

## **7. Desigualdades en la mortalidad evitable por ejes estructurales**





## 7.1 El cierre de brechas entre áreas rural y urbana y otros referentes de políticas públicas de salud rural en Colombia

*Una aproximación al análisis de las políticas de salud para el área rural*

Karol Cotes Cantillo, Carlos Castañeda-Orjuela

### Abreviaturas:

**AFP:** Acuerdo Final de Paz  
**APS:** Atención Primaria en Salud  
**CEPAL:** Comisión Económica para América y el Caribe  
**PNSR:** Plan Nacional de Salud Rural  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud  
**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública  
**OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico  
**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud  
**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
**DANE:** Departamento Nacional de Estadística  
**IPM:** Índice de Pobreza Multidimensional

En Colombia, se han documentado desigualdades en diversos desenlaces en salud e indicadores de calidad de vida entre el área rural y urbana, así como las limitaciones en el acceso a servicios de salud para las zonas rurales. El Acuerdo Final de Paz (AFP) con la antigua guerrilla de las FARC-EP, trazó como uno de sus objetivos centrales reducir la brecha entre el campo y la ciudad. Entre las estrategias para avanzar en este propósito el punto 1 del AFP contempla la formulación e implementación de planes nacionales para la Reforma Rural Integral con el propósito de superar la pobreza de la población rural, alcanzar la integración y el cierre de brechas entre el campo y la ciudad (1).





Entre estos se encuentra el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) para el cual se plantean cuatro aspectos centrales: 1) la construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo, esto incluye la posibilidad de telemedicina y contar con personal calificado, 2) la inclusión de un enfoque diferencial y de género, 3) la formulación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas con énfasis en la prevención que permita brindar atención en los hogares o en los lugares de trabajo, y, 4) un sistema de seguimiento y evaluación permanente con el fin de garantizar la calidad y oportunidad de la atención (1).

En la actualidad, existe un borrador de PNSR elaborado por el Ministerio de Salud y protección Social (MSPS) (2), pero este se encuentra en proceso de reformulación y no ha sido formalizado a octubre de 2023. No obstante, existen directrices de políticas implementadas que incluyen intervenciones dirigidas a las zonas rurales del país en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Entre estas, se encuentra la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (3). Por otro lado, el MSPS ha venido adelantando acciones en los municipios priorizados en el marco del AFP, conocidos como los municipios con Programas de Desarrollo con enfoque Territorial (PDET), como lo registran los informes de rendición de cuentas (4).

Ante la necesidad de avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población rural, esta sección pretende identificar los referenciales que han orientado las directrices de política de salud para el área rural con énfasis en borrador actual del PNSR. Esto con el fin de tener una mejor comprensión de las decisiones de política y aportar elementos para la discusión sobre la estructuración de la problemática de salud de la población rural, así como para aportar elementos en la formulación e implementación del PNSR y de otras medidas encaminadas a garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad de la población rural y a la reducción de la mortalidad evitable para el área rural.

**Aunque en las cifras presentadas por el mismo DANE muestran una disminución en el índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en los centros poblados y rural disperso, que pasaron de 50,8 en 2010 a 27,3%, en 2022, los rezagos con respecto a las cabeceras se mantienen y es casi tres veces el IPM de las cabeceras.**

El presente es un análisis de contenido de algunos instrumentos de políticas de salud para el área rural con énfasis en el documento borrador del PNSR. Entre estos documentos, se encuentra la Ley 1438 de 2011, la PAIS, los Planes Decenales de Salud Pública (PDSP) 2021-2021, y 2022-2031 y la Ley 1751 de 2015. El enfoque principal en la reflexión se basa en el análisis de referencial propuesto por Pierre Muller, que entiende una política como la construcción de una representación, una imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir, de tal manera, en “referencia a esta imagen cognitiva, los actores van a organizar su percepción del sistema, confrontar sus soluciones y definir sus propuestas de acción” y este conjunto de imágenes es lo que se constituye como “el referencial de la política pública” (5). Este estudio se enfoca en las directrices orientadas específicamente hacia la población rural. Adicionalmente, se presenta una descripción del comportamiento de la mortalidad evitable por políticas públicas y el sistema de salud en el área rural entre 1992 y 2021.

En los documentos de política incluidos en el análisis, se utilizan diferentes términos para referirse al área rural, según distintas clasificaciones, por tal motivo, se asimila aquí ese conjunto de términos al área rural. Algunos de estos términos son: centro poblado y rural disperso, zona rural, resto, campo, zonas alejadas, zonas dispersas, alta ruralidad, zonas remotas, etc. Aunque el hallazgo del uso de diferentes términos para referirse al área rural se constituye en sí mismo en un aspecto relevante en relación con las políticas para estas zonas, esto no es objeto de reflexión en este análisis. En relación con este tema la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), recomienda garantizar que las políticas para estas zonas usen una definición rural consistente y unificada en todos los escenarios del gobierno que examine la diversidad de las áreas rurales y las interacciones urbano-rurales (6). Al respecto, la misión para la transformación del campo definió unas categorías de ruralidad que tienen en cuenta las divisiones político-administrativas, atienden el sistema de ciudades y aplican la densidad, el tamaño de las

cabeceras y la distribución entre la cabecera y el área dispersa como criterios básicos de clasificación (7). Otros organismos como la Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL) (8) proponen un índice y unas categorías de ruralidad de mayor complejidad.

### El referencial central: el cierre de brechas urbano-rurales

En Colombia, para 2022, el Departamento Nacional de Estadística (DANE) estimó que en las zonas rurales se ubicaba el 23,7% de la población del país, es decir, 12,2 millones de personas (9) de las cuales el 27,3% se encontraba en pobreza multidimensional, comparado con el 8,7 en las cabeceras y con el 12,9% del total nacional (10). Por otro lado, y aunque las cifras presentadas por el mismo DANE muestran una disminución en el índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en los centros poblados y rural disperso, que pasaron de 50,8 en 2010 a 27,3%, en 2022, los rezagos con respecto a las cabeceras se mantienen y es casi tres veces el IPM de las cabeceras. En 2020, primer año de la pandemia, el IPM en la zona rural sufrió un aumento de tres puntos con respecto a 2019, mientras que el de las cabeceras se mantuvo en el mismo valor (10).

En cuanto a las coberturas de afiliación a la seguridad social en salud, en el área rural no se encuentra información reciente en las páginas y documentos oficiales consultados. De acuerdo con el tercer censo nacional agropecuario, más del 95,8% de los productores residentes en el área rural dispersa censada estaban afiliados al SGSSS en régimen contributivo, especial o subsidiado. En cuanto a la distribución por departamentos, la afiliación a la seguridad social en salud era superior al 90%, a excepción de La Guajira donde la afiliación solo llegaba al 86,7%. El régimen que presenta la mayor proporción de afiliados en todos los departamentos es el subsidiado (82,2%), seguido por el

contributivo (12,8%) (11). Cifras similares reportan una reciente caracterización de la población campesina con un 95,8% (aproximadamente 9,7 millones) que asegura estar afiliada a alguna entidad de seguridad social en salud (12). En este sentido, el documento marco de la misión para la transformación del campo destaca que a pesar de que no existan brechas importantes en afiliación en seguridad social en salud entre la zona rural y urbana, sí existen amplias diferencias en el acceso y calidad de los servicios entre cabeceras y población dispersa y al interior de las categorías de ruralidad. Señala la misión que entre las razones de estas se encuentran la distancia a los centros de salud, los altos costos asociados y una oferta que no responde a la emergente composición demográfica de los hogares rurales con participaciones relativamente altas de jóvenes y adultos mayores y, en menor proporción, de adultos en edades productivas (7). De hecho, datos recientes muestran que el 36,7% de la población rural se encuentra entre los 0 y 20 años.

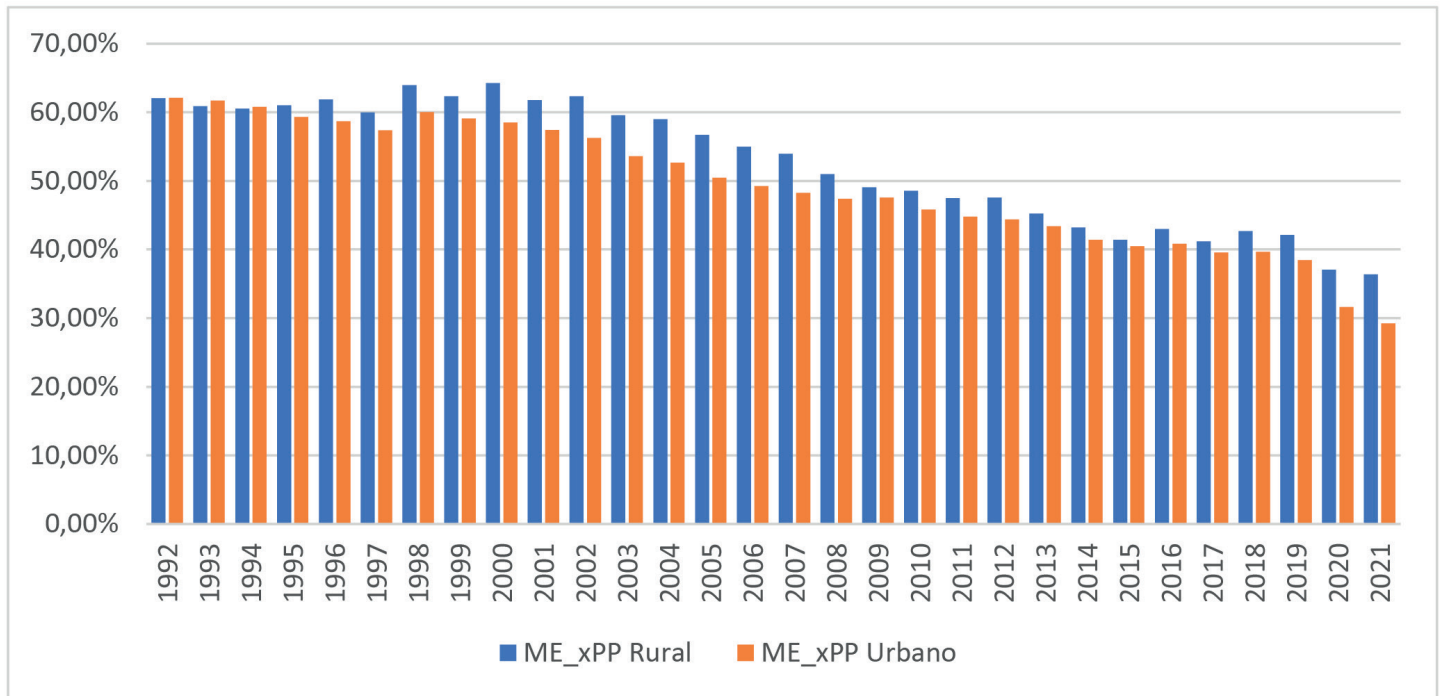
Distintos estudios muestran desigualdades en el acceso a servicios de salud entre el área rural y urbana, así como mayores barreras para acceder a los servicios de salud en las zonas rurales (13-15). En los instrumentos de política analizados, entre los aspectos de mayor relevancia en la estructuración se destacan: las brechas en distintas dimensiones como acceso a servicios, indicadores trazadores de salud sexual y reproductiva, estado nutricional, coberturas de vacunación, talento humano en salud y de dotación e infraestructura de servicios de salud.

En relación con la mortalidad evitable (ME) por cualquier política pública y por el sistema de salud, entre 1992 y 2021, ha disminuido en el área rural y aunque las tasas son más altas en las cabeceras que el área rural, la proporciones son mayores que en el área rural y la brecha se ha venido incrementado posterior a la pandemia por COVID-19 (Gráfico 1 y 2).



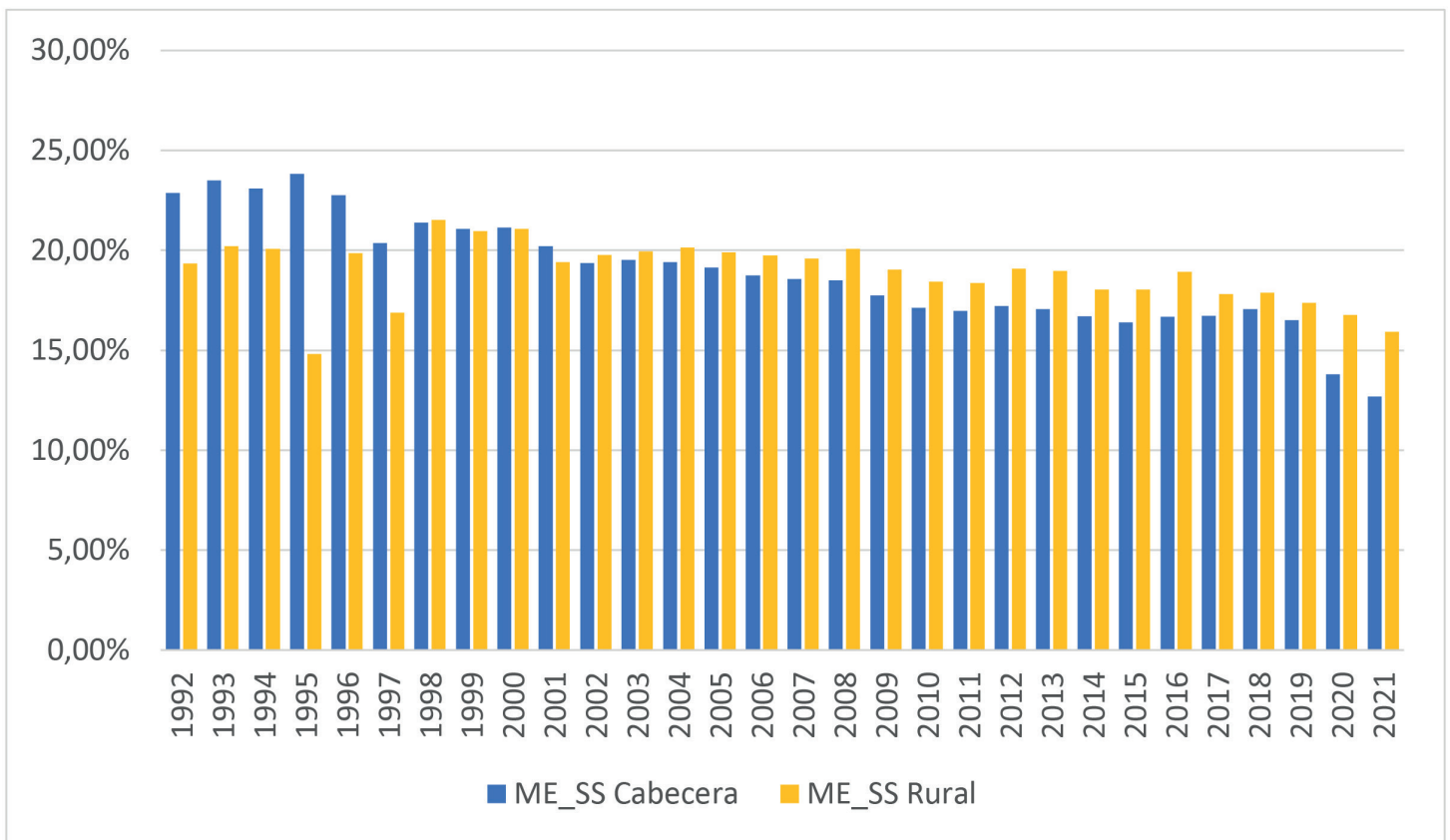


**Gráfico 1.** Proporción de muertes evitables por cualquier política pública según área. Colombia. 1992-2021.



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales - EEVV del DANE.

**Gráfico 2.** Proporción de muertes evitables por el sistema de salud según área. Colombia. 1992-2021.



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales - EEVV del DANE.



Ante la evidencia de desigualdades en una serie de indicadores entre el área rural y urbana, se estructura la problematización que fundamenta el cierre de brechas como el referencial central en las directrices de política para el área rural. No obstante, los distintos instrumentos de política, según su naturaleza, hacen un mayor o menor énfasis, pero en general están orientados en este referente. Asimismo, se identifican otros referenciales en la vía del cierre de brechas que se exponen también como pares categoriales opuestos para expresar las desigualdades, en el sentido en que menciona Lozano (16). Así, se encuentran los siguientes: población vulnerable/ no vulnerable, población étnica/ no étnica, población víctima del conflicto armado/no víctima de conflicto armado, mujer rural/ hombre rural, que configuran expresiones de desigualdad, pero que se relacionan también con las apuestas de política de la agenda internacional, las luchas de grupos poblacionales y organizaciones sociales y los referentes de la agenda pública nacional, como el tema de víctimas del conflicto armado en Colombia.

A este respecto, Lozano (16), a partir de Tilly, señala que el par categorial indica un fenómeno de naturaleza relacional que se corresponde con la existencia de vínculos y transacciones sociales. Se refiere a dos ámbitos de experiencia, cada uno de los cuales reúne actores vinculados y separados al tiempo por un límite identificable desde ambas partes, sobre la base de procesos de diferenciación que articulan exclusión y asimetrías generadoras de desigualdad. Según lo anterior, el mismo Lozano señala que es posible plantear que los sistemas de desigualdad categorial son uno de los elementos estructurantes de los referenciales de las políticas públicas en tanto que corresponden a representaciones que operan tanto en el campo social como estatal y juegan un papel en las lógicas que mantienen la desigualdad. Por otro lado, y en relación al par urbano-rural, algunos análisis indican la insuficiencia de poner en el centro este referente ante la posibilidad de invisibilizar posibles procesos de exclusión social en el área rural, dada ciertas particularidades del medio rural que llevan a las personas en situación o riesgo de exclusión social a estar relativamente mejor disimuladas por la conformidad social y cultural, la menor densidad y dispersión en el territorio, es decir,

**La ausencia de la categoría clase social y la invisibilización de las relaciones de empleo, trabajo y salud, es una limitante, que puede producir una comprensión restringida del ámbito de necesidades en salud de la población rural.**

que la evidencia física de la exclusión esté oculta por el entorno (17).

Los instrumentos de política y en especial el borrador de PNSR incorpora pares de categorías que reflejan ejes de desigualdad estructural siguiendo principalmente el modelo de determinantes sociales de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (17), que además es un referente sectorial fundamental en las políticas de salud recientes. Sin embargo, dicha inclusión no refleja una comprensión de las interrelaciones entre categorías y tiende a homogenizar el territorio rural, al poner un énfasis en las limitaciones de la de accesibilidad a los servicios de salud asociadas a la dispersión geográfica. La ausencia de la categoría clase social y la invisibilización de las relaciones de empleo, trabajo y salud, es una limitante, que puede producir una comprensión restringida del ámbito de necesidades en salud de la población rural y, por lo tanto, unos referenciales de acción con un alcance también limitado para avanzar en el derecho a la salud de la población rural.

**Los referenciales para el cierre de brechas entre el área rural y urbana: el aumento de la cobertura vía aseguramiento individual como eje de acción central**

Para actuar sobre el cierre de brechas entre el área rural y urbana, y avanzar en la garantía del derecho a la salud, así como dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1751 o ley estatutaria de salud (18), los instrumentos de política analizados incluyen como referentes unos enfoques: determinantes sociales de la salud, diferenciales, de gestión del riesgo, además de unos modelos en salud especiales basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en tanto que como referente fundamental se plantea el aumento de la cobertura a través del aseguramiento individual, como enfatiza el PNSR:

*“Bajo el esquema de aseguramiento social colombiano, la reducción de inequidades en coberturas es una condición necesaria para avanzar en el cierre de brechas entre el campo y la ciudad. En este sentido, aumentar la cobertura*



del aseguramiento en salud en las zonas rurales del país constituye una necesidad del sistema para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de forma continua y sostenible” PNSR (borrador).

Ahora bien, a pesar del aumento de la cobertura en el área rural y la disminución de las brechas en cuanto afiliación al SGSSS entre el área rural y urbana, que ahora son similares, no hay la misma disminución de brechas en indicadores de resultados en desenlaces de salud trazadores, como la mortalidad materna (19,20) o la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años (21). Sin embargo, y ante el entendimiento de la existencia de unas condiciones geográficas y de dispersión de la población que ocasionan unas limitaciones para acceder a los servicios, el borrador de PNSR plantea la necesidad de unas modificaciones o adaptaciones a la operación del SGSSS, sin reflexión sobre las consecuencias que produce la fragmentación y segmentación inherente al mismo para funcionar en el área rural. Es decir, el problema desde el marco interpretativo recae sobre en elementos del contexto territorial, especialmente el geográfico, y en las capacidades de la institucionalidad que se encuentra en las zonas como lo señala el PNSR:

*“En las zonas rurales del país la dispersión de la población, las condiciones geográficas y la poca infraestructura vial dificultan el acceso efectivo a la oferta de servicios de salud. A lo anterior se suma limitaciones en la oferta de recurso humano especializado y la baja capacidad técnica y administrativa de los territorios. Se requiere entonces de adaptaciones del SGSSS con el fin de responder a las particularidades y necesidades de la población que reside en la zona rural de Colombia” (PNSR)*

*“Es imperativo también un ajuste de la operación del aseguramiento, con la posibilidad de definir una reducción en el número de aseguradores para los departamentos con territorios dispersos, así como un mecanismo financiero que garantice el manejo integral, el flujo de recursos del sector y mayor vigilancia y control sobre la planeación y ejecución de los recursos del sector salud” (PNSR)*

Entre las adaptaciones al modelo que plantea el PNSR, se encuentra la posibilidad de disminuir el número de aseguradores o tener un solo asegurador, opción recomendada por organismos como la CEPAL que señala aspectos regulatorios críticos, por ejemplo, la segmentación institucional de la población afiliada al régimen contributivo en zonas rurales y en pequeñas cabeceras, así, resulta razonable que se disminuya el número de aseguradoras en los territorios, según la magnitud de la población, para reducir costos de transacción innecesarios y tener una mejor distribución de los riesgos entre estas (22). En contraste, desde otras posturas y marcos interpretativos, se ha señalado que

**Se ha señalado que un único asegurador puede tender a privilegiar el cálculo del riesgo financiero de atender población por encima de la protección en salud y a no girar los dineros que requieren los prestadores, lo cual puede seguir debilitando la red de prestación, especialmente para los hospitales públicos**

un único asegurador puede tender a privilegiar el cálculo del riesgo financiero de atender población por encima de la protección en salud y a no girar los dineros que requieren los prestadores, lo cual puede seguir debilitando la red de prestación, especialmente para los hospitales públicos, además de las limitaciones de la entidad territorial al momento de ejercer rectoría y exigencias sobre las condiciones del desempeño del asegurador o aseguradores en relación con la implementación de la APS, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad. Es posible además que las aseguradoras privadas no suministran a las autoridades sanitarias la información oportuna y completa de su población afiliada, el sistema de información se centra más en el registro de servicios para la

facturación que en la condición de salud del paciente, entre otras (23–25).

En relación con la afectación a los determinantes sociales como otros de los referentes de acción reconocidos e incorporados en los instrumentos de política analizados, se evidencian avances en la concepción de temas como la transectorialidad y el enfoque interseccional, particularmente en el PDSP 2022-2031 y en el borrador de PNSR, donde se hace referencia al tema de salud en todas las políticas, principio y estrategia política que se introdujo por primera vez durante la presidencia finlandesa de la Unión Europea en 2006, pero que tiene su origen en el desarrollo de la promoción de la salud,



acogida posteriormente por la OMS, entendida como “un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que toma en cuenta sistemáticamente las implicaciones de las decisiones para la salud, busca sinergias y evita impactos nocivos para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los responsables de las políticas por los impactos en la salud en todos los niveles de formulación de políticas. Incluye un énfasis en las consecuencias de las políticas públicas sobre los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar” (26) (declaración de Helsinki). En esta vía, se destacan necesidades para las zonas rurales, especialmente de vivienda y servicios básicos que serían competencia de otros sectores:

“En el mejoramiento y mantenimiento de la salud de la población de la zona rural, es imprescindible reconocer la corresponsabilidad de todos los actores. La Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas (OMS, 2010) destaca la importancia de incluir la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas en todos los sectores y en todos los niveles de gobierno.” (PDSP-2022-2031).

Sin embargo, en lo que se refiere a las zonas rurales, no son claros los mecanismos para avanzar en la intersectorialidad, interseccionalidad y aún más allá en el principio de salud en todas las políticas. En el marco de la ley 1438 de 2011, se creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública como mecanismo de coordinación intersectorial que debería reunirse cada seis meses con el fin de hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, y establece que en el nivel local este papel lo asumirán los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud (27). Una reciente evaluación señala que una de las principales debilidades de estos mecanismos es la imposibilidad de llevar a cabo una verdadera intersectorialidad dado que los recursos son sectoriales, por tal motivo, no hay manera de ejecutar presupuestos fuera de cada sector (28). Adicionalmente, hay una débil apropiación de actores distintos al sector salud sobre su rol y comprensión de los determinantes sociales de la salud y, por lo tanto, poca claridad en su

contribución a la función de la comisión y su papel para orientar la toma de decisiones en salud pública en el orden nacional y local (28,29).

La reforma rural integral definida por el AFP requiere de mecanismos claros de coordinación que permitan superar las miradas sectoriales y entender las formas en que las poblaciones habitan el territorio de manera más profunda. El borrador de PNSR asume esta coordinación e intersectorialidad como parte de la implementación de la estrategia de APS, la gestión integral del riesgo en salud (colectivo e individual), así como la participación de escenarios específicos ya en funcionamiento como la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) o los Consejos Territoriales de Salud

Ambiental (COTSA). Por otro lado, está la articulación con el Plan Nacional de Rehabilitación, también dispuesto por el AFP, pero sin claridades en su operación y alcance:

“En el marco de las competencias del sector salud, la coordinación intersectorial en los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), se articularán y se crearán sinergias para la implementación de las siguientes líneas de acción: 1. Gestión integral intersectorial de la salud ambiental: Para la intervención de los diferentes determinantes relacionados con los componentes de la salud ambiental (...)” PNSR.

## La reforma rural integral definida por el AFP requiere de mecanismos claros de coordinación que permitan superar las miradas sectoriales y entender las formas en que las poblaciones habitan el territorio de manera más profunda.

La estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario es también un referente global para el cierre de brechas y resulta fundamental en la intersectorialidad, integralidad y complementariedad en las acciones, como bien los reconocen las directrices de política analizadas y de manera especial el borrador de PNSR. Este documento afirma que no existen inconvenientes con las competencias legales de los actores del sistema, aunque varios análisis y resultados de experiencia sugieren inconvenientes en la implementación y alcance de esta estrategia en el marco del SGSSS.

En este sentido, exaltan la tensión entre un modelo basado en APS y otro basado en el aseguramiento, es decir en la combinación de “Estado y territorialidad con competencia y mercado” (30). Adicionalmente, el enfoque neoliberal de las políticas social y de salud a nivel nacional, basadas en la gestión social del riesgo, la

atención administrada en salud, la desterritorialización de las acciones, la lógica de rentabilidad financiera del SGSSS, una participación social muy limitada e institucionalizada, la fragmentación estructural de funciones y actores, han impuesto limitaciones estructurales para poder desarrollar la APS (23,31). Asimismo, señalan una frágil capacidad de rectoría y de gobernanza por parte de las autoridades de salud en los asuntos de salud pública, lo cual se relaciona con la falta de personal idóneo en este campo (23). Así pues, aunque se destaca como un avance importante la incorporación de la estrategia de APS en las políticas gubernamentales de salud, se han evidenciado las tensiones y desafíos en el marco del SGSSS, particularmente en el área rural.

Otro referente esencial es el enfoque diferencial que está presente en todas las directrices de políticas analizadas con algo de mayor relevancia en las directrices más recientes, como el borrador de PNSR y el PDSP 2022-2031, y con un énfasis en etnia y género, que puede asociarse también a lo promulgado en el AFP, en relación con estos enfoques. Aunque también se mencionan en relación con las personas con discapacidad, ciclo vital, y claro está víctimas de conflicto armado y excombatientes, incluso la ruralidad en sí misma, parece integrarse a este enfoque en el marco de algunas directrices:

*“...Oportunidades para que todas las poblaciones según momento de curso de vida, pertenencia étnica, condición de discapacidad, identidad de género o sexual o víctima del conflicto armado- y de acuerdo con sus condiciones geográficas (ámbitos territoriales donde habitan: urbano, rural o rural disperso), culturales, históricas y sociales, dispongan de los servicios, procedimientos, acciones e intervenciones en salud, en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y equidad en el marco de procesos participativos, garantizando el derecho a la salud”(PDSP 2022-2031).*

De tal manera, los enfoques diferenciales, que han tenido un especial impulso de la comunidad internacional, no solo del sector salud, se entienden, en las directrices de política, como método de análisis, guía para la acción y, de manera marginal, como método de evaluación de la respuesta institucional y comunitaria como lo señalan algunos análisis en relación con la implementación de la APS (32). Por otro lado, este enfoque requiere de talento humano capacitado y una transversalización cuya incorporación no es clara en las directrices de política analizadas.

## El fortalecimiento del talento humano, otro referencial necesario

La necesidad de fortalecimiento del talento humano es también un referente importante en el camino de cierre de brechas, dado el déficit identificado en comparación con la zona urbana. Esto requiere el incremento de la disponibilidad de talento humano, la capacitación para hacer parte de equipos con buena resolutiveidad, las capacidades del talento humano para el ejercicio de la salud pública y de la operación de la APS, así como la búsqueda de dispositivos para su permanencia y retención. El PNSR propone cinco líneas de acción:

- 1) Identificación de necesidades de talento humano en salud en los territorios**, que deben determinar las entidades territoriales con apoyo del MSPS y priorizando los municipios PDET
- 2) Conformación de equipos multidisciplinarios de salud (EMS)** que estarán a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), además contemplan la integración de sabedores ancestrales y tradicionales agentes comunitarios.
- 3) Gestión de procesos de diálogo de saberes, formación permanente y técnica** que liderará el MSPS de manera coordinada con el sector educativo, dirigido específicamente a los EMS.
- 4) Implementación, por parte de las instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas, privadas y mixtas, de planes de capacitación permanente, inducción y re-inducción.**
- 5) Desarrollo de estrategias para mejorar la disponibilidad, condiciones de trabajo digno y retención del talento humano en salud en zonas rurales**, que liderarán las entidades territoriales, entre las que se podrían incluir el fortalecimiento del servicio social obligatorio creando nuevas plazas y la inclusión de nuevos perfiles de talento humano en salud para su desarrollo y la generación de incentivos para la permanencia y retención de talento humano que no se mencionan de manera específica. Esta es quizá la más importante de estas propuestas.

Las condiciones de empleo y trabajo precarias de muchos trabajadores de la salud, que no son descritas en profundidad como parte del problema en las directrices de política, quedaron particularmente evidenciadas durante la pandemia. La tercerización y los llamados “contrato basura” se encuentran entre las principales razones de los reclamos de grupos organizados de trabajadores de la salud y, en el área rural esto puede ser un elemento que agudice la falta



de personal sanitario, unido a la presencia del conflicto armado y a la limitada provisión de servicios públicos en ciertas zonas que pueden impedir el desarrollo de proyectos de vida de los trabajadores. Aunque estos aspectos, con excepción del conflicto armado, no hacen parte de la problematización de las directrices de política. Sin embargo, se asigna una responsabilidad a la entidad territorial sobre el desarrollo de las estrategias para mejorar la disponibilidad y retención del talento humano que dadas condiciones estructurales y las políticas de trabajo y empleo, de contratación de personal sanitario y su limitada capacidad de actuación ante las aseguradoras, tendrá dificultades al momento de llevarla a cabo en la forma planteada:

*“(...) el MSPS orientará y acompañará a las Entidades Territoriales para que en acuerdo con los demás actores del SGSSS y otros sectores, desarrollen estrategias o mecanismos para incrementar la disponibilidad y retención del Talento Humano en Salud”.*

Existen distintas políticas para la retención de talento humano en zonas rurales o alejadas de las grandes ciudades, muchas de estas sistematizadas (33,34), que vale la pena analizar con el fin de evaluar su pertinencia y posibilidades de adaptación. Sin embargo, es una prioridad avanzar en el mejoramiento de las condiciones de empleo y trabajo de los trabajadores de la salud y generar incentivos para el desarrollo de proyectos de vida en las zonas rurales.

### La población víctima del conflicto armado

Puede afirmarse que otro referente de acción para las políticas de salud rural son las intervenciones dirigidas a la población víctima de conflicto armado. Es un acierto que los dos PDSP planteen capítulos especiales para las víctimas, situación posible gracias a todo un proceso iniciado desde abajo para el reconocimiento por parte de Estado de la categoría de víctima. En la actualidad en Colombia, se encuentran registradas 9.593.356 de víctimas y la Ley 1448, conocida como la ley de víctimas, diseñó un entramado institucional con responsabilidades para otros sectores. En este contexto, el MSPS lidera la implementación de política integral de salud para víctimas del conflicto armado que tiene su centro en la Política de Atención psicosocial (PAPSIVI), aunque las intervenciones en salud no se restringen a esta política.

En los instrumentos de política analizados, los impactos del conflicto armado hacen parte de la enunciación del problema de salud, particularmente en el PDSP

2022-2031. En el borrador de PNSR, se presenta alguna evidencia en relación con estos impactos, pero tiende a minimizarlos por medio de la comparación con la frecuencia de otras enfermedades. Esta mirada no permite ahondar en otros posibles impactos a través de diferentes mecanismos, pero además plantea unos cuestionamientos éticos sobre la mirada dada al conflicto armado, sus impactos y, por lo tanto, a las acciones dirigidas a las víctimas del conflicto armado en las zonas rurales:

*“(...) Si se toman como referencia los datos epidemiológicos del MSPS, producidos a partir del Registro de estadísticas vitales del DANE, se observa que sólo en 12% de los municipios del país la principal causa de mortalidad son las causas externas (que incluye, entre otros, los efectos de la violencia). El porcentaje aumenta a 36% si se toman en consideración sólo los municipios más fuertemente afectados por el conflicto. Con todo, en la mayoría son los problemas circulatorios o las neoplasias la principal causa de muerte; estamos entonces ante un escenario donde las afectaciones directas del conflicto son una, pero no la principal necesidad en materia de salud (...)” PNSR*

Aunque el borrador de PNSR plantea procesos de concertación con la población víctima y el diseño e implementación de estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y no repetición, es necesario armonizar las intervenciones con los otros planes en el marco del AFP para lograr intervenciones integrales, pero que, además, consulten los procesos comunitarios y sociales de organización de la población víctima del conflicto armado que habitan en las zonas rurales. De esta forma, se puede avanzar en la reparación y no repetición.

### Algunos referentes de acción ausentes: la participación social y la permanencia del conflicto armado

Si bien las directrices de política y de manera particular el PNSR contemplan la participación comunitaria, esta tiene una visión muy restringida orientada hacia un tipo de participación colaborativa, subordinada y centrada en la consulta, que se aparta de la intencionalidad de la participación planteada en la Ley 1751 para avanzar en la garantía del derecho a la salud y del espíritu de la participación en el AFP. En esta medida, el PNSR propone una participación enfocada a aspectos como al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública y en el mismo proceso de formulación y adopción del PNSR, pero sin definir espacios y escenarios deliberativos con posibilidad de impactar la toma de decisiones, Esto

contrasta con lo planteado en el AFP, que además enfatiza en la necesidad de promover y asegurar la participación de las mujeres en la ruralidad donde las labores de cuidado no sean una limitante. Aspectos que el PNSR y las otras directrices de política no incorporan en la dimensión adecuada:

*Fortalecer los diseños institucionales y la metodología con el fin de facilitar la participación ciudadana y asegurar su efectividad en la formulación de políticas públicas sociales... Para ello, el Gobierno Nacional revisará, con la participación de los sectores interesados, las instancias y procesos de participación sectorial y dará las instrucciones a las instituciones respectivas para que ajusten su normatividad, organización y funcionamiento. El Gobierno Nacional adoptará medidas para facilitar la participación efectiva de las mujeres en este escenario, incluidas aquellas que permitan superar los obstáculos relacionados con sus labores de cuidado y reproducción (AFP)*

En general, el PNSR debería ser una oportunidad para impulsar una participación más emancipadora que reconozca las prácticas de salud de los pueblos y comunidades y su capacidad de organización e influencia en las decisiones para organizar los servicios de salud, de acuerdo con las dinámicas y características de sus territorios, tal cual se han abordado en experiencias locales específicas (35).

Por último, la permanencia de la confrontación armada en varias zonas del país que afectan con mayor intensidad a las zonas rurales es un aspecto que debería hacer parte de las directrices de política de salud para estos territorios. Dada la gravedad de la situación causada por la interrupción de los servicios de salud por el ejercicio del control del territorial de los actores armados, además de los efectos sobre otros ámbitos que por distintas vías terminan teniendo unos impactos en desenlaces en salud y calidad de vida (36). Es el caso del impacto del conflicto armado sobre la soberanía alimentaria y la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Chocó que se analiza en este informe. Es necesario insistir en el respeto de la misión médica y en el Derecho Internacional Humanitario,

seguir persistiendo en la agenda de paz y avanzar en la implementación del AFP, donde la salud es un aspecto fundamental.

En síntesis, los referenciales de acción definidos en las directrices de política de salud rural analizadas tienen como principal referente normativo el cierre de brechas entre el área rural y urbana que es atributo común a muchas políticas sociales en Colombia. Sin embargo, la lectura detrás de las causas profundas de las brechas es más bien limitada, la problematización en general se soporta en indicadores que muestran desigualdades, elemento necesario, pero insuficiente en relación con un tema de tanta complejidad como la salud en el ámbito

rural. Además, los instrumentos de política, particularmente el borrador de PNSR, parecen quedarse limitados ante el desafío que impone el AFP en el marco de la reforma rural integral.

En este sentido, el aseguramiento como eje central y la gestión del riesgo no parecen abordar con complejidad las necesidades del área rural a pesar de las adaptaciones planteadas.

Aunque es un acierto incorporar como referentes de acción los determinantes sociales de la salud al APS, los enfoques diferenciales y, vinculados a estos, la interseccionalidad y la

interculturalidad, no hay claridad en la forma de operar, particularmente ante las restricciones relacionadas con la fragmentación y segmentación del SGGSS. No obstante, es necesario entender avances y retos de distintas experiencias. Otro acierto que no señala este análisis es la inclusión de la categoría campesino en el PDSP 2022-2031, que en cambio no está incluido en el PNSR. Ahora bien, la falta de reconocimiento de la dinámica y condiciones de empleo y trabajo en el área rural es una debilidad de las directrices que se limitan a señalar posibles factores de riesgo asociados con las actividades productivas características del área rural. En la tabla 1, se presenta una síntesis de los referenciales identificados.

**Si bien las directrices de política y de manera particular el PNSR contemplan la participación comunitaria, esta tiene una visión muy restringida orientada hacia un tipo de participación colaborativa, subordinada y centrada en la consulta.**



**Tabla 1.** Síntesis de los principales referenciales de política pública para el área rural

Imagen/cognitiva referencial					
Instrumento de política	Cierre de brechas entre el área urbano-rural	Aseguramiento	Determinantes sociales de la salud APS y enfoque diferencial	Víctimas del conflicto armado	Talento humano
Ley 1438	No se menciona de manera explícita. Se hace alusión a zonas alejadas y dispersas y la necesidad de mecanismos de financiación y prestación diferente (prestador público)	universalidad del aseguramiento Sostenibilidad financiera	APS como estrategia de coordinación de acciones y marco para las acciones de salud pública Enfoque diferencial como principio No se mencionan los determinantes sociales de la salud	Se plantea como parte del enfoque diferencial "víctimas de la violencia" No se hace alusión explícita al conflicto armado	Se asume como parte esencial de la atención primaria Énfasis en la formación No hay especificidad para las zonas rurales
PDSP 2012-2021	Se resaltan brechas entre el área rural y urbana en la caracterización de la situación de salud en las zonas rurales	Universalidad del aseguramiento	Desarrollos más amplios de los enfoques Modelo de determinantes sociales es central APS como marco de acción	Componente especial para víctimas como población diferencial	Establece directrices de política nacional de talento humano en salud. Enfatiza la necesidad de aumento de disponibilidad por medio de incentivos en el área rural.
PAIS y MAITE	Se resaltan brechas entre el área rural y urbana en la caracterización de la situación de salud en las zonas rurales	Universalidad del aseguramiento	APS como marco central para el modelo	Entendidas como población diferencial	Generación de nuevos incentivos, necesidades de formación y capacitación para la APS
PNSR	Se resaltan brechas entre el área rural y urbana en la caracterización de la situación de salud en las zonas rurales. Armonización en la narrativa con el AFP	Universalidad del aseguramiento	APS como marco central. Incorporación del enfoque de salud en todas las políticas	Atención diferencial	Identificación de necesidades en el marco de APS diagnóstico de déficit, mejores de condiciones de trabajo y empelo lideradas por entidades territoriales
PDSP 2022-2031	Cierre de brechas	No se reconoce como central	Ampliación de la narrativa en torno a los enfoques. Incorpora la interseccionalidad, la interculturalidad con una visión más profunda Incluye población campesina como población diferencial	Capítulo especial para víctimas de conflicto armado. Mayor reconocimiento y profundización en la categoría	Identificación de brechas con respecto al área rural necesidades para operación de la gestión integral de salud pública

## Limitaciones

Este análisis no incluye instrumentos de política fuera del sector salud, por lo cual puede limitar una mirada más amplia sobre los referenciales globales y sus interacciones con los sectoriales. Por otro lado, los instrumentos de política analizados pertenecen a un corto periodo de tiempo que también limita la posibilidad de identificar cambios en los referenciales, un atributo importante de este enfoque de análisis.

Reconocer y comprender los avances y retos de experiencias locales y comunitarias de implementación de modelos alternativos de salud rural.

## Recomendaciones para la toma de decisiones

Son varios los retos que plantea una política de salud rural que no debe restringirse al PNSR, en un contexto además de discusión de una reforma de salud para el país que propone otro modelo distinto de sistema de salud. De tal manera, es necesario que una política de salud rural active la participación de la comunidad en todo su proceso, que estructure su problematización bajo el enfoque territorial que tenga en cuenta las diferentes ruralidades, percepciones y prácticas de salud, condiciones de empleo y trabajo, así como una mirada con mayor profundidad desde los enfoques diferenciales que permita un diagnóstico más acertado de las necesidades de infraestructura y talento humano en salud.

Es posible que sea necesario un diseño institucional específico que procure la intersectorialidad y la interseccionalidad y que permita un avance en la descentralización, la rectoría y autoridad sanitaria, de tal manera que el sector público con la participación de la comunidad reorganice los servicios de acuerdo con las necesidades del territorio, sin ignorar las interacciones urbanas-rurales.

Es importante tener en cuenta la actual presencia del conflicto armado y las implicaciones para la prestación de los servicios de salud. La APS no puede verse como una acción más, sino como el referente central de la política.

Estandarizar el uso de una clasificación de las categorías de ruralidad en los distintos instrumentos de política y hacer seguimiento como monitoreo a la situación de salud para las zonas rurales, según la categorización definida y en distintos niveles administrativos o de acuerdos con los territorios sociales.

Impulsar que los observatorios temáticos existentes, a cargo del MSPS, incluyan análisis referidos al área rural según los temas específicos.



## Referencias

1. Gobierno de la República de Colombia y FARC-EP. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. 2016. 6 p.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Rural Ministerio de Salud y Protección Social. Minist Salud. 2018;73.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral de Salud [Internet]. 2016 [citado 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de rendición de cuentas de paz-2021. 2021.
5. Muller P. La producción de las políticas públicas. INNOVAR Rev Cienc Adm Soc. diciembre de 1998;(12):65-75.
6. OCDE. Resumen ejecutivo. Revisión OCDE de la política rural en Colombia, 2022 [Internet]. 2022 [citado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.oecd.org/regional/rural-development/Resumen-Ejecutivo-Politca-Rural-Colombia.pdf>
7. Ocampo JA. Misión para la transformación del campo” Saldar la deuda histórica con el campo. Marco conceptual de la Misión para la transformación del campo. DNP; 2014.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Oficina de la CEPAL en Bogotá, Juan Carlos Ramírez J., Johan Manuel de Aguas P. Configuración territorial de las provincias de Colombia Ruralidad y redes [Internet]. 2017 [citado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40852-configuracion-territorial-provincias-colombia-ruralidad-redes>
9. DANE. Situación de las mujeres rurales desde las estadísticas oficiales [Internet]. 2022 [citado 4 de octubre de 2023] p. 13. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-mujer-rural-presentacion.pdf>
10. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico Pobreza multidimensional en Colombia Año 2022 [Internet]. 2023 may. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf)
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Tercer censo Nacional Agropecuario. Hay campo para todos [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/images/foros/foro-de-entrega-de-resultados-y-cierre-3-censo-nacional-agropecuario/CNATomo2-Resultados.pdf>
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano. 2023. (Notas CASEN).
13. Díaz J, Taboada I, Abreu A, Vargas L, Polanco Y, Zorrilla A, et al. Evaluating Rural Health Disparities in Colombia: Identifying Barriers and Strategies to Advancing Refugee Health. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de octubre de 2023;20(20):6948.
14. Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health*. 2016;15(1).
15. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia Promoc Salud*. 1 de julio de 2020;25(2):29-38.
16. Ayala AL. Dispositivos de Publicación y referenciales de política pública. Caso: Parque Tercer Milenio. Universidad Nacional de Colombia;
17. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Com Sobre Determinantes Salud*. 2013;1-260.
18. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria no. 1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 1751 feb 16, 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
19. Nacional I, Sociales D. Sexto informe ONS, Informe Nacional sobre Desigualdades Sociales en Salud en Colombia 301.
20. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Mortalidad Materna [Internet]. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/infocuentos>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa nacional de prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda. Lineamientos técnicos y operativos. 2023.
22. Juan Carlos Ramírez, Renata Pardo, Olga Lucía Acosta, Luis Javier Uribe. Bienes y servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia: brechas y políticas públicas. CEPAL; 2016. (Serie Estudios y Perspectivas).
23. Roth-Deubel, André N., Molina-Marín, Gloria. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Pública*. 2013;15(1):44-55.
24. Organización Colegial de Enfermería-Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Pronunciamiento de las organizaciones de Enfermería sobre el borrador de Resolución para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/266-plan-nacional-de-salud-rural>
25. Partido Comunes y otros. Proyecto de Ley “Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 434 de 2021. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/legibus/legibus/proyecto\\_ley\\_S0434\\_2021\\_legislatura\\_2020\\_2021.html](http://www.secretariassenado.gov.co/legibus/legibus/proyecto_ley_S0434_2021_legislatura_2020_2021.html)
26. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki. The Helsinki Statement on Health in All Policies. jun 10, 2013.
27. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Ley 1438 de 2011 ene 19, 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación institucional de la Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP Informe de resultados. 2022 nov.
29. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Carga de Enfermedad Ambiental; Décimo Informe técnico. Report No.: 10.
30. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev SALUD PÚBLICA*. 2012;
31. Vega Romero R, Hernández Torres J, Mosquera Méndez PA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde Em Debate*. septiembre de 2012;36(94):392-401.
32. Marín-Urrego JC, Moreno Luna S, Peña-Torres E, Mariño J, Martínez-Álvarez E, Duque Yara N, et al. Definición del enfoque diferencial y la perspectiva interseccional: estudio multimétodo. *Univ Médica* [Internet]. 30 de enero de 2023 [citado 21 de noviembre de 2023];64(1). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnmedica/article/view/36070>
33. Rawal LB, Joarder T, Islam SMdS, Uddin A, Ahmed SM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Hum Resour Health*. diciembre de 2015;13(1):36.
34. Deanna White, MA. Development of a Rural Health Framework: Implications for Program Service Planning and Delivery. *Heal Policy*. febrero de 2013;8(3):27-41.
35. Vega R, Rojas C y Bedoya I. Plan Comunitario de Salud Rural de la Población de los Territorios entre los Municipios de La Macarena

y San Vicente del Caguán, 2019-2030. Bogotá D. C.; 2019.  
36. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud.  
Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno  
Informe Técnico. Bogotá D.C; 2017. 1-340 p.



## 7.2 Desigualdades de clase social en la mortalidad general y evitable en Colombia\*

Víctor Stephen González-Quintero<sup>1</sup>; Dorian Ignacio Ospina Galeano<sup>1</sup>; Gabriel Jaime Otálvaro Castro<sup>1</sup>; Diana Patricia Díaz-Jiménez<sup>2</sup>; Karol Patricia Cotes-Cantillo<sup>2</sup>; Carlos Andrés Castañeda-Orjuela<sup>2</sup>.

**Palabras clave:** mortalidad; clase social; registros de mortalidad; políticas de salud pública; servicios de salud; Colombia

### Abreviaturas:

**ANDA:** Archivo Nacional de Datos

**CIE-10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**EEVV:** Estadísticas Vitales

**GEIH:** Gran Encuesta Integrada de Hogares

**INS:** Instituto Nacional de Salud de Colombia

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**ONS:** Observatorio Nacional de Salud


**OPS:** Organización Panamericana de Salud

*Agradecimientos: A los integrantes y entidades coejecutoras del proyecto de investigación "Inequidad, clase social y salud. Una cartografía desde los modos de vida en Colombia en 2018". Financiado por convocatoria 844 de 2019 del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación y ejecutado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En especial, un reconocimiento a Juan Camilo Betancur Arboleda, por la gestión, el procesamiento y el cuidado de los datos.*

<sup>1</sup> Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo de investigación Gestión y Políticas de Salud.

<sup>2</sup> Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Colombia.





Las desigualdades en las formas de enfermar y morir entre personas y grupos sociales son una expresión de sus desiguales formas de vivir y trabajar. El análisis de la mortalidad evitable ofrece una aproximación a los impactos del sistema de salud y de las políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de vida y la garantía de los derechos sociales y económicos. Aunque la mortalidad evitable ha disminuido en algunos países del norte global a partir de la segunda mitad del siglo XX, en Colombia, como en otros países de la región, la magnitud de la mortalidad evitable sigue siendo alta.

Con el propósito de aportar a la comprensión de las desigualdades en la muerte evitable en Colombia, este estudio busca estimar la magnitud de la mortalidad evitable según la clase social, en población ocupada encuestada en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2018. Además, esta sección presenta una síntesis del protocolo de clasificación de la clase social en población ocupada en Colombia a partir de encuestas poblacionales oficiales.

Existe evidencia contundente que señala que las personas con menos recursos de poder viven menos años y tienen una peor salud (1,2,3,4). En gran medida, las desigualdades en la mortalidad entre personas y grupos son el resultado de la inequidad en la acumulación de procesos de deterioro y protección que ocurren a lo largo de la vida. El análisis de la evitabilidad de la muerte, en su versión acotada a los servicios de salud, o en una visión ampliada a todas aquellas que pueden ser evitadas con una acción deliberada de política pública, ofrece una importante mirada evaluativa sobre la efectividad del desempeño de los sistemas sociosanitarios. Lograr una comprensión de la distribución de las desigualdades en la mortalidad y del peso de la muerte evitable es un insumo relevante para avanzar en el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la construcción de sociedades y sistemas de salud más justos.

La mortalidad evitable ha registrado una disminución global a partir de la segunda mitad del siglo pasado con una reducción mayor en mujeres, tanto en personas con un nivel educativo bajo como alto, esto ha estado asociado con un mayor gasto social en salud (5). Sin embargo, las desigualdades entre países europeos y latinoamericanos son amplias y señalan una brecha asociada a los niveles de riqueza social (6).

En Colombia, diferentes análisis han señalado la persistencia de amplias desigualdades entre territorios con una mayor concentración y desventaja en aquellos con mayores niveles de pobreza, déficit de acceso a los servicios sanitarios o intensidad del conflicto armado, en hogares con las proporciones más altas de bajo logro educativo, inasistencia escolar, sin afiliación a la seguridad social y altas necesidades básicas insatisfechas (7,8). Otros también han señalado una alta correlación entre las desigualdades en la mortalidad con diferencias en la posición social (9). Asimismo, han señalado como la tendencia en la disminución de la mortalidad general se ha presentado a expensas de la disminución de la muerte evitable (7). Algunos análisis (10,11) han identificado un limitado uso, en el país y la región, de marcos y categorías explicativas de las desigualdades sociales que favorezcan una mayor

comprensión de los procesos o mecanismos sociales implicados en la producción de la inequidad social para desde allí promover la adopción de políticas públicas o cambios sociales pertinentes que incidan sobre sus procesos de reproducción.

Por la propia noción de muerte evitable correspondiente a muertes prematuras que podrían haber sido evitadas mediante una atención sanitaria de buena calidad o prevenibles por la acción adecuada de políticas sociosanitarias o medidas de salud pública, las desigualdades en la mortalidad evitable, asociadas a la clase social, al género, la etnia o al lugar en que se vive, constituyen una inequidad social. En aras de aportar otras lecturas al fenómeno de la mortalidad evitable en Colombia, este análisis se propone estimar la magnitud de la mortalidad evitable de la población colombiana ocupada y las desigualdades según la clase social, en las personas encuestadas por el DANE en la GEIH 2018 (12) y que fallecieron durante 2018 y 2019.

**Lograr una comprensión de la distribución de las desigualdades en la mortalidad y del peso de la muerte evitable es un insumo relevante para avanzar en el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la construcción de sociedades y sistemas de salud más justos.**

#### Distribución de la clase social en población ocupada en Colombia

En 2018, fueron encuestadas por la GEIH 826.533 personas residentes en 250.856 viviendas a lo largo del territorio nacional. La muestra estuvo conformada por 376.676 individuos que figuraron como ocupados, donde el 55% (n=207.435) eran hombres. Jefes de hogar correspondieron al 57% de los hombres (n=118.208) y 36% de las mujeres (n=60.852). Cerca del 39% tenía 45 años o más, mientras que el 1,6% eran menores de 18 años. A partir de un conjunto de variables de dicha encuesta y bajo el protocolo para la operacionalización de la categoría clase social definido en el proyecto, se establecen 11 fracciones de clase social entre los ocupados encuestados. Se clasifica el 99,2% del total de ocupados de acuerdo con fracciones de clase social (Tabla 1).



**Tabla 1.** Encuestados ocupados según fracción de clase social y sexo, Gran Encuesta Integrada de Hogares, Colombia, 2018.

Fracción de clase social ocial	Total	Hombres	Mujeres
	<b>376.676</b>	<b>207.435</b>	<b>169.241</b>
Empresarios/as	904 (0,2)	651 (0,3)	253 (0,1)
Microempresarios/as	1256 (0,3)	855 (0,4)	401 (0,2)
Productores/as de subsistencia	30.822 (8,2)	17168 (8,3)	13654 (8,1)
Campesino/a medio	202 (0,1)	168 (0,1)	34 (<0,1)
Campesino/a de subsistencia	7490 (2,0)	6310 (3,0)	1180 (0,7)
Directivos/as	8560 (2,3)	4430 (2,1)	4130 (2,4)
Profesionales y técnicos superiores	39.282 (10,4)	19.118 (9,2)	20.164 (11,9)
Empleados/as	94.011 (25,0)	40.460 (19,5)	53.551 (31,6)
Obreros/as	45.599 (12,1)	39.975 (19,3)	5624 (3,3)
Empleados domésticos/as	10.967 (2,9)	124 (0,1)	10.843 (6,4)
Trabajadores subasalariados/as	124.926 (33,2)	71301 (34,4)	53625 (31,7)
Indígena propietario	1198 (0,3)	790 (0,4)	408 (0,2)
Indígena no propietario	8499 (2,3)	4448 (2,1)	4051 (2,4)
Otros trabajadores no clasificados	2960 (0,8)	1637 (0,8)	1323 (0,8)

Fuente: GEIH DANE (2018). Elaboración de los autores.

Las clases se distribuyen de manera desigual según el sexo, mientras los hombres están mayormente representados entre las fracciones de empresarios, microempresarios, campesinado, obreros e indígenas propietarios, por su parte, las mujeres tienen mayor representación en las fracciones de profesionales, empleadas/os y empleadas domésticas (Tabla 1).

Cinco fracciones de clase agrupan los propietarios de medios de producción, que representan un 10,8%, así: los empresarios (0,2%), microempresarios (0,3%), productores de subsistencia (8,2%), campesinos de subsistencia (2%) y campesinado medio (0,1%). Por su parte, seis fracciones se conforman por ocupados no propietarios. El 2,3% son directivos; el 10,4% profesionales y técnicos superiores. Los empleados/as administrativos representan el 25%, los obreros constituyen el 12,1%, las empleadas domésticas el 2,9%.

Finalmente, el 33,2% de los encuestados conforma la fracción de subasalariados (Tabla 1).

### Panorama de la mortalidad general entre población ocupada en Colombia, 2018

Entre 2018 y 2019 en Colombia, fallecieron 4.216 personas que fueron encuestadas por la GEIH del 2018. Para dicho año, se registraron el 30,6% (n=1.291) de las muertes y 69,4% en el 2019 (n=2.925) con una tasa de mortalidad promedio de 9,6 casos por cada 100.000 habitantes, mayor en hombres (10) que en mujeres (9,1). Al realizar el ajuste de tasas por edad y sexo, se encuentra una leve reducción en el promedio de la mortalidad de 1,26 casos menos, tanto en hombres como en mujeres, al pasar de tasa cruda de 9,6 a una tasa ajustada de 8,3 (Tabla 2).

**Tabla 2.** Tasas de mortalidad crudas y ajustadas por edad y sexo encuestados por la GEIH 2018 y que fallecieron en el 2018 o 2019, Colombia.

Edad	Casos			Tasas crudas			Tasas ajustadas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	19	12	31	1,2	0,8	1,0	0,1	0,1	0,1
5-9	7	10	17	0,4	0,6	0,5	0,0	0,1	0,0
10-14	45	10	55	2,4	0,6	1,5	0,2	0,1	0,1
15-19	44	18	62	2,2	1,0	1,6	0,2	0,1	0,1
20-24	52	16	68	2,6	0,8	1,7	0,2	0,1	0,1
25-29	40	26	66	2,2	1,4	1,8	0,2	0,1	0,1
30-34	38	39	77	2,3	2,3	2,3	0,2	0,2	0,2
35-39	57	39	96	3,7	2,4	3,0	0,3	0,2	0,2
40-44	62	65	127	4,7	4,5	4,6	0,3	0,3	0,3
45-49	8	3	11	0,6	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0
50-54	80	92	172	6,6	6,7	6,6	0,4	0,4	0,4
55-59	117	85	202	11,1	7,0	8,9	0,5	0,3	0,4
60-64	187	123	310	22,3	12,5	17,0	0,8	0,5	0,6
65-69	232	182	414	36,3	24,3	29,8	1,1	0,7	0,9
70-74	241	202	443	52,7	37,0	44,1	1,2	0,8	1,0
75-79	258	260	518	79,3	64,1	70,9	1,2	1,0	1,1
80 y más	676	871	1.547	181,0	162,0	169,8	2,7	2,5	2,6
Total	2.163	2.053	4.216	10,0	9,1	9,6	9,6	7,2	8,3

Fuente: GEIH y defunciones DANE (2018). Elaboración de los autores.

Estas muertes, de todos los encuestados en la GEIH, fueron mayoritariamente en la población masculina (n=2.163, 51,3%) con un nivel educativo de básica primaria o sin ningún grado de escolaridad (n=2.810, 67,2%), del régimen subsidiado (n=2.149, 52,5%), mayores de 70 años (n=2.508, 59,5%), de la Región Andina (n=2.230, 52,9%) y de cabeceras municipales (n=3.992, 94,9%) (Tabla 3).

Cinco departamentos concentran una tercera parte de las defunciones: Antioquia (n=337, 7,9%) fue el ente territorial con mayor frecuencia, seguido por Valle del Cauca (n=270, 6,4%), Quindío (n=265, 6,3%), Atlántico (n=262, 6,2%), Caldas (n=261, 6,2%) y Bogotá (n=261, 5,6). Las ciudades

**Estas muertes, de todos los encuestados en la GEIH, fueron mayoritariamente en la población masculina (n=2.163, 51,3%) con un nivel educativo de básica primaria o sin ningún grado de escolaridad (n=2.810, 67,2%).**

capitales de estos departamentos tuvieron a su vez más defunciones. De otro lado, en el 91,7% (n=3.866) de las muertes no se registró una pertenencia o identidad étnica específica, el 6,4% (n=271) se reconocían como negros, afrodescendientes, afrocolombianos o mulatos y el 1,9% (n=79) eran indígenas. Los meses con mayor número de muertes fueron noviembre, 11,0% (n=465), y diciembre con 11,0% (n=464) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Condiciones sociales, demográficas y geográficas de encuestados por la GEIH 2018 y que fallecieron en el 2018 o 2019, Colombia.

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Mujer	2.053	48,7
Hombre	2.163	51,3
Total	4.216	100
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	797	19,1
Preescolar	5	0,1
Básica primaria	2.013	48,1
Básica secundaria	464	11,1
Media	513	12,3
Superior o universitaria	390	9,3
Total	4.182	100
<b>Régimen de seguridad social</b>		
Subsidiado	2.149	52,5
Contributivo	1.770	43,2
Especiales	175	4,3
Total	4.094	100
<b>Área de defunción</b>		
Cabecera municipal	3.992	94,9
Rural disperso	158	3,8
Centro poblado	55	1,3
Total	4.205	100
<b>Región</b>		
Región Andina	2.230	52,9
Región Caribe	986	23,4
Región Pacífico	723	17,2
Región Orinoquía	164	3,9
Región Amazónica	113	2,7
Total	4.216	100
<b>Grupo edad</b>		
0 a 4	31	0,7
5 a 9	11	0,3
10 a 14	17	0,4
15 a 19	55	1,3
20 a 24	62	1,5
25 a 29	68	1,6
30 a 34	66	1,6
35 a 39	77	1,8
40 a 44	96	2,3
45 a 49	127	3,0
50 a 54	172	4,1
55 a 59	202	4,8
60 a 64	310	7,4
65 a 69	414	9,8
70 a 74	443	10,5
75 a 79	518	12,3
80 y más	1.547	36,7
Total	4.216	100



### Mortalidad evitable según clase social de los ocupados en 2018 y 2019

Del total de defunciones registradas entre 2018 y 2019, 944 (22,4%) correspondieron a población ocupada encuestada por la GEIH 2018. El 71,9% fueron hombres y el 28,1% mujeres. Las fracciones de clase que concentraron la mayor proporción de los fallecidos se concentraron en los subasalariados (46,8%), seguido de los obreros (11,5%), empleados (10,9%) y pequeños productores de subsistencia (10,9%), estas cuatro fracciones representaron el 80% de las defunciones. De los 944 ocupados fallecidos, 113 eran mayores de 74 años por lo tanto que corresponden a muertes no evitables (Tabla 4).

Del total de defunciones en ocupados encuestados, el 66,4% (627 de 944 muertes) eran evitables por cualquier política pública, de acuerdo con la lista construida para

el presente informe y el límite de edad establecido. La mortalidad evitable fue mayor entre hombres (68,8%) que mujeres (60,4%). En las cuatro fracciones que concentraron la mayoría de los fallecidos (subasalariados,

obreros, empleados y productores de subsistencia), el 70% podía ser evitable por cualquier política pública (Tabla 4).

Las muertes evitables entre menores de 28 años correspondieron al 90,1% del total de defunciones en este grupo etario. Respecto a la clase social, la clase empresarial tuvo una de las menores mortalidad

evitable con el 50%. Frente al lugar de residencia, la Amazonía tuvo la mayor mortalidad evitable (80,0%), mientras que, por zona, la urbana fue la más alta (67,9%). Por nivel educativo, el mayor porcentaje de mortalidad evitable se presentó en bachilleres con el 76,1%. En cuanto al régimen de afiliación en salud, el subsidiado fue ligeramente superior (66,4%) (Tabla 4).

**Del total de defunciones en ocupados encuestados, el 66,4% (627 de 944 muertes) eran evitables por cualquier política pública**

**Tabla 4. Proporción de mortalidad evitable por cualquier política pública en ocupados encuestados por la GEIH 2018 que fallecieron en el 2018 o 2019, según fracción de clase, Colombia**

Variable	Mujeres			Hombres			Total		
	No evitable (n=105)	Evitable (n=160)	% evitable por políticas públicas	No evitable (n=212)	Evitable (n=467)	% evitable por políticas públicas	No evitable (n=317)	Evitable (n=627)	% evitable por políticas públicas
Fracción de clase social									
Empresarios/as	-	-	-	3	-	-	3	-	-
Microempresarios/as	-	2	100%	1	1	50%	1	3	100%
Productores/as de subsistencia	14	15	51,7%	32	42	56,8%	46	57	55,3%
Campesino/a medio	-	-	-	-	1	100%	-	1	100%
Directivos/as	1	1	50%	2	5	71,4%	3	6	66,7%
Profesionales y técnicos superiores	10	10	50%	5	25	83,3%	15	35	70%
Empleados/as	15	26	63,4%	15	47	75,8%	30	73	70,9%
Obreros/as	2	3	60%	23	81	77,9%	25	84	77,1%
Empleados domésticos/as	2	11	84,6%	-	-	-	2	11	84,6%

## Cuando la muerte es evitable

Trabajadores subasalariados/as	52	81	60,9%	97	212	68,6%	149	293	66,3%
Campesino/a de subsistencia	5	2	28,6%	25	36	59%	30	38	55,9%
Indígena no propietario/a	1	2	66,7%	2	4	66,7%	3	6	66,7%
Indígena propietario/a	3	6	66,7%	6	11	64,7%	9	17	65,4%
Otros trabajadores no clasificados	-	1	100%	1	2	66,7%	1	3	75%
<b>Fracciones de clase social agrupada 1*</b>									
Media/Empresarial	40	54	57,4%	58	121	67,6%	98	175	64,1%
Popular	61	97	61,4%	145	329	69,4%	206	426	67,4%
Indígenas	4	8	66,7%	8	15	65,2%	12	23	65,7%
Sin información	-	1	100%	1	2	66,7%	1	3	75%
<b>Región</b>									
Andina	43	67	60,9%	109	219	66,8%	152	286	65,3%
Amazonía	2	10	83,3%	5	18	78,3%	7	28	80%
Caribe	25	44	63,8%	49	123	71,5%	74	167	69,3%
Pacífica	27	32	54,2%	40	82	67,2%	67	114	63%
Orinoquía	8	7	46,7%	9	25	73,5%	17	32	65,3%
<b>Zona de residencia</b>									
Rural	16	18	52,9%	48	75	61%	64	93	59,2%
Urbano	89	142	61,5%	164	392	70,5%	253	534	67,9%
Joven:									
29 y más	101	150	59,8%	208	404	66,0%	309	554	64,2%
≤28	4	10	71,4%	4	63	94%	8	73	90,1%
<b>Nivel educativo</b>									
Ninguno	68	88	56,4%	153	299	66,2%	221	387	63,7%
Bachiller	18	39	68,4%	29	111	79,3%	47	150	76,1%
Técnico o superior	19	33	63,5%	30	57	65,5%	49	90	64,7%

\* Clases populares agrupan las fracciones de: obreros/as, empleados domésticos/as, trabajadores subasalariados/as y campesinos/as de subsistencia. La clase empresarial agrupa a los empresarios/as y directivos/as. Las clases medias agrupan los microempresarios/as, los productores/as de subsistencia, el campesinado medio/con tierra, los/as profesionales y técnicos superiores y los/as empleados/as.

Fuente: GEIH y defunciones DANE (2018). Elaboración de los autores.

La mayor proporción de muertes evitables del total de ocupados encuestados fue causada por:



Enfermedades isquémicas del corazón (n=124, 14,9%)



Homicidios (n=87, 10,5%)



Accidentes de tránsito (n=60, 7,2%)



Enfermedades cerebrovasculares (n=51, 6,1%)



Tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (n=37, 4,5%)



Tumores malignos del estómago (n=33, 4,0%)



Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (n=30, 3,6%)



Infecciones respiratorias agudas (n=23, 2,8%)



Diabetes mellitus (n=22, 2,6%).





Estos eventos representaron el 61,7% del total de la mortalidad evitable. Las demás causas de muerte, según grupos de la lista 6/67 OPS-OMS, representaron entre el 0,1 y el 2,5% de la mortalidad en ocupados.

Al desagregar por sexo, las enfermedades isquémicas del corazón se mantuvieron como la primera causa de muerte evitable tanto en hombres (n=95; 16%) como en mujeres (n=29; 12,2%). Para estas, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos de mama

(n=17; 7,1%, respectivamente), consolidaron las causas evitables más frecuentes al momento de la muerte.

En hombres, aunado a las muertes por enfermedades no transmisibles, se encuentran las de causa externa, homicidios (n=79; 13,3%) y accidentes de tránsito (n=52; 8,8 %) con más alto número de muertes evitables.

Causas de muerte predominantes por fracciones de clase social:



**Productores de subsistencia:** Enfermedades isquémicas del corazón, los homicidios y las enfermedades cerebrovasculares con una proporción de evitabilidad por cualquier política pública del 72,2%, 100% y 87,5% respectivamente.



**Empleados:** Enfermedad isquémica del corazón, accidentes de transporte terrestre y homicidios, en todos los casos evitables.



**Profesionales y técnicos superiores:** Enfermedad isquémica del corazón (evitable en el 85,7%), accidentes de transporte terrestre y homicidios evitables en su totalidad.



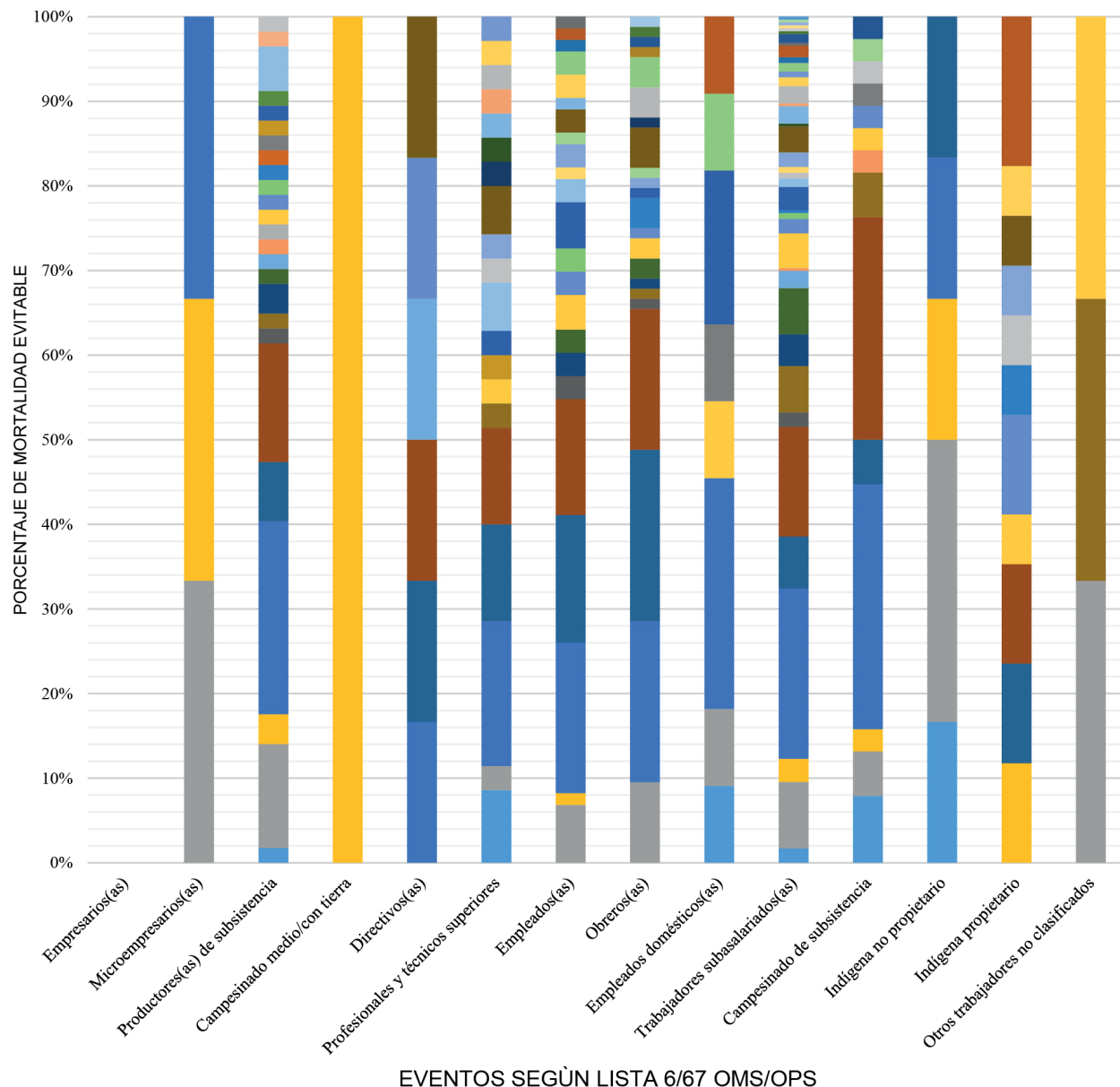
**Obreros:** Accidentes de transporte terrestre, enfermedades isquémicas del corazón y homicidios, en todos los casos evitables.



**Trabajadores subasalariados:** Enfermedades isquémicas del corazón, homicidios y enfermedades cerebrovasculares, evitables en el 79% de los casos de la primera y tercera causa y en la totalidad de la segunda.

Las enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, accidentes de transporte terrestre y enfermedades cerebrovasculares representan más de la mitad del total de muertes evitables (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Mortalidad evitable de la población de encuestados por la GEIH 2018 y que fallecieron en el 2018 o 2019, según posición de clase y lista de causas agrupadas 6/67 OPS-OMS, Colombia



EVENTOS SEGÙN LISTA 6/67 OMS/OPS

- Tumor maligno del cuerpo del útero
- Exposición a la corriente eléctrica
- Accidentes que obstruyen la respiración
- Las demás causas externas
- Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
- Tumor maligno del cuello del útero
- Caídas
- Resto de enfermedades del sistema respiratorio
- Embarazo, parto y puerperio
- Ahogamiento y sumersión accidentales
- Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón
- Resto de enfermedades del sistema digestivo
- Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas
- Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
- Tumor maligno de la mama de la mujer
- Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- Los demás accidentes
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
- Exposición al humo, fuego y llamas
- Enfermedades del sistema urinario
- Enfermedad por el VIH (SIDA)
- Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado
- Accidentes de transporte terrestre
- Enfermedades hipertensivas
- Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon
- Hiperplasia de próstata
- Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
- Meningitis
- Insuficiencia cardíaca
- Tumor maligno del útero, parte no especificada
- Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas
- Tuberculosis
- Eventos de intención no determinada
- Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal
- Tumor maligno de otros órganos genitourinarios
- Resto de las enfermedades
- Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis
- Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines
- Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón
- Septicemia, excepto neonatal
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Leucemia
- Infecciones respiratorias agudas
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
- Diabetes mellitus
- Agresiones (homicidios)
- Enfermedades isquémicas del corazón
- Enfermedades cerebrovasculares

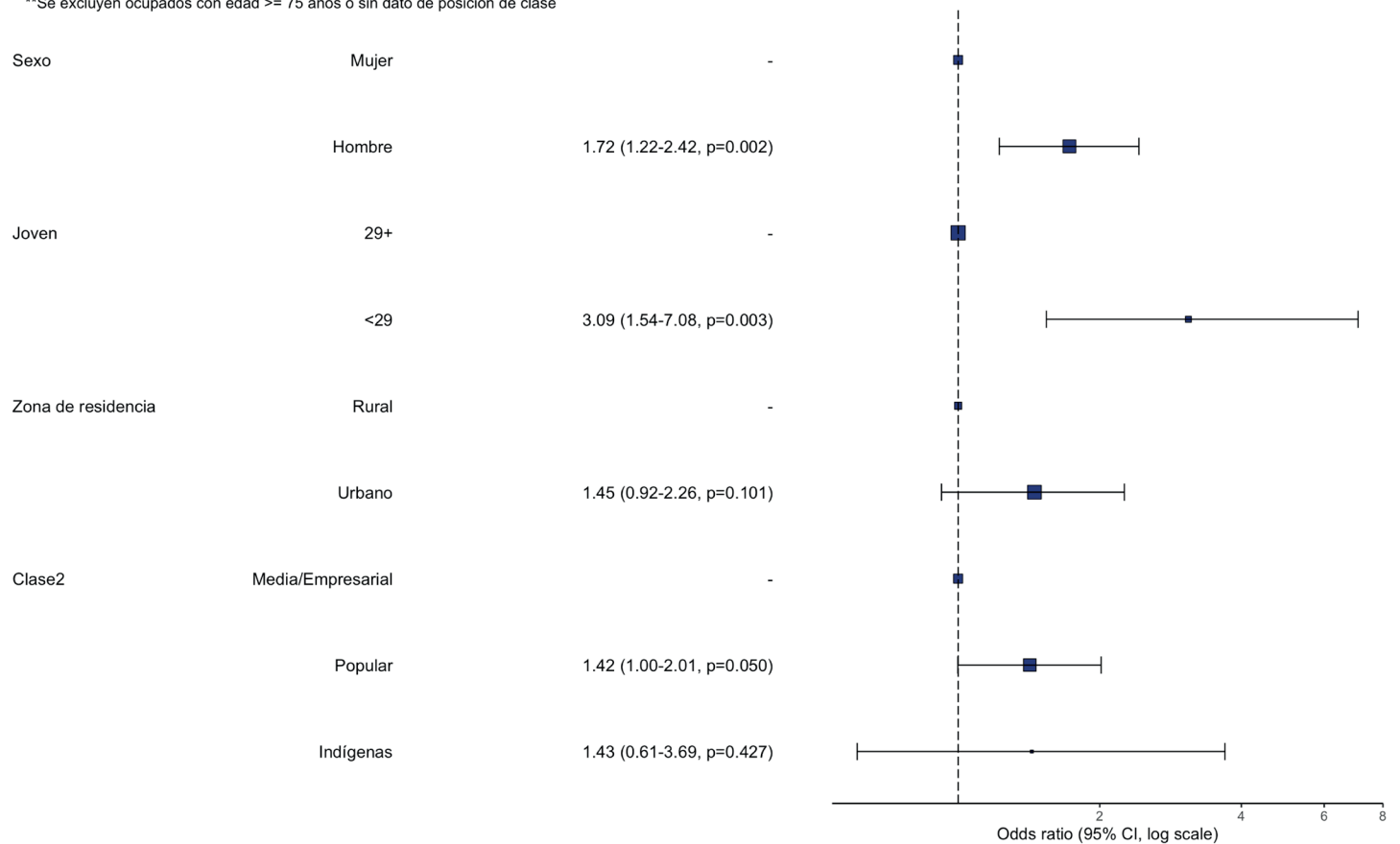
La mortalidad evitable desde los ejes de desigualdad

El análisis de regresión logística indica que el riesgo de morir por una causa evitable en hombres ocupados fue 1,72 veces el de las mujeres (IC95% 1,22 - 2,42; p=0,002). Asimismo, los jóvenes menores de 28 años tuvieron 3,09 veces el riesgo que los mayores (IC95% 1,54 - 7,08; p=0,003). En relación con la clase social, las clases populares presentaron un riesgo de 1,42 veces que el de aquellos clasificados en clases media o empresarial (IC95% 1,00 - 2,01; p=0,050), pero el intervalo de confianza incluye el valor nulo (Gráfico 2). Todas las variables incluidas cumplieron el criterio de Hosmer-Lemeshow para ser llevadas al modelo (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Modelo de regresión logística binaria de la mortalidad en población de ocupados encuestados por la GEIH 2018 y que fallecieron en el 2018 o 2019, según variables de interés, Colombia.**

Figura. Análisis multivariable para desenlace: Tipo de Causa de muerte (Lista\_cpolticaSP: Evitable/No evitable) [OR ajustado (95% IC, valor-p)], Colombia, GEIH/EEVV-2018-2019.

\*\*Se excluyen ocupados con edad >= 75 años o sin dato de posición de clase



\* \*\*Se excluyeron los registros de ocupados sin datos de posición de clase y/o mayores de 74 años. Las variables régimen de afiliación en salud y estado civil no fueron estadísticamente significativas en el modelo multivariable ajustado.

Fuente: GEIH y defunciones DANE (2018). Elaboración de los autores.



## Una mayor mortalidad evitable en trabajadores que en población general

En Colombia, 66,4% de las muertes de la población ocupada encuestada por la GEIH 2018 era evitable por cualquier política pública, un valor superior al 41% reportado en la población general para 2018 y 2019 en el capítulo 2 del presente informe. Si se usaran otros sistemas de clasificación como el listado de la OCDE (13), la mortalidad prevenible sería del 45,3% y tratable del 22,9%, mientras que según Nolte y McKee (14), la mortalidad evitable en población ocupada atribuible a los sistemas de salud sería de 32,3%. La proporción de mortalidad evitable en la población del estudio es superior a la reportada en el informe nacional de 2014 y similar a los hallazgos de estudios pioneros en el tema en el país (15).

Las mayores proporciones de muerte evitable las presentaron, los hombres jóvenes, de clases populares. Estas clases se caracterizan, de manera predominante, por presentar bajos niveles de cualificación, desempeñar trabajos irregulares e inestables, laborar bajo condiciones precarias, en tanto se realizan bajo relaciones laborales informales y con escasa o ninguna protección social. Esto se encuentra directamente relacionado con una mayor acumulación de procesos que deterioran la salud que generan inseguridad social y se relacionan con bajo acceso a los servicios de salud, que explicaría el aumento de riesgo para presentar muertes evitables. No obstante, es importante ampliar en análisis detallados que corroboren y profundicen en las condiciones sociales asociadas a la muerte evitable en las clases populares y su distribución espacial.

La mitad de las causas de la muerte evitable identificadas en este estudio, corresponden a muertes evitables con la garantía de un acceso oportuno a los servicios de salud y una atención de calidad, que se combinan con otras relacionadas con la implementación de medidas de política. Esto implica la actuación coordinada con otros sectores sociales, lo que señala la necesidad de fortalecer la política social y sanitaria para enfocar su actuación hacia la incidencia en los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, así como la adopción de medidas para eliminar barreras que garanticen un acceso efectivo y una atención sanitaria de calidad.

## Las mayores proporciones de muerte evitable las presentaron, los hombres jóvenes, de clases populares.

En la misma tendencia señalada en el informe nacional de mortalidad evitable de la década anterior (7), la mayor proporción de muertes evitables fueron causadas por enfermedades no transmisibles y lesiones de causa externa, tales como enfermedad isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares, crónicas de las vías respiratorias, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas, hipertensivas, homicidios y accidentes de tránsito. Estos eventos representan cerca de dos terceras partes de las muertes evitables. Estas causas prevalentes mantienen similitud con reportes que analizaron la situación de la mortalidad evitable en el país en el final del siglo pasado (15).

La contribución teórico-metodológica y en cuanto a los hallazgos de este estudio avanzan en la línea señalada en diferentes informes del Observatorio Nacional de Salud (ONS) y de otros estudios que resaltan la importancia

para la salud pública de realizar aproximaciones comprensivas que reconozcan la matriz de poder (clase social, género y etnia) como mecanismos centrales en la producción y reproducción de la inequidad social (10) y que vayan más allá de las limitaciones de los indicadores socioeconómicos usados en los análisis de desigualdades en salud. El uso de

categorías como la clase social y el género permite señalar que la muerte no se presenta de manera aleatoria, sino que se concentra en grupos sociales específicos en los cuales se acumulan procesos de exposición y deterioro de la salud que explican la enfermedad y los desenlaces fatales.

También, es relevante reconocer limitaciones y retos de aproximaciones analíticas como las del presente estudio que utiliza diferentes fuentes de datos nacionales, en principio, no diseñados para estudios como el realizado. Esto invita a sugerir a los tomadores de decisiones y encargados de la gestión de la información a nivel nacional, a nivel estadístico general y sanitario, a proveer facilidades a la academia e investigadores para el acceso a información enlazada a nivel nominal que permitan la operacionalización de marcos analíticos más robustos que permitan la comprensión de los mecanismos generadores de la inequidad social, en diferentes escalas geográficas y de los impactos de las medidas políticas adoptadas.

## Recomendaciones para los tomadores de decisiones

1. Avanzar en la implementación de un sistema de monitoreo de determinantes sociales de la equidad sanitaria en consonancia con el llamado de la directiva derivada de la 74ª Asamblea Mundial de la Salud de 2021 (16), que diferencie el aporte en la reducción de las desigualdades, tanto del sistema sanitario como de las políticas y medidas de salud pública adoptadas, en una perspectiva nacional y local.
2. Generar colaboraciones territoriales entre entidades gubernamentales, instituciones de educación superior, grupos de investigación y organizaciones sociales para implementar los procesos de monitoreo crítico de la equidad sociosanitaria.
3. En aras de avanzar en la equidad sanitaria en el país, es indispensable que el monitoreo de la mortalidad evitable se convierta en una actividad rutinaria de los entes territoriales como parte de los procesos de Análisis de Situación de Salud (ASIS). Este fin implica que, desde el nivel nacional, se establezcan directrices teórico-metodológicas de gestión de los datos implicados y orientaciones técnicas para el desarrollo de estos análisis.
4. Promover la realización de análisis de las desigualdades e inequidad social y sanitaria que involucren lecturas desde la matriz de poder (clase social, género y la etnia) con el fin de avanzar en análisis con mayor poder explicativo de los procesos implicados en la producción y reproducción de la inequidad social y en salud.
5. Fortalecer la coordinación entre las entidades nacionales responsables de la administración de los datos administrativos y las encuestas oficiales desde los cuales es posible la operacionalización de análisis desde la matriz de poder.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. (2008). Ginebra: OMS. [consultado el 2 de noviembre del 2021]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Phelan, Jo C., et al. Fundamental causes of social inequalities in mortality: a test of the theory. *Journal of health and social behavior* 45.3 (2004): 265-285.
3. Pasarín, M. Isabel, et al. Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality. *Journal of Urban Health* 81 (2004): 349-362.
4. Breilh, Jaime, et al. Ciudad y muerte infantil. 1983. Quito: Centro de estudios y asesorías en salud.
5. Mackenbach, Johan P., et al. Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 European countries. *Health Affairs* 36.6 (2017): 1110-1118. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2016.1674>
6. Rojas-Botero ML, Borrero Ramírez YE, Cáceres-Manrique FM. Muertes evitables en la niñez: un análisis por departamento y municipio en Colombia (2000-2018). *Rev Panam Salud Publica*. 2021;46:e64. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54145>
7. Observatorio Nacional de Salud. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C.; 2011. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/3.Mortalidad evitable.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/3.Mortalidad%20evitable.pdf)
8. Rozo-Gutiérrez N, Ávila-Mellizo G. Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018. *Rev. chil. salud pública* [Internet]. 27 de octubre de 2021 [citado 6 de noviembre de 2023];25(1):p. 51-62. Disponible en: <https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/65196>
9. Fresneda, O., Félix Martínez, and D. I. Restrepo. Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004). *Equidad y salud. Debates para la acción. Colección La seguridad social en la encrucijada* 4 (2007): 247-295. Disponible en: [http://fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros\\_Digitalizados/H\\_equidad-salud.pdf#page=249](http://fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros_Digitalizados/H_equidad-salud.pdf#page=249)
10. Muntaner, Carles, et al. Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* 31.2 (2012): 166-175. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9358>
11. Observatorio Nacional de Salud. Clase Social y Salud; Octavo Informe Técnico [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C.; 2016. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/8.%20Clase%20Social%20y%20Salud.pdf>
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Manual de recolección y conceptos básicos. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Bogotá; 2018.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version) [Internet]. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2022 [citado el 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://policycommons.net/artifacts/3834503/avoidable-mortality/4640419/Nolte Ellen, McKee Martin. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited: The Nuffield Trust; 2004.](https://policycommons.net/artifacts/3834503/avoidable-mortality/4640419/Nolte%20Ellen,%20McKee%20Martin.%20Does%20health%20care%20save%20lives?%20Avoidable%20mortality%20revisited%20The%20Nuffield%20Trust%202004)
14. Gómez-Arias, Rubén Darío, et al. Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia, 1985-2002. *Colombia Médica* 40.4 (2009): 373-383. Disponible en: <http://uvsalud.univalle.edu.co/colombiamedica/index.php/comedica/article/view/668>
15. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 74.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2021 (resolución WHA74.16) [consultado el 2 de noviembre del 2021]. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_R16-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R16-sp.pdf).