sano desarrollo de la infancia. 2. Política del Estado: medidas socio-sanitarias, promoción y protección a la salud 7. Considera igualdad y</p>	Identificar aspectos importantes en la producción de enfermedades.		

				universalidad como principios del derecho a la salud. Pedro Luis Castellanos			
Metas	<p>Región.</p> <ol style="list-style-type: none"> Programa detallado de trabajo para la evaluación y monitoria de los procesos regionales de SPT/2000. 2. Estudiar y definir los indicadores y procedimientos de análisis para la evaluación y monitoria de todas las áreas del Plan de Acción. Estudiar y adoptar criterios para el análisis del desarrollo de las estrategias nacionales y regionales. Preparar, distribuir e instruir respecto del uso de técnicas, procedimientos e instrumentos a ser empleados en la recolección de los datos requeridos para la evaluación y el monitoreo a nivel regional. Procesar los datos necesarios para efectuar los análisis y preparar los informes de evaluación y monitoria regional. Cooperar con los países en la organización, desarrollo y perfeccionamiento de los procesos nacionales de monitoria y evaluación de sus propias estrategias. Proporcionar la información requerida por la OMS para la evaluación y monitoria a nivel global. <p>País.</p> <ol style="list-style-type: none"> Organizar y conducir los procesos de evaluación, monitoria y control de las estrategias, planes y programas nacionales. Preparar y ejecutar un programa de trabajo para el desarrollo de dichos procesos 	<p>*Reducir las desigualdades. *Incrementar la prevención. *Favorecer el afrontamiento. *Coordinar las políticas del sector público. (Kickbush, 1986).</p>	<ol style="list-style-type: none"> Relaciones de los servicios con el entorno social. Determinación de las necesidades y demandas de salud de la población. Producción y distribución de recursos. Estructura organizativa y componentes del sistema de salud. Estudio de la utilización de servicios de salud. Administración de los servicios de salud. Análisis económico. Evaluación de programas. Participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud. (Carvalho, 1994) 	<ol style="list-style-type: none"> Reducción de mortalidad y mortalidad infantil. Mejoramiento de higiene del trabajo y medio ambiente. Prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras. Asistencia médica y servicios. Define factores determinantes básicos de la salud: alimentación y nutrición, vivienda, agua potable, acceso a condiciones de trabajo seguras y sanas y medio ambiente sano. Información-educación en salud. (En: Echeverri, 2006). 	<ol style="list-style-type: none"> Desarrollo institucional. <i>Requerimientos:</i> *Diseño organizacional. *Infraestructura. *Recursos humanos. *Asistencia técnica. Establecer una agenda para la vigilancia en Salud Pública. <i>Criterios:</i> 1. <i>Pertinencia.</i> 2. <i>Vulnerabilidad.</i> 3. <i>Capacidad del sistema de salud para incrementar los programas de control.</i> 		

	<p>nacionales.</p> <p>3. Estudiar, investigar, generar y adoptar el uso de indicadores para la evaluación, monitoria y control de las estrategias, planes y programas nacionales, asegurando la inclusión de aquellos indicadores y criterios que, en el seno de la Organización, los Gobiernos Miembros han considerado obligatorios para fines de la evaluación y monitoria regional.</p> <p>4. Ajustar sus sistemas nacionales de información para satisfacer las necesidades de la evaluación y monitoria de las estrategias tanto a nivel nacional como regional.</p> <p>5. Preparar los informes de evaluación de las estrategias, planes y programas nacionales, así como aquellos que provean la información requerida por la Organización para la evaluación del proceso de SPT/2000 a nivel regional y global.</p> <p>6. Cooperar con la OPS/OMS en el desarrollo y perfeccionamiento del sistema de evaluación y monitoria a nivel regional.</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

Anexo C: Artículos excluidos de la revisión

Nombre Artículo	Año	Revista	Autores	Motivo de exclusión
Financing health care for all: challenges and opportunities	2011	The Lancet	Kumar, A. K. Shiva; et al.	Es una revisión interesante pero hace referencia al gasto en salud y no habla de poblaciones rurales
Acceptability—a neglected dimension of access to health care: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania	2012	BMC Health Serv Res	Dillip, Angel	Se excluye porque el foco de investigación es la aceptabilidad
Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa	2012	BMC Health Serv Res	Silal, Sheetal; Penn-Kekana, Loveday; Harris, Bronwyn; Birch, Stephen; McIntyre, Diane	Se excluye, el foco es la salud materna
Evaluación económica de programas y servicios de salud ¹	2008	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Mejía Mejía, Aurelio	Evaluación económica de servicios y sistemas de salud
Condiciones de accesibilidad de internas e hijos convivientes en el Centro del Reclusión el Buen Pastor, Medellín 2009	2011	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Mejía-Ortega, Luz Mery; Hernández-Pacheco, Jennifer; Nieto-López, Emmanuel	Interés del estudio en población reclusa
Anatomía de la cadena de prestación de salud en el régimen contributivo	2004	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Gorbaneff, Yuri; Torres, Sergio; Contreras, Nelson	No menciona la accesibilidad en áreas rurales
La economía de la salud en el hospital	2010	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Cortés-Martínez; Ariel Emilio	Énfasis en indicadores de producción hospitalaria, no menciona poblaciones rurales
Evaluación de los sistemas de salud: estudio multivariante del logro en salud en los países europeos	2006	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Caballer Tarazona, María; Barrachina Martínez; Isabel	No menciona poblaciones rurales
Reducción de la pobreza en Colombia: el impacto de las políticas públicas	2009	Reducción de la pobreza en Colombia/PNUD	Fresneda Oscar, et. Al.	No menciona poblaciones rurales
Access to quality health services in rural areas-primary care: a literature review	2010	Healthy people	Gamm, Larry; Castillo, Graciela; Pittman, Stephanie	Metodología pobre de revisión de literatura, estudio poco concluyente
Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante	2009	Revista Desarrollo y Sociedad	Arroyo, Santiago and Tovar, Luis	No menciona la población rural excepto para realizar comparaciones.

Nombre Artículo	Año	Revista	Autores	Motivo de exclusión
Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres bogotanas	2009	Rev Col Cancerol	Arboleda Walter, Murillo Moreno Raúl Hernando, Piñeros Petersen Marion, Perry Fernando, Díaz Sandra, Salguero Edgar, Sánchez Oswaldo, et al.	Foco de la investigación: cáncer, no menciona poblaciones rurales
El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe : una visión global	2008	Documento de la UNESCO	Elisa Flórez , Carmen; Soto, Victoria Eugenia	Foco en salud sexual y reproductiva
Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales	2007	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Báscolo, Ernesto; Yavich, Natalia; Urquía, Marcelo	Basado en encuesta poblacional, no habla de poblaciones rurales
Desafíos en la prestación de servicios de salud en zonas rurales de Colombia. "Experiencia del proyecto malaria fondo mundial	2012	Tesis de posgrado	Murillo, Olga Lucía	No menciona poblaciones rurales, se enfoca en malaria
Intervenciones para mejorar la Calidad en Servicios De Atención Primaria de Salud en Latinoamérica Hispanoparlante y Europa	2008	MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim	Urquiza, Raúl	No menciona poblaciones rurales
Multimorbidity and its measurement	2011	Health Policy	Starfield B, Kinder K.	Habla de la medición del indicador a nivel general, no discrimina áreas rurales de urbanas
Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas	2003	Ciênc. saúde coletiva;8	Menéndez, Eduardo	No muestra indicadores de medición de accesibilidad
Health inequalities for women living in rural regions: the prefecture of Xanthi, Greece	2011	Health Care for Women International	Papanikolaou, Vicky; Voskaki, Angeliki; Nearchou, Andreas; Papadopoulos, Zaharias; Roumelioti, Anastasia	El foco de estudio es la salud de las mujeres, realiza comparaciones urbano-rural, pero el centro no es la ruralidad,
Access and quality of rural healthcare: Ethiopian Millennium Rural Initiative	2011	Int J Qual Health Care	Bradley, Elizabeth; et al.	De carácter longitudinal, excluido por la pobre metodología de desarrollo
Challenges experienced by rural women in India living with AIDS and implications for the delivery of HIV/AIDS care	2011	Health Care for Women International	Nyamathi, Adeline M; et al.	Foco de estudio VIH/SIDA
The health status and unique health challenges of rural older adults in California	2011	Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res	Durazo, Eva M; Jones, Melissa R; Wallace, Steven P; Van Arsdal, Jessica; Aydin, May; Stewart, Connie	Excluido por la pobre metodología de desarrollo.
Accessibility and use of health services among older Estonian population	2009	Cent Eur J Public Health	Polluste, Kaja; Kalda, Ruth; Lember, Margus	No habla de salud rural

Anexo D: Primeras categorías diagnósticas mayores en triage, según patrón poblacional y área de residencia (2008-2012)

Categoría diagnóstica mayor CMD	17% a 50%				51% a 70%				71% a 90%			
	Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano	
	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)	Casos	Proporción (%)
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	1.476	19,11	15.376	21,04	1.356	19,47	1.250	19,55	710	15,86	534	20,49
Lesiones, envenenamiento y efecto tóxico de drogas	1.158	14,99	10.666	14,60	1.159	16,64	976	15,26	785	17,53	429	16,46
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	1.243	16,09	11.405	15,61	895	12,85	799	12,49	526	11,75	291	11,17
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios	492	6,37	3.858	5,28	692	9,93	632	9,88	669	14,94	365	14,01
Embarazo, parto y puerperio	314	4,07	2.654	3,63	512	7,35	462	7,22	483	10,79	227	8,71
Enfermedades y trastornos del aparato urinario	241	3,12	2.137	2,92	184	2,64	193	3,02	111	2,48	61	2,34
Politraumatismo	204	2,64	1.933	2,65	199	2,86	186	2,91	129	2,88	69	2,65
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	192	2,49	2.102	2,88	145	2,08	116	1,81	84	1,88	53	2,03
Enfermedades y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	197	2,55	1.803	2,47	125	1,79	113	1,77	76	1,70	41	1,57
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	163	2,11	1.787	2,45	139	2,00	130	2,03	67	1,50	43	1,65
Suma 5 primeras causas	5.680	73,55	53.721	73,53	5.406	77,61	4.857	75,95	3.640	81,30	2.113	81,08
Resto	2.043	26,45	19.342	26,47	1.560	22,39	1.538	24,05	837	18,70	493	18,92
Total general	7.723	100,00	73.063	100,00	6.966	100,00	6.395	100,00	4.477	100,00	2.606	100,00

Bibliografía

1. Banco Mundial. Datos de Agricultura y desarrollo rural. [Online].; 2012 [cited 2012 Noviembre 22. Available from: <http://datos.bancomundial.org/tema/agricultura-y-desarrollo-rural>.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Series de Población 1985 – 2020. [Online].; 2012 [cited 2012 Octubre 30. Available from: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121.
3. Kalmanovitz S. Economía y nación: una breve historia de Colombia Editores SX, editor. Bogotá; 1985.
4. Arrubla M. La agricultura en Colombia Siglo XX Arrubla M, editor. 1976: Ediciones Colcultura; Bogotá.
5. Rueda Plata JO. El campo y la ciudad: Colombia, de país rural a país urbano.. Revista Credencial Historia. 1999 Noviembre;(199).
6. Fals Borda O. Historia de la Cuestión Agraria en Colombia Bogotá: Editorial Punta de Lanza; 1976.
7. Machado A. Problemas agrarios colombianos Bogotá: Siglo Veintiuno Editores; 1986.
8. Zamosc L. Los usuarios campesinos y las luchas por la tierra en los años 70 Bogotá: CINEP; 1982.
9. Gómez Henao R. La población y la calidad de vida de los colombianos. [Online]. [cited 2013 Octubre 13. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?id=72995>.
10. Banguero H. La Transición Demográfica En Colombia:1938-2025 Cali: Universidad del Valle; 1991.
11. Pérez E, Pérez M. El sector rural en Colombia y su crisis actual. Cuadernos de Desarrollo Rural. 2002; 48.

12. Pérez Correa E. El mundo rural latinoamericano y la nueva ruralidad. Revista Nómadas. 2004 Abril;(20).
13. Ortiz Guerrero CE. Nueva ruralidad en zonas marginales de Colombia. In Brumer A, editor. Agricultura latino-americana. Novos arranjos e velhas quesotes. Rio Grande Do Sul: UFRGS Editora; 2005. p. 35-69.
14. Rodríguez A, Meneses J. Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. In Reunión de expertos sobre: población, territorios y desarrollo sostenible; 2001; Santiago de Chile. p. 43.
15. ACNUR. Balance de la Política de atención al Desplazamiento Interno Forzado en Colombia 1999-2002. Informe. Bogotá: Alto comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados, ACNUR-Oficina Colombia; 2002. Report No.: 514-6-00-02-00208-00.
16. Camacho Velázquez J. Un país que huye : Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada UNICEF , editor. Bogotá: CODHES; 1999.
17. Instituto de Ciencia Política Hernan Echavarría Olózaga. Los pilares olvidados de la tierra. Revista Semana. 2012 Mayo: p. NA.
18. PNUD. Colombia rural: razones para la esperanza. Informe anual de Desarrollo Humano. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011. Report No.: 978-958-8447-63-6.
19. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009 Mayo; 27(2).
20. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria.. [Online].; 2004 [cited 2012 Octubre 23. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-indigenas.pdf>.
21. Organización Mundial de la Salud. VIII Conferencia iberoamericana de ministras y ministros de Salud. In Memorias; 2006; Montevideo.
22. Comité Internacional de la Cruz Roja. Colombia: preocupante aumento de infracciones contra la misión médica. [Online].; 2011 [cited 2013 OCTubre 20. Available from: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/news-release/2011/colombia-news-2011-10-13.htm>.

23. Colorado P. Subieron los ataques a la misión médica. El colombiano. 2011 Octubre: p. NA.
24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia No. T-385/94. [Online].; 1994 [cited 2012 Noviembre 16. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-385-94.htm>.
25. Arcos FA, Galindo M. La exposición cultural y el cuidado de enfermería. Cultura de los cuidados. 2010 Junio-Diciembre;(28).
26. Arroyo S, Tovar LM. Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante. Desarrollo y sociedad. 2009 Julio;(64): p. 152-172.
27. Cortés D, Vargas J. Inequidad Regional en Colombia*. Serie: documentos de trabajo. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de economía; 2012. Report No.: 127.
28. Alvis N, Alvis L, Castro R. Inequidad regional en la financiación de la salud en Colombia, 2008. Lecturas de Economía. 2009 Julio-Diciembre; 71(NA).
29. Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health. 2010 Abril; 10(15).
30. Pineda Restrepo BdC. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Universitas odontológica. 2012 Ene-Jun; 31(66): p. 97-102.
31. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia, Comité técnico; 2011.
32. Pérez E. Nueva ruralidad, globalización y salud. Revista CES Medicina. 2007 Enero-Junio; 21(Suplemento 1).
33. Carvajal Y, Carvajal J, Figueroa E, Ibacache J, Jaramillo F, Winkler M. Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. Cuadernos médicos sociales. 2007; 47(3).
34. Echeverry R, Ribero MP. Nueva ruralidad; visión del territorio en América Latina y el Caribe Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura I, editor. Bogotá: Cargraphics S.A; 2002.
35. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública de México. 1985; 27(5).
36. Donabedian A. Aspectos de la Administración de la Atención Médica. Primera edición ed.

- México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
37. Aday LA, Andersen R. A theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974 Otoño; 9(3).
 38. Bronfman Mea. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México*. 1997; 39(4).
 39. Rosenstock I. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Q*. 2005 Diciembre; 83(4).
 40. Dueñas G. La dirección de hospitales por productos: Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos. In XXV Congreso del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCO); 2002; Buenos Aires. p. 10.
 41. Duque Roldán MI, Gómez Montoya LF, Osorio Agudelo JA. Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista del Instituto Internacional de Costos*. 2009 Julio-Diciembre;(5).
 42. Gálvez A. Métodos contemporáneos de síntesis científica: una propuesta de homogeneidad. *Medicina Clínica*. 2003; 121(7): p. 253-263.
 43. Higgins JPT GS(. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. [Online].; 2011 [cited 2013 Febrero 26. Available from: www.cochrane-handbook.org.
 44. Yetano , Javier , Lopez G. Manual de descripción de los Grupos relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD V. 25.0) Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio de Salud Vasco; 2010.
 45. Rivero A. Guía pedagógica para la implementación de los sistemas de clasificación de pacientes (GRD) en instituciones prestadoras de servicios de salud Social MdIP, editor. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 46. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. revisión. 2003rd ed. Organización Panamericana de la Salud , editor. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
 47. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993, de 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

48. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. In 18a Asamblea Médica Mundial.; 2002; Helsinki.
49. Vandembroucke JP, et.al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Epidemiology*. 2007 Noviembre; 18(6).
50. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Materiales CASPe, Parrillas para lectura. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 23. Available from: <http://redcaspe.org/>.
51. Sandelowski M, Barroso J. Reading Qualitative Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002; 1(1).
52. Dawson B. Informe Dawson. Informe provisional. Londres: Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines, Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines; 1920. Report No.: 93.
53. Kruk ME, et.al.. Availability of essential health services in post-conflict Liberia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010 Julio; 88(7).
54. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? *PLoS One*. 2012 Enero; 7(1).
55. Zhou Z, et.al.. Measuring the equity of inpatient utilization in Chinese rural areas. *BMC Health Services Research*. 2011 Agosto; 11(201).
56. Smith L, Holloman C. Health status and access to health care services: a comparison between Ohio's rural non-Appalachian and Appalachian families. *Family & community health*. 2011 Abril-Junio; 34(2).
57. Kruk ME, Rockers PC, Varpilah ST, Macauley R. Which doctor?: Determinants of utilization of formal and informal health care in postconflict liberia. *Medical Care*. 2011 Junio; 49(6).
58. Lamarche PA, Pineault R, Haggerty J, Hamel M, Levesque JF, Gauthier J. The experience of primary health care users: a rural-urban paradox. *Can J Rural Med*. 2010 Primavera; 15(2).
59. Baldwin LM, et.al.. Access to cancer services for rural colorectal cancer patients. *The Journal of Rural Health*. 2008 Otoño; 24(4).

60. Lewis M, Eskeland G, Traa-Valerezo X. Primary health care in practice: is it effective? *Health Policy*. 2004 Diciembre; 70(3).
61. Reyes H, et.al.. La mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿problema de acceso o de calidad de atención? *Salud Pública de México*. 1998 Julio-Agosto; 40(4).
62. Okwaraji YB, et.al.. The association between travel time to health facilities and childhood vaccine coverage in rural Ethiopia. A community based cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012 Junio; 12(476).
63. Hang H, Byass P. Difficulties in getting treatment for injuries in rural Vietnam. *Public Health*. 2009 Enero; 123(1).
64. Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC Health Services Research*. 2008 Mayo; 8(109).
65. Qu B, Li X, Liu J, Mao J. Analysis of the current situation regarding the aging rural population in China and proposed countermeasures. *Popul Health Manag*. 2012 Junio; 15(3).
66. Hsia R SY. Possible geographical barriers to trauma center access for vulnerable patients in the united states: An analysis of urban and rural communities. *Archives of Surgery*. 2011 Enero; 146(1).
67. Baldwin LM, et.al.. Access to specialty health care for rural American Indians in two states. *The Journal of Rural Health*. 2008 Verano; 24(3).
68. Fagnan L. To give or not to give: Approaches to early childhood immunization delivery in Oregon rural primary care practices. *The Journal Of Rural Health*. 2011 Invierno; 27(4).
69. Okwaraji YB, et.al.. The association between travel time to health facilities and childhood vaccine coverage in rural Ethiopia. A community based cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012 Junio; 12(476).
70. Blanford J, Kumar S, Luo W, MacEachren A. It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International Journal of Health Geographics*. 2012 Junio; 27(11).
71. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*. 2011 Junio; 11(147).

72. Sibley LM, Weiner JP. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*. 2011 Enero; 11(20).
73. Sanz-Barbero B, Otero Garcia L, Blasco Hernandez T. The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. *Medical care*. 2012 Enero; 50(1).
74. Ngwenya B, Nnyepi M. Threats to Maternal and Child Well-Being in Rural Communities in Ngamiland, Botswana. *Health Care for Women International*. 2011 Octubre; 32(10).
75. Hossen A, Westhues A. Improving access to government health care in rural bangladesh: the voice of older adult women. *Health Care for Women International*. 2011 Diciembre; 32(12).
76. Caldwell PH, Arthur HM. The influence of a "culture of referral" on access to care in rural settings after myocardial infarction. *Health & Place*. 2009 Marzo; 15(1).
77. Schoenfeld N, Juarbe T. From sunrise to sunset: an ethnography of rural Ecuadorian women's perceived health needs and resources. *Health Care For Women International*. 2005 Noviembre-Diciembre; 26(10).
78. Williams C, et.al.. Going home from hospital: the postdischarge experience of patients and carers in rural and remote Queensland. *The Australian Journal Of Rural Health*. 2006 Febrero; 14(1).
79. Bloom G. Building institutions for an effective health system: Lessons from China's experience with rural health reform. *Social Science & Medicine*. 2011 Abril; 72 (8).
80. Lewando Hundt G, Alzaroo S, Hasna F, Alsmeyran M. The provision of accessible, acceptable health care in rural remote areas and the right to health: Bedouin in the North East region of Jordan. *Social Science & Medicine*. 2012; 74(1).
81. Sypek S, Clugston G, Phillips C. Critical health infrastructure for refugee resettlement in rural Australia: Case study of four rural towns. *Australian Journal of Rural Health*. 2008 Diciembre; 16(6).
82. Kempf MC, et.al.. A qualitative study of the barriers and facilitators to retention-in-care among HIV-positive women in the rural southeastern United States: implications for targeted interventions. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 Agosto; 24(8).
83. Hayman N. Strategies to improve indigenous access for urban and regional populations to health services. *Heart, lung & circulation*. 2010 Mayo-Junio; 19(5-6).

84. Sutherns R, Bourgeault IL. Accessing maternity care in rural Canada: there's more to the story than distance to a doctor. *Health Care for Women International*. 2008 Septiembre; 29(8).
85. Bourke L, Humphreys JS, Wakerman J, Taylor J. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place*. 2012 Mayo; 18(3).
86. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MGA. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*. 2008 Abril; 16(2).
87. Weisgrau S. Issues in rural health: access, hospitals, and reform. *Health Care Financing Review*. 1995 Otoño; 17(1).
88. De Baets AJ, et.al.. Using a sociological model to analyze access to pediatric HIV/AIDS care in rural sub-Saharan Africa. *Current HIV Research*. 2008 Noviembre; 6(6).
89. Lourenco AEP. The meaning of 'rural' in rural health: a review and case study from Brazil. *Glob Public Health*. 2012; 7(1).
90. Borgia F, et.al.. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate*. 2012 Julio-Septiembre; 36(94).
91. Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*. 2011 Enero-Abril; 7(1).
92. Buzza C, et.al.. Distance is relative: unpacking a principal barrier in rural healthcare. *J Gen Intern Med*. 2011 Noviembre; 26(Suplemento 2).
93. Goudge J, Gilson L, Russell S, Gumede T, Mills A. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009 Mayo; 9(9).
94. Reid H, et.al.. Assessment of the burden of human African trypanosomiasis by rapid participatory appraisal in three high-risk villages in Urambo District, Northwest Tanzania. *African Health Sciences*. 2012 Junio; 12(2).
95. Averill J. Keys to the puzzle: recognizing strengths in a rural community. *Public Health Nursing*. 2003 Noviembre-Diciembre; 20(6).
96. Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin of the World*

Health Organization. 2004 Julio; 82(7).

97. Hunsaker M, Kantayya V. Building a Sustainable Rural Health System in the Era of Health Reform. *Disease-a-Month*. 2010 Diciembre; 56(12).
98. Mueller KJ, Mackinney AC. Care across the continuum: access to health care services in rural America. *The Journal of Rural Health*. 2006 Invierno; 22(1).
99. Lutfiyya MN, et.al.. Rurality as a Root or Fundamental Social Determinant of Health. *Disease-a-month*. 2012 Noviembre; 58(11).
- 100 Probst JC, Moore CG, Glover SH, Samuels ME. Person and place: the compounding effects of race/ethnicity and rurality on health. *American Journal of Public Health*. 2004 Octubre; 94(10).
- 101 Gaus D, Herrera D, Heisler M, Cline B, Richmond J. Making secondary care a primary concern: the rural hospital in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008 Marzo; 23(3).
- 102 Gardner K, al. e. Reorienting primary health care for addressing chronic conditions in remote Australia and the South Pacific: Review of evidence and lessons from an innovative quality improvement process. *Australian Journal of Rural Health*. 2011 Junio; 19(3).
- 103 Moscovice I, Christianson J, Johnson J, Kralewski J, Manning W. Rural hospital networks: implications for rural health reform. *Health Care Financing Review*. 1995 Otoño; 17(1).
- 104 Daza A. Atención pediátrica rural en la comuna de Til-Til. *Revista chilena de pediatría*. 1957 Mayo; 28(5).
- 105 Organización Panamericana de la Salud. Resolución XIX: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. In 86 Reunión del comité ejecutivo de la OPS; 1981; Washington D.C. p. 143.
- 106 Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la implementación de estrategias regionales Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1982.
- 107 Moreno E, et.al.. Calidad de la Atención Primaria: Aporte metodológico para su evaluación. Informe de final proyecto de investigación. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina; 2001.

- 108 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an . of health: an. Health Policy. 2002; 60.
- 109 Montiel Paredes H. Sistemas de información y comunicación municipal en Colombia. In . Restrepo H, editor. Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 138-145.
- 110 Restrepo H. Promoción de la Salud. Cómo. In Restrepo H, editor. Promoción de la Salud: . Cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 212-218.
- 111 Berman L, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up . study of Alameda county residents. Am. J. Epidemiol. 1979 Julio; 109(2).
- 112 Segura del Pozo J. Desigualdades Sociales en Salud: conceptos, estudios e . intervenciones (1980-2010) Colombia UNd, editor. Bogotá: Unilibros; 2013.
- 113 Sepulveda J, et.al.. Aspectos basicos de la vigilancia en salud publica para los años . noventa. Salud Pública Méx. 1994; 36(1).
- 114 Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Contr . calidad asist. 1991 Enero-Febrero; 36(1).
- 115 Almeida C. Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: . Desarrollo Histórico y Tendencias Texto base para discusión. In Almeida C, editor. Cuadernos de discusión. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. p. 321.
- 116 Testa M. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y . adecuación a la función. In VI Conferencia de directores de Escuela de Salud Pública de América Latina; 1969; Medellín. p. 23.
- 117 Navarro V, et.al.. El Impacto de la Política en la Salud. Salud Colectiva. 2007 Enero- . Abril; 3(1).
- 118 Castellano PL, et.al.. El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades . Castellano PL, editor. Santo Domingo: Portificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2009.
- 119 Massuda A, de Sousa Campos GW. El método de soporte Paideia en el hospital: la . experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC- Unicamp). Salud Colectiva. 2010 Mayo-Agosto; 6(2).
- 120 Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la

- . práctica. Salud Colectiva. 2008 Enero-Abril; 4(1).
- 121 UNESCO. Indicadores de educación: especificaciones técnicas. [Online].; 2009 [cited 2013 Septiembre 11. Available from: <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/eiguide09-es.pdf>.
- 122 CEPAL. Tasa de desempleo. [Online].; No registra [cited 2013 Septiembre 11. Available from: http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_desempleo.htm.
- 123 Nina E, Aguilar A. Amartya Sen y el estudio de la desigualdad económica y la pobreza monetaria. Colombia: 1978-1997. Cuadernos de Economía. 1998 17;(29).
- 124 Banco Mundial. PIB per cápita (US\$ a precios actuales). [Online].; 2013 [cited 2013 Septiembre 11. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>.
- 125 Almeida Filho Naomar BM. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- 126 Alonso J, et.al.. Spanish Version of the Nottingham Health Profile: Translation and Preliminary Validity. Am J Public Health. 1990 Junio; 80(6).
- 127 García A, et.al.. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor. 2004; 7(3).
- 128 Marilyn Bergner R, et.al.. The Sickness Impact Profile: Validation of a Health Status Measure. Medical Care. 1976 Enero; 14(1).
- 129 Alvis Nelson VMT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. Rev. méd. Chile. 2010 Septiembre; 138(2).
- 130 Murray C, López A. Evidence-based health policy lessons from the Global Burden of Disease Study. Scien-ce. 1996; 274.
- 131 Alcaldía de Sogamoso. Plan de desarrollo para el municipio de Sogamoso 2008-2011: "Sogamoso piensa en grande". [Online].; 2014 [cited 2014 Febrero 1. Available from: http://sogamoso-boyaca.gov.co/Nuestros_planes.shtml.
- 132 Corrales Ad. Plan de desarrollo gestión y equidad social para corrales. [Online].; 2012 [cited 2014 Febrero 1. Available from: http://corrales-boyaca.gov.co/apc-aa-files/62663138356233643335363932363632/Plan_de_Desarrollo_CORRALES_2012_20

[15_1.pdf](#).

- 133 Alcaldía de Monguí. Plan de desarrollo municipal Monguí somos todos 2012-2015. [Online].; 2012 [cited 2014 Febrero 1. Available from: <http://mongui-boyaca.gov.co/apc-aa-files/36346163653435623736616539653038/pdm-mongui-somos-todos.pdf>.
- 134 Alcaldía de Iza. Plan de desarrollo municipal (2008-2012): Por un Iza democrático y progresista. [Online].; 2008 [cited 2014 Febrero 1. Available from: http://iza-boyaca.gov.co/apc-aa-files/31343865663961376533383433636530/PARTE_I_PLAN_DESARROLLO.pdf.
- 135 Alcaldía de Aquitania. Plan de desarrollo Aquitania para todos. [Online].; 2008 [cited 2014 Febrero 1. Available from: <http://aquitania-boyaca.gov.co/apc-aa-files/31326435653039383834353439373161/plandesarrollodefinitivo.pdf>.
- 136 Alcaldía de Pajarito. Plan de desarrollo municipal 2008-2011: el cambio en ahora. [Online].; 2008 [cited 2014 Febrero 3. Available from: http://pajarito-boyaca.gov.co/apc-aa-files/63373264626637313330333135303438/PLAN_DE_DESARROLLO_PAJARITO_2008_2011.pdf.
- 137 Alcaldía de Tópaga. Plan de desarrollo: "unidos ampliaremos el camino" 2012-2015. [Online].; 2012 [cited 2014 Febrero 3. Available from: <http://topaga-boyaca.gov.co/apc-aa-files/32663564336331316265376630363430/plan-de-desarrollo-topaga-2012-2015.pdf>.
- 138 Alcaldía de Gameza. Plan de desarrollo "una esperanza social de manos abiertas 2012-2015". [Online].; 2012 [cited 2014 Febrero 1. Available from: http://gameza-boyaca.gov.co/apc-aa-files/36656230636266363735623032336633/plan-de-desarrollo-gameza-2012-2015_2.pdf.
- 139 Alcaldía de Pisba. Plan de desarrollo del municipio de Pisba: "Agroecológica y socialmente posible" 2012-2015. [Online].; 2012 [cited 2014 Febrero 1. Available from: <http://pisba-boyaca.gov.co/apc-aa-files/30633166376138303534366564633663/acuerdo-no.-022-de-2012-plan-de-desarrollo-pisba-2012-2015.pdf>.
- 140 Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. Revista Salud Pública. 2008; 10(2).
- 141 SN K, EK E, S P, O O, MH R, D P. El acceso y utilización de los servicios de salud para los pobres en Uganda: una revisión sistemática de la evidencia disponible. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2008 Junio; 102(11).

- 142 Raúl MS, Umberto. BJ. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática . sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. 2001 Agosto; 17(4).
- 143 Vargas Lorenzo I, Vázquez-Navarrete , Luisa M, Mogollón-Pérez , S. A. Acceso a la . atención en salud en Colombia. Revista Salud Pública. 2010 Diciembre; 12(5).
- 144 Comes Y, et.al.. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y . servicios. In Aires UdB, editor. Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006. p. 201-209.
- 145 Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de . salud: revisión y análisis. Salud Pública de México. 1992 Enero; 34(1).
- 146 Álvarez F, Álvarez A. Auditoría médica y epidemiología. Primera edición ed. Bogotá: . ECOE Ediciones; 2009.
- 147 Velázquez SP. Ser mujer jefa de hogar en Colombia. IB: Revista de la Información . Básica. 2010 Diciembre; 4(2).
- 148 OIT. Programa Internacional para la erradicación del trabajo infantil. [Online].; 2001 [cited . 2013 Septiembre 14. Available from: http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/guia_indicadores.pdf.
- 149 Fresneda O. La medida de Necesidad Básicas Insatisfechas (NBI) como instrumento . de la medición de la pobreza y focalización de programas. [Online].; 2007 [cited 2013 Septiembre 14. Available from: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/33387/lcl2840p.pdf>.
- 150 PNUD. Indicadores internacionales sobre el desarrollo humano. [Online].; 2013 [cited . 2013 Septiembre 27. Available from: <http://hdrstats.undp.org/es/indicadores/69206.html>.
- 151 De Maio F. Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. De Maio,. . 2010 Mayo-Agosto; 6(2).
- 152 PNUD. Hacia un Valle del Cauca incluyente y pacífico. Informe Regional. Cali: PNUD, . IDH-Valle; 2008. Report No.: 978-958-847-09-4.
- 153 Australian Institute of Health and Welfare. Rural, regional and remote health Indicators of . health status and determinants of health. Informe de Investigación. Sidney: Australian Institute of Health and Welfare; 2008.

