

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL TERRITORIO RURAL DE LA REGIÓN ANDINA COLOMBIANA 2020

PROVISION OF HEALTH SERVICES IN THE RURAL TERRITORY OF THE COLOMBIAN ANDEAN REGION 2020

AUTORES

Oscar Marino López Mallama: Docente de la Institución Universitaria Antonio José Camacho. Candidato a Doctor en Administración (Línea Gobierno y Políticas Públicas), Magister en Políticas Públicas, Magister en Administración en Salud, Especialista en Control Integral de Gestión y Auditoría de Servicios de Salud, Especialista en Gerencia Financiera, Especialista en Administración de la Calidad Total y la Productividad; Economista y Fisioterapeuta. Correo: omarinolopez@profesores.uniajc.edu.co

Anny Lizeth Cubillos Barbosa: Egresada de la Institución Universitaria Antonio José Camacho. Profesional en Administración en Salud. Correo: alcubillos@estudiante.uniajc.edu.co

Dora Luz Franco Londoño: Egresada de la Institución Universitaria Antonio José Camacho. Profesional en Administración en Salud. Correo: dlfranco@estudiante.uniajc.edu.co

Óscar Marino López Mallama, Anny Lizeth Cubillos Barbosa y Dora Luz Franco Londoño

Semillero de Investigación en Economía de la Salud SIECOS
Grupo de Investigación en Salud Pública GISAP
Institución Universitaria Antonio José Camacho
Recibido: 17/1/2023 - Aceptado: 07/05/2023

Para citar este artículo: López Mallama, O.A., Cubillos Barbosa, A.L. y Franco Londoño, D.L. (2023). Prestación de Servicios de Salud en el Territorio Rural de la Región Andina Colombiana 2020. Revista Sapientia, 15(29), 45-58. <https://doi.org/10.54278/sapientia.v15i29.132>

RESUMEN

En la región andina se encuentra alrededor del 70 % de la población colombiana. El área objeto de estudio se encuentra muy expuesta a inequidades, ya que cuenta con muchas barreras de acceso para poder cumplir con el concepto de desarrollo humano; se tienen en cuenta factores como el contexto social, económico, cultural y político, que de cierta forma son determinantes para considerar el término inequidad, ya sea por la distribución del poder, manejo de los recursos, siendo esta una problemática social. De ahí que la interrogante de esta monografía sea ¿cuáles son los determinantes que generan la inequidad en la prestación de servicios de salud en el territorio rural andino? Se plantea como objetivo general el describir experiencias en la prestación de los servicios de salud, acorde a al Principio de Equidad del SGSSS, en los territorios rurales de la región andina, Colombia, 2020. Se empleó un enfoque cualitativo de tipo descriptivo con el que se logró evidenciar que no hay una cantidad considerable de estudios realizados en cada capital de la región andina, por lo que se analizaron 6 capitales de 4 y la zona rural no es muy explorada. No obstante, se logra establecer que la pandemia Covid-19, la falta de rutas, infraestructura y acceso al servicio para el régimen subsidiado son los determinantes que generan la inequidad y coinciden en las 6 ciudades.

Palabras clave: salud en Colombia, acceso al servicio de salud, inequidad, región andina.

ABSTRACT

In the Andean region there is around 70% of the Colombian population, in the area in which it is going to be studied, it is very exposed to inequity issues since there are many access barriers to be able to comply with With the concept of human development, factors such as the social, economic, cultural and political context are taken into account, which in a certain way are determining factors to take into account the term Inequity, whether due to the distribution of power, management of resources, being This is a social problem. Hence, the question of this monograph is: What are the determinants that generate inequity in the provision of health services in rural Andean territory? And the general objective is to describe experiences in the provision of health services, according to the Principle of Equity of the SGSSS in the rural territories of the Andean region, Colombia, 2020. A descriptive qualitative approach was used. Achieving evidence that there is not a considerable amount of studies carried out in each capital of the Andean region, so 6 capitals out of 4 were analyzed and the rural area is not very explored. However, it is possible to establish that the pandemic at the hands of Covid-19, the lack of routes, infrastructure and access to the service for the subsidized regime are the determinants that generate Inequity in the 6 cities.

Key words: Health in Colombia, access to health services, inequity, Andean Region.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Con base en las experiencias de prestación del servicio de salud en Colombia, la inequidad se genera por diferencias en las condiciones sociales, demográficas y económicas que influyen en las conductas de la población, sus estilos de vida, el riesgo de enfermar y las medidas adoptadas para prevenir la enfermedad. La población rural se encuentra con ausencia de los servicios de salud a causa de factores como conflictos armados, pocas vías e infraestructura física, tecnológica y en algunos casos situación de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, poca escolaridad y sus propias creencias.

Amartya Sen (2018) plantea que para la medición del desarrollo humano se debe agregar aspectos sociales donde se evidencie la formación de la capacidad humana para mejorar, entre otros aspectos, el estado de salud. La salud es entonces un servicio fundamental para las poblaciones rurales, por lo tanto, debe existir un sistema de salud que ofrezca cobertura y acceso. En el caso colombiano, el departamento del Chocó se caracteriza por tener una gran cantidad de población rural y problemas en términos de calidad de vida como consecuencia de la desigualdad, pobreza y olvido estatal, a pesar de ser rico en recursos naturales. Es claro que en las zonas urbanas la cobertura y acceso es mayor que en las zonas rurales debido a "las condiciones propias de exclusión y de injusticia social" (Pineda, 2012, p. 99).

En Colombia se encuentra como población del territorio rural, campesinos pobres, pescadores e indígenas. En la región andina se sitúa alrededor del 70 % de la población colombiana; el área que se va a tener como objeto de estudio, se encuentra muy expuesta a temas de inequidades, ya que cuenta con muchas barreras de acceso para cumplir con el concepto de desarrollo humano; se tienen en cuenta factores como el contexto social, económico, cultural y político, que de cierta forma son determinantes para tener en cuenta el término inequidad, ya sea por la distribución del poder, manejo de los recursos, siendo este una problemática social.

Según la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, urbana o rural, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección del cual gozan las personas enfermas. De lo cual se infiere que se necesita tener una regulación para la prestación de los servicios identificando las falencias que se presentan y así también formar unas bases donde se mitiguen las acciones inequitativas con el fin de prestar una atención óptima y con calidad a dicha población que día a día presenta todo tipo de dificultades.

Para hacer frente a la enfermedad en la Región Andina Colombiana se identifica como problema de investigación: las inequidades en la prestación de servicios de salud para la población de territorios rurales y nos planteamos la pregunta: ¿cuáles son los determinantes que generan la inequidad en la prestación de servicios de salud en el territorio rural andino?

En este sentido, se fijó el objetivo de describir experiencias en la prestación de los servicios de salud, acorde al Principio de Equidad del SGSSS en los territorios rurales de la región andina, Colombia para el año 2020. Inicialmente se contextualizó la situación de salud en las zonas rurales de la región Andina para reflejar la realidad del principio de equidad del SGSSS; luego se caracterizó algunos de los estudios empíricos realizados en las zonas rurales de la región andina en los cuales se evidencia el comportamiento de la prestación del servicio de salud y su relación con el principio equidad del SGSSS y, finalmente, se interpretó los resultados según la situación de salud y la caracterización de los estudios. Se constituye así una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, donde se desarrolló una revisión de la literatura extraída de bases de datos públicas dispuestas por el Ministerio de Salud, Entes Territoriales y Normatividad vigente.

MEODOLOGÍA

El enfoque de esta investigación se considera cualitativo, pues este permite un análisis sistemático de información subjetiva, a partir de ideas y opiniones, en un análisis no estadístico de los datos, lo cual genera una explicación lógica y fundamentada, indagando el origen, causa y efecto de una situación particular.

El tipo de investigación es descriptiva, dado que comprendió la especificación de los hechos y características como son observados y que ya han sido investigados.

El diseño de la investigación fue no experimental, en tanto el trabajo recopiló información basada en la revisión documental, sistemática y empírica, orientado a la revisión de resultados de los artículos y a la revisión de prácticas o aplicaciones.

En la búsqueda de cumplir con el objetivo principal de la investigación, la bibliografía (fuentes secundarias) elegida constituye documentos académicos que hacen referencia a los textos científicos, libros, bases de datos, artículos científicos de los años de estudio del 2020 e investigaciones científicas sobre prestación de servicios de salud con principio de equidad del SGSSS en territorio rural de la región andina colombiana.

Para la recopilación de la información se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de fuentes bibliográficas tales como textos, libros, artículos e investigaciones científicas, las cuales se analizaron de forma cualitativa.

El material de consulta se obtuvo de bases de datos como: repositorios institucionales de universidades nacionales, bibliotecas electrónicas como Scielo, plataforma de recursos y servicios documentales Dialnet, Pubmed, Digitalia, Medline y Leyes.info, páginas del Ministerio de Salud y Protección Social y buscadores como Google Académico.

Situación de salud en las zonas rurales de la región andina partiendo del principio de Equidad del SGSSS

En este apartado se precisa mencionar, en primera instancia, una conceptualización en

términos rurales frente a la salud, posteriormente se pretende mencionar algunos aspectos geográficos de la región andina y así dar paso a la situación de salud en las zonas rurales de esta región comprendiendo el principio de equidad, con la finalidad de dar un contexto preciso al lector.

El término rural es frecuentemente usado en la literatura y en las discusiones políticas. Para su definición existen visiones desde lo geográfico, demográfico, cultural y político. En años recientes se ha presentado una discusión sobre la necesidad de redefinir lo rural, dado que resulta difícil establecer un único concepto considerando la diversidad entre regiones y países, por tanto, una definición debe estar contextualizada en la realidad de cada país. En Colombia, la diferenciación entre lo rural y lo urbano ha estado ligada a los censos; así, en los dos últimos censos lo rural fue definido como: "áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal, zonas localizadas por fuera del perímetro urbano, es decir centros poblados y en el resto del municipio" (Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2019, p. 362).

De acuerdo con la legislación por la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se rige el acceso de servicios en salud en Colombia, las poblaciones rurales y urbanas cuentan con acceso a los servicios de la salud de acuerdo a dos regímenes de afiliación: régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS), la afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas. Estas reciben las cotizaciones y a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) (Ley 100 de 1993).

Dadas las condiciones de precariedad en los contextos rurales, la nación estableció el Sistema General de Participación (SGP) con el fin de proveer apoyo en aspectos específicos del sector rural (salud, educación, agua potable, saneamiento básico y propósito general). Sin embargo, las condiciones de acceso a la salud están mediadas por el dinero o ausencia del mismo; por otro lado, se ha afirmado que la seguridad social tradicional, asociada al empleo formal, es un mecanismo aún muy limitado para brindar protección a la mayor parte de los trabajadores rurales.

En un país en el cual la población rural es mayor a la que previamente se había considerado,

la planeación posiblemente fue realizada sin enfoque territorial poblacional. Este enfoque admite la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones rurales, dado que existen desigualdades, de esta forma podría reconsiderarse si la afiliación al sistema mediada por el dinero es garantía del derecho a la salud, una vez que las circunstancias (infraestructura, por ejemplo) que se encuentran asociadas a este derecho pueden influir tanto en los perfiles de enfermedad como en la capacidad de atención para que este sea garantizado.

Además, uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, sino el más apremiante, tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad. Dichas diferencias reflejan, de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas como en la ausencia de vías de acceso a puestos de salud, baja calidad de la educación y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud (DNP, 2014; Ocampo, 2019).

Salud en las zonas rurales de la región andina partiendo del principio de equidad del SGSSS

De acuerdo con lo que menciona Solimano (2018), la región andina está experimentando dificultades económicas, sociales, de salud y gobernabilidad que agravan las problemáticas estructurales de pobreza, un moderado crecimiento y evidente desigualdad junto a grandes brechas de atención y acceso al sistema de salud. En este sentido, también se señala que las dificultades en aspectos sociales y de salud de la región andina se manifiestan en la alta rotación de las autoridades, debilidad institucional, crisis políticas recurrentes y fragilidad potencial de la democracia.

Uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano es la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad. Dichas diferencias reflejan, de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas, como ausencia de vías de acceso a puestos de salud, baja calidad de la educación y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud. No sorprende, entonces, que tan solo en salud, las comunidades sujetas al proceso de realización de Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), hayan propuesto más

de 3.300 iniciativas en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Ahora bien, Rivera Cárdenas (2020) menciona que, para lograr la equidad en cuanto al acceso al sistema de salud se deberán enfrentar una serie de brechas que hay entre las áreas urbana y rural a partir de varias estrategias, señalando que los retos son enormes en gran parte de la zona rural de la región andina del país.

En este sentido, en cuanto a la brecha de cobertura, si bien a nivel nacional el país ha alcanzado cobertura universal (98% de la población está afiliada), existen aún rezagos importantes en algunos territorios. Dicho rezago se concentra, por lo general, en los municipios con un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, y en algunas ocasiones, con un alto grado de incidencia del conflicto armado.

Mientras que, en la brecha en resultados de salud, por el indicador razón de mortalidad materna, indicador trazador para todo el sistema de salud, a nivel nacional se evidencia una reducción entre 2005 y 2018 (de 70,1 a 45,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, una mirada sobre dicha razón, teniendo en cuenta la zona de residencia, evidencia la persistencia de una importante brecha entre lo rural y urbano: mientras en la zona urbana fallecen al año 45 maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en la zona rural fallecen 71.1.

En este orden de ideas, se logra evidenciar la situación actual que enfrentan las zonas rurales de la región andina de manera general, pues de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y otras normas vigentes, se define con claridad los participantes de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En la región andina, en el Censo 2018, se estima que para el régimen contributivo del SGSSS hay un total de 15'469.333 afiliaciones y 1'524.627 al régimen subsidiario. Además, en la región hay un total de 235.101 personas que hacen parte de la PPNA- Población Pobre No Atendida- y de manera general la cobertura del régimen subsidiado en la zona andina es del 98,71%, garantizando la atención médica para la población más pobre (DNP, 2018).

Aunque existen acciones locales por mejorar, los sistemas de salud y atención a las poblaciones dentro de la región andina, aún existen datos que señalan deficiencias en el sistema de atención, en especial a la primera infancia y otros grupos poblacionales. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años (por cada 1.000 habitantes) es de 11,1 %; de recién nacidos con bajo peso al nacer es de 9,4%, la mortalidad de menores de 5 años por la enfermedad diarreica aguda es del 2,2% y por infección respiratoria aguda del 11,8%. La cobertura de vacunación DPT es en promedio del 85,5%, y los niveles de controles prenatales es del 6,7%. Finalmente, en la región andina el porcentaje de mortalidad asociada al VIH /SIDA es de 5,4%.

Interpretación de los resultados según la situación de salud y la caracterización de los estudios empíricos realizados en las zonas rurales de la región andina

La región andina está conformada por 10 departamentos, para fines de este documento se tuvo en cuenta el comportamiento de la prestación del servicio de salud y su relación con el principio equidad para el año 2020, mínimo 2019 como fue el caso de Armenia. Sin embargo, la búsqueda para las capitales Neiva, Pereira, Bucaramanga e Ibagué arrojó información que solo corresponde a los años 2016 o 2017, lo que generaría sesgos en la monografía que se desarrolló, pues las diferencias en cuanto a temporalidad son significativas. La información encontrada sobre estos aspectos rurales es mínima y en data no confirmada por la gobernación de cada ciudad o alcaldía. En consecuencia, esta monografía se desarrolló con seis capitales de la región anteriormente mencionada, con la claridad de que información específica a zonas rurales no era robusta, lo que implicó abordar la temática en algunas ciudades de manera conjunta con la zona urbana y en ese espacio realizar una serie de comparaciones, identificando falencias, debilidades, brechas de acceso, barreras y el principio de equidad, con el fin de cumplir con los objetivos planteados.

Se considera relevante mencionar que la información sobre la prestación de servicio de salud en zonas rurales de la región andina es muy escasa, al punto que tan solo se encontró información de seis capitales que la conforman, Medellín, Tunja, Manizales, Bogotá, Cúcuta y Armenia; las 4 capitales restantes no mencionan

información señalada de zonas rurales ni similares.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Medellín para 2020

Como sucedió en el mundo, el COVID-19 llegó a Medellín a cambiar las dinámicas de la población y, por ende, el perfil epidemiológico de sus habitantes, con impacto significativo en el área rural: las infecciones asociadas a esta enfermedad fueron la primera causa de muerte en la ciudad. En este sentido, el temor por el contagio ha incidido en que la población rural no asista a los centros asistenciales, prolongando y exponiendo a la población a otro tipo de enfermedades que la medicina ya ha controlado; por ejemplo, la vacunación para niños y niñas menores de un año disminuyó considerablemente en 2020.

Por otro lado, se observa que la esperanza de vida calculada en las zonas rurales de la capital antioqueña en total, para el quinquenio 2011-2015, tiene una diferencia por sexo de 3,2 años frente a los 10 años anteriores, mientras que en el quinquenio que inició en 2016-2020 refleja una esperanza de vida actual de 78,2 años para la población rural, con una diferencia por sexo de 2,7 años, menor a la calculada en los diez años anteriores. Así las cosas, es importante resaltar la diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres, aunque esta diferencia haya disminuido en Medellín conforme ha avanzado el tiempo, pues en los dos periodos (2011-2015 y 2016-2020) la esperanza es mayor en ellas que en ellos (Gobernación de Medellín, 2020).

Ante esto, la política pública en salud debe enfocarse no solo en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para los hombres, sino en fomentar la demanda de estos, pues muchas veces no basta con que la oferta exista, sino que es necesario generar incentivos que pueden ser entendidos como intereses, para que, en este caso, los hombres asistan con más frecuencia a los servicios de salud con miras a recibir una atención preventiva.

Otro aspecto relevante que se observó fue la fecundidad adolescente pues de acuerdo al indicador de estas ha disminuido significativamente, por lo que el total de embarazos en Medellín ha decrecido de manera sostenida desde el año 2008. en este sentido, en las zonas rurales los embarazos

en madres de 10 a 19 años, para 2020 fue una proporción de 14,2%, excluyendo defunciones fetales. No obstante, la desagregación entre las adolescencias temprana y tardía juegan un papel fundamental en este análisis, pues la primera es en la edad de 10 a 14 años y la segunda de 15 a 19 años. Lo anterior significa que en 2020 en Medellín hubo 147 embarazos de niñas entre 10 y 14 años, lo que configura abuso sexual subyacente, y 3.472 embarazos de madres entre 15 y 19 años (Gobernación de Medellín., 2020).

En este marco, la adolescencia temprana debe ser uno de los focos de actuación de la política pública en salud dirigida a las zonas fuera del área urbana. Pues, de acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al. (2015), esto va en contra de las disposiciones constitucionales y legales vigentes, y configura posibles comisiones de delitos que afectan a esta población.

Otro resultado que se precisa resaltar de este estudio es la mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años, la cual se ha mantenido tendencia decreciente en los últimos seis años. El análisis "Hacia Dónde Vamos" arroja una flecha verde, pues en 2020 se cumplió la meta que se había fijado al 2030. Lo anterior exige una meta más ambiciosa en este indicador, que a su vez requiere esfuerzos mayores para evitar muertes en niños menores de cinco años en zonas rurales como Palmitas, San Antonio del Prado y Santa Elena.

En lo que respecta a la morbilidad se observa que, en 2020, se registraron 8.354.885 consultas a servicios médicos en Medellín. La hipertensión arterial es el primer motivo de consulta, sin embargo, decreció levemente respecto a 2019. En adelante, la pandemia por COVID-19 desplazó a los motivos por consulta frecuentes para los habitantes de la ciudad, pues 6% (502.484) de consultas se debió a sospecha de contagio por COVID-19 y 5,5% (459.709) a COVID-19 confirmado. Esto se suma al registro de mortalidad, pues a raíz de la pandemia las principales causas de mortalidad en Medellín se modificaron conforme a las condiciones del entorno epidemiológico. Lo anterior reflejado con el 24,7%, es decir, una de cada cuatro personas que murieron en Medellín en 2020 fue a manos del COVID-19 (Gobernación de Medellín, 2020).

Para hacerle frente a esta situación en las zonas rurales de Medellín, de acuerdo con el

Departamento Nacional de Planeación (DNP), el aseguramiento en salud es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios en salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficios de Salud POS. La cobertura del SGSSS en Medellín, en conjunto la zona urbana y rural, es el resultado de la suma de los regímenes, da cuenta de valores por encima del 92% entre el 2011 y el 2013, y superior al 96% hasta el 2020, cuando alcanzó el 99% (Gobernación de Medellín., 2020).

El histórico muestra que la mayor proporción de la población se ubica en el régimen contributivo, en particular en el año 2020 aumentó la proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado en 2,4 puntos porcentuales respecto a 2019. Esto posiblemente se explica mediante los datos consignados en la imagen 3, que muestra el crecimiento en el 2020 de la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, correspondientes a 2% y a 14%, respectivamente, mientras que la población sin afiliación se redujo en 66%, pasando de 81.024 en 2019 a 27.736 en 2020 (Gobernación de Antioquia., 2020).

Cabe mencionar que, según el Consolidador de Hacienda Pública del Ministerio de Hacienda, salud es el sector que se ubica en segundo lugar en términos de inversión luego de educación en la ciudad de Medellín. Para el caso del año 2020, la participación del sector con respecto a los demás es del 22,1%, esto es 5,6 puntos porcentuales -pp- más que el promedio de inversión en este sector del periodo de gobierno inmediatamente anterior, y 6 pp más que en el año 2019. Lo que evidencia que el grado de inequidad en la prestación del servicio de salud en las zonas rurales de Medellín existe, pero no es un porcentaje significativo, pues se evidencia a partir de las cifras por la participación en el régimen subsidiado, lo que muestra un gran avance en el acceso a este derecho y servicio.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Tunja para 2020

Para que la salud como resultado del nivel de bienestar alcanzado por una sociedad sea el mejor para todos, el programa Boyacá avanza en salud, ejecutado en Tunja, considera de vital importancia que los demás sectores, zonas rurales y municipios se comporten como aliados estratégicos, tomen las mejores decisiones a todo nivel, para optimizar las condiciones y

calidad de vida de sus comunidades, haciéndolas más saludables, teniendo un solo principio presente, pensar que la salud de las personas se consigue con y a través de todas las políticas públicas (Gobernación de Boyacá, 2020).

De acuerdo con el informe presentado por la Gobernación de Boyacá (2020), desde que empezó la pandemia Covid-19, se han generado estrategias y planes de acción para priorizar los servicios y continuar brindando una atención inmediata, integral y asertiva a todos los habitantes de las zonas rurales, que permite contar con información científica y epidemiológica para la toma de decisiones. En este contexto, el componente de "Salud y Bienestar" ha logrado cumplir con los diferentes programas que se establecieron en el Plan de Desarrollo, con un cumplimiento óptimo en el rango de desempeño, alcanzando para el primer trimestre del 2021 el 10% en el año y para el cuatrienio de 46,02, cifras que sobrepasan los rangos establecidos y demuestran el desempeño y logros de la entidad, pese a la situación de pandemia.

El modelo de atención en salud para la ciudad de Tunja y sus zonas rurales se fortalecerá en términos de acceso, eficiencia y calidad en la prestación de servicio, con el fin de atender a la población tunjana, no solo teniendo en cuenta la coyuntura actual de la pandemia generada por el Covid-19, sino también en la prestación de servicios de salud a las necesidades actuales y ordinarias de la población tunjana. Su objetivo se enfoca a garantizar el acceso, calidad y cobertura de la prestación de servicios de salud en la ciudad de Tunja, partiendo de la cobertura de aseguramiento, la ejecución del Proyecto el ESE municipal como hospital de mediana complejidad y la oportunidad de actuación que se logra tener en el tiempo de la atención prehospitalaria.

En la zona rural la situación es más crítica, pues no se cuenta con agua potable; al no tener agua apta para el consumo humano se pueden generar algunos riesgos para la salud de la población, sin embargo, gracias a las acciones de inspección, vigilancia y control de la Secretaría de Salud de Boyacá y el compromiso de algunas administraciones municipales se ha disminuido el número de casos de enfermedad diarreica aguda, enfermedades infecciosas, virales y de seguridad alimentaria. De ahí que surja la necesidad de una intervención bajo políticas públicas para apoyar especialmente a los acueductos de

estas zonas, que es lo que busca el plan de desarrollo territorial con el componente de Salud y Bienestar.

El crecimiento del aseguramiento en las zonas rurales de Boyacá fue significativo en el 2020, pues el número de asegurados superó el 1'150.000 aproximadamente y con corte al mes de agosto se aseguraron 20 mil más, es decir, que al finalizar el 2020 Boyacá contaba con un poco más de un millón 170 mil boyacenses afiliados logrando un cumplimiento por encima del 93.83%, en aras de la seguridad y beneficio de la población, minimizando brechas de acceso y cobertura. Sin embargo, los autores señalan que no se encuentra disponible mayor información en cuanto a estos datos o de manera detallada.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Manizales para 2020

De acuerdo con la Gobernación de Caldas (2020) y su informe "Calidad de vida" para el año 2020, se observa que uno de los debates más significativos para ese año lo propició la emergencia sanitaria por Covid-19 entre economía y salud, afectando directamente las zonas rurales. Cada dimensión tenía sus detractores y sus voces de respaldo en la búsqueda de posicionar una por encima de la otra para resolver la coyuntura que se estaba enfrentando a nivel mundial, de cara a una discusión frente a la adversidad de lo desconocido que desde finales de 2019 se empezaba a experimentar globalmente. Ni la salud ni ninguna otra dimensión del acontecer humano se detuvo súbitamente, quizás sí la actividad económica, la movilidad y la interacción social disminuyó a puntos no recordados recientemente, sin embargo, la vida continuaba.

Si bien la Covid-19 acaparó casi toda la atención, asuntos tan relevantes como el nacimiento de niños y niñas en zonas rurales y urbanas, la necesidad de continuar con las citas de control prenatal, la evolución o desarrollo de las demás patologías existentes en cada persona hospitalizada, las condiciones de nutrición de la primera infancia valoradas, entre otros, continuaron; de ahí los datos a partir de las diferentes variables de evaluación situacional que se presentan a continuación.

En tal sentido se logra inferir que, en las zonas rurales de Manizales, cada vez nacen menos niños, hay mayor número de adultos mayores por

menores de 15 años, Manizales continúa siendo mucho más urbana que rural. Se establece que la proporción entre géneros es relativamente equilibrada, aunque siguen existiendo más mujeres que hombres. Asimismo, se evidencia que la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el 2020 se encontraba en el 94% evidenciando la equidad en el servicio a pesar de no completar o alcanzar el 100%, el cual se considera un porcentaje significativo para romper esas brechas de acceso y actores que impidan el mismo.

En cuanto a la tasa de mortalidad se observa que fue de 12,8 %, lo que se esperaba en los próximos años se conserve por debajo de 10 casos por cada 100 mil habitantes en relación con las zonas rurales. Mientras que las cifras de bajo peso al nacer fueron de 10,0 %. No obstante, la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a diciembre de 2020 fue de cero y se espera mantenerlo de acuerdo con la secretaria de planeación de Manizales. A su vez se identificó que la tasa de mortalidad en menores de 1 año y en menores de 5 años en zonas rurales, por causas prevenibles, a diciembre de 2020, fue de 8,6% para 1 año y de 9,9% para 5 años.

Por otra parte, la razón de mortalidad materna a diciembre del 2020 fue de 102 por cada 100 mil nacidos vivos. Finalmente, en cuanto a la desnutrición aguda en menores de 5 años, para el 2019 la prevalencia fue de 3,1%; no se menciona la cifra para el año 2020, ya que esta información no ha sido suministrada por ninguna entidad.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Bogotá para 2020

Cabe mencionar que en la información encontrada no se presentan datos exactos o directamente relacionados con las zonas rurales de esta ciudad. Sin embargo, se muestra por zonas un poco alejadas de zonas denominadas urbanas. Ahora bien, la pandemia Covid-19 no se ha terminado en Bogotá, y no se descartan nuevos picos como ha sucedido en otros países del mundo con procesos de vacunación más avanzados que el nuestro. Sin embargo, es el momento de ir pensando en hacer la apuesta de un nuevo Modelo de Salud para Bogotá (Gobernación de Cundinamarca, 2020).

La pandemia Covid-19 ha brindado aprendizajes importantes en el sistema de salud sobre la falta de un modelo de Atención Primaria en Salud

(APS) no sólo mostrando falencias en la gestión del control de la pandemia, sino evidenciando el deterioro en varios indicadores trazadores de salud pública en el periodo 2019-2020.

Al respecto se resalta que el número de atenciones a habitantes en calle descendió en casi un 50% (de 86.304 a 42.902) sectorizados en áreas rurales. Es importante señalar la posibilidad de que varios indicadores hayan sido afectados por causa del Covid-19, sin embargo, como en diferentes sectores, la pandemia ha visibilizado fallas estructurales de nuestras ciudades que la pandemia catalizó.

Es por esto que desde la Gobernación de Cundinamarca (2020), en su informe "Cómo vamos Bogotá", se considera que posicionar un modelo APS es pertinente, el cual debe responder a la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, con sus enfoques basados en la atención primaria renovada, afectación positiva de determinantes sociales y ambientales, y el desarrollo de la salud familiar. Esto significa promover la prevención en el sistema donde la atención en salud requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan impacto sobre la salud o sus determinantes.

También, establecer que el acceso y calidad a los servicios sanitarios constituyen una acumulación de ventajas o desventajas a lo largo del tiempo en los trayectos de vida individuales y familiares. Finalmente, es esencial el foco en las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo como la malnutrición, el sedentarismo, la contaminación del aire, el hábito de cigarrillo y el consumo de alcohol y el estrés o tensión psicosocial, lo cual devela la importancia de conectar los indicadores de salud pública con otros determinantes y problemas urbanos.

Es de anotar que algunos indicadores, como la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, mostraron una tendencia a la disminución. La mortalidad infantil pasó de 9,2 casos por mil nacidos vivos en el 2019 a 7,8 casos por mil nacidos vivos en el año 2020. El acceso y utilización de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas disminuyó considerablemente por temor al contagio, poniendo en riesgo la población materno-infantil, la población con eventos crónicos no transmisibles y la salud mental.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (OPS, 2014).

El indicador de personas cubiertas refleja el número de individuos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en zonas rurales y urbanas de Bogotá por medio de los tres tipos de vinculación: contributivo, subsidiado y de excepción. Durante los últimos años se ha aumentado el número de personas afiliadas al SGSSS. En el quinquenio de 2016 a 2020, pasó de 7.605.505 afiliados en 2016 a 8.069.237 en 2020; con un incremento de 463.732 personas.

Sin embargo, una tendencia que se ha observado desde el año 2019 es una disminución de la afiliación al régimen contributivo, lo cual puede estar asociado al deterioro del empleo formal y de la calidad de vida en Bogotá.

En este sentido, se puede observar que el porcentaje de afiliación al Régimen Contributivo presentó un aumento en el año 2018 y 2019, pero para el año 2020 se evidenció una caída de un 1,2% resultando en un porcentaje de 82,4%. En cuanto al porcentaje de afiliación de usuarios activos en el Régimen Subsidiado presenta un aumento progresivo desde el 2018. Para el año 2020 se presentó un porcentaje total de 19% de afiliados, lo que se traduce en un aumento porcentual del 3% con respecto al año anterior.

Mientras que los Regímenes de Excepción cuentan para el 2020 con un estimado de 206.159 usuarios afiliados, lo que representa el 2,7% del total de registrados en el Distrito Capital. De ahí que, al comparar este porcentaje con el resultado del año inmediatamente anterior, se aprecia un aumento del 0,1% y con el porcentaje de población no asegurada para 2020 disminuyó en un 0,2%.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Cúcuta para 2020

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), en el municipio de Cúcuta para febrero del 2020 se tuvo un registro de 806.734 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los cuales 312.006 correspondían al régimen contributivo, 15.648 al régimen de excepción y 479.080 al régimen subsidiado sectorizados en zonas rurales y urbanas (Gobernación Norte de Santander, 2020).

Al analizar la relación de la cobertura del SGSSS, como ya se ha señalado previamente, se destaca que la población asegurada en zonas urbanas es mucho mayor a la población residente en zonas rurales, en comparación con el Censo del DANE proyección 2020. Situación que se asocia a la población pendular proveniente principalmente de Venezuela y que a diario ingresa por los puentes internacionales y los pasos irregulares existentes a lo largo de la frontera. Esta diferencia tenderá a incrementarse con la entrada en vigencia del Decreto 064 de 2020 del Ministerio de Salud, que integrará al Régimen Subsidiado el total de la Población Migrante en la Región (Asocapitales, 2020).

Las zonas rurales de Cúcuta en la razón de mortalidad materna, comprendida como el número de madres muertas por cada 100.000 nacidos vivos, presentó un comportamiento alarmante en términos de indicadores de salud, dado que durante 2019 se pasó de una razón de 47 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos a una razón de 76 muertes por cada 100.000, es decir, un incremento del 61,7% del indicador, lo cual evidencia condiciones de salud deficientes en las gestantes.

El porcentaje de Bajo Peso al Nacer corresponde a 7,1%, incrementando en 0,6% comparado con el 2019; dicho de otra manera, para el 2020 los reportes fueron de 825 nacidos vivos. Por lo que el bajo peso al nacer indica que no existe variación en términos de individuos (la variación corresponde a la cantidad total de nacidos vivos referente al total de nacidos vivos correspondiente al caso). En cuanto a la desnutrición aguda, global y crónica en menores de 5 años se evidencia que la prevalencia es de 4,9% equivalente a 1.047 casos reportados. La

variación de la tasa en el periodo de 2016-2018 al alza es de 0,4% y para el periodo de 2017-2018 es de 0,1%, la cual representa un leve aumento.

Finalmente, se observa que la Alcaldía de Cúcuta en conjunto con la gobernación crean el programa “Red pública de salud con calidad”, la cual se orienta a mejorar la gestión, promoviendo la intervención organizada de la sociedad para prolongar la vida, minimizando (si es posible, eliminando) los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales, de salud y sociales en las zonas rurales. Del mismo modo, buscan tener una respuesta adecuada por parte de los servicios de salud en los casos en que se requieren para prevenir las enfermedades, detectarlas cuando existen y recuperar la salud o, como mínimo, reducir el sufrimiento y la dependencia. Sin embargo, es notoria la inequidad en el acceso a este servicio, pese a no encontrarse datos rurales se observa que las cifras son preocupantes al incrementar en ciertas variables, lo que puede presentarse debido a la crisis originada por el Covid-19, por lo que se toman medidas como estas, que dejan de lado la problemática de infraestructura, vías, talento humano, entre otras.

Resultados situación de salud en las zonas rurales de Armenia para 2019

En cuanto al estudio revisado se destaca que, para el 2019, en las zonas rurales de Armenia con referencia al servicio de salud hay un aumento general de la satisfacción entre 3 a 9 puntos frente al año anterior, excepto entre 26 y 35 años, posiblemente porque esta edad tiene adultos de consulta frecuente con perfiles de morbilidad variados y eventualmente más exigentes. Por estrato socioeconómico se aprecia un aumento de la satisfacción frente al año anterior, pero que en estratos 1 y 2 muestra tendencia a la mejoría, pero en estratos 5 y 6 tendencia a la baja, lo que eventualmente refleja niveles de acceso y exigencia diferenciales para mejor en el primer caso y de deficiencia por acceso en el segundo caso. En cuanto a satisfacción por sexo, hay un incremento de la satisfacción en ambos sexos de 5 y 6 puntos, pero se mantiene en las mujeres un menor nivel de satisfacción, 3 puntos menos, quienes más consultan habitualmente (Gobernación de Quindío, 2019).

A su vez, el estado de salud en zonas rurales tiene una leve tendencia al aumento debido a quienes tienen la percepción de bueno (algo

más de 3 de cada 5 personas), pero es siempre llamativo que cerca de la tercera parte sigue calificando su salud frente al tiempo para recibir atención. Si bien algo más de la mitad recibió el servicio en menos de 10 días, la espera superior podría requerir discriminar el servicio a utilizar lo que podría explicar el período mayor, siendo las urgencias una baja (Gobernación de Quindío, 2019).

Al observar la mortalidad en menores de un año, de cinco años y por infección respiratoria aguda, IRA, se aprecia una tendencia pronunciada a la baja especialmente en los menores de 5 años. Asimismo, el VIH/SIDA tiene una muy importante disminución en su incidencia del 50% frente al año anterior, hallazgo muy importante por la ganancia que representa en control de esa grave enfermedad.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta monografía se logra determinar, en primera instancia como síntesis frente al objetivo general planteado, que la inequidad en el área de la salud en toda Colombia y en especial en la zona andina está sustentada en los resultados de salud, es decir, la morbilidad (cantidad de personas que se enferman) y la mortalidad, lo que evidencia la existencia de inequidad en estas zonas, principalmente por estar en una situación social desventajosa, como menor número de ingresos o menor nivel educativo, como han sido aspectos de mayor relevancia y que más se han presentado en las seis ciudades analizadas.

En segunda instancia, se logró contextualizar la situación de salud en las zonas rurales de la región andina y se observa que a pesar de que las brechas han disminuido en los últimos años en el Plan Nacional de Salud Rural, contemplado en el primer punto del Acuerdo de Paz, MinSalud advierte que las diferencias que persisten reflejan las desigualdades en las condiciones socioeconómicas, como la ausencia de vías o la baja calidad en la educación, y las disparidades territoriales en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Es claro que las barreras de acceso que enfrentan los ciudadanos de la zona rural del país están fuertemente asociadas al déficit de talento humano en salud en estas zonas, lo que permite inferir que la dispersión geográfica y la falta de una oferta de servicios de salud articulada, propias de las zonas rurales,

constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural y, por ende, una significativa inequidad en la prestación y alcance del servicio de salud.

A ello se suman las diferencias en la disponibilidad del talento humano, lo que se considera en salud una causa asociada a la inequidad, ya que por la falta de estos la atención de urgencias, controles y demás se ven afectadas, limitadas o incluso rechazadas. Las fallas del modelo de competencia en el aseguramiento, la falta de capacidades estatales y en la gestión territorial; los determinantes sociales de la salud rural, tales como la deficiencia en la calidad educativa, la falta de agua potable o viviendas adecuadas son también factores cruciales que contribuyen a las inequidades que se observan entre el campo y la ciudad, como se abordó en el capítulo 3 de este documento. En este sentido, la implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales que respondan a las particularidades de las zonas rurales y apartadas del país es fundamental para cerrar las brechas señaladas anteriormente, además de que se considera todo lo anterior como un determinante estructural del Estado que está afectando dicha inequidad en el área rural. Los datos demuestran que persisten fallas crónicas en el Sistema de Salud y Protección Social, así como en temas de inequidad. Pues, aunque no se encontraron muchos datos de zonas rurales, en las 6 capitales coincide la falta de rutas de acceso, el deterioro del empleo formal, la capacidad de infraestructura y humana en centros asistenciales y unidades prestadoras de salud, que constituyen algunos determinantes que generan inequidad en la prestación de servicios de salud en el territorio rural andino. Se destaca para el año 2020 la crisis ocasionada por la pandemia a nivel global a manos del Covid-19, el cual se podría señalar como el determinante con mayor responsabilidad y repetitivo en Bogotá, Medellín, Tunja, Manizales, Cúcuta y Armenia.

De ahí que algunas cifras como la mortalidad materna y mortalidad por enfermedades respiratorias y enfermedades no transmisibles haya aumentado, pues el miedo al contagio, la falta de personal médico y la explosión de la capacidad de UCIS limitaron la atención de estas afecciones.

Se logró caracterizar e interpretar los hallazgos de los informes emitidos por las gobernaciones correspondientes a cada ciudad en los cascos

rurales y en algunos casos el casco urbano y rural, evidenciando el comportamiento de la prestación del servicio de salud y su relación con el principio de equidad, así pues, en cuanto al cubrimiento del SGSSS el panorama para el 2020 se considera un poco alentador en cuanto a la afiliación en los diferentes regímenes para ciudades como Medellín y Manizales considerándose incluso prometedor y bastante sobresaliente, pues comprenden el 96% y el 94% del cubrimiento respectivamente.

Sin dejar de lado otras cifras, como la de Tunja con el 93,86%, a pesar del problema con el agua potable que se presenta en la mayoría de las zonas rurales, que desencadena enfermedades e incrementa las cifras de morbilidad y en algunos casos de mortalidad, Bogotá es una de las ciudades que más preocupa, pues, aunque cuenta con el 97% de cubrimiento del SGSSS, el hecho de que los porcentajes de afiliación sean significativamente positivos no deja de lado las brechas externas al momento de acceder al servicio de salud en las zonas rurales, como infraestructura, vías de acceso, aspectos psicosociales y socioeconómicos.

No obstante, Bogotá ha venido deteriorando entre el año 2019 y 2020 los indicadores de salud pública, debido a la pandemia, pero también a la débil respuesta institucional del sector salud en el distrito capital frente al cumplimiento de los ODS en salud, los cuales deben considerarse como un mínimo exigible. Por lo que, en consecuencia, se afirmaría que en la capital de Cundinamarca no se ha consolidado un modelo de atención en salud que responda al cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud y que garantice el derecho a la salud.

Por su lado Armenia, aunque contempla el 94,56% de su población cubierta por el SGSSS, continúa presentando insatisfacción con el servicio de salud en proporciones mayores al 50% entre estratos 1, 2, 5 y 6, lo que también puede derivarse de la pandemia. Así las cosas, se podría mencionar que es necesario replantear las prioridades que se debe tener en cuenta en el sector salud, dado el cambio demográfico al que se enfrentará la ciudad en los próximos treinta años; las políticas públicas de salud se deben enfocar en salud preventiva: mejores hábitos para evitar factores de riesgo, tamizajes (prenatales, nutricionales, etc.), diagnóstico temprano de enfermedades no transmisibles, entre otros.

REFERENCIAS

Acosta, O. L., Botiva León, M. A., Ramírez, J. y Uribe, L. (2018). La protección social de la población rural en Colombia: una propuesta desde la perspectiva de las familias y sus necesidades. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39659/S1501025_es.pdf?sequence=1

Así Vamos en Salud. (2021). Construyamos nuevos paradigmas de salud y protección social. Bogotá-Colombia.

Asocapitales. (2020). Plan de Desarrollo Municipal Cúcuta 2050, estrategia de todos Plan de Desarrollo Municipal. Cúcuta Saludable. https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/11/Cucuta_Plan-de-Desarrollo-Municipal_2020-2023.pdf

Baena Salazar, D, Fuentes Hernández, J, Pino Reyes, L, Marín Durán, S, Horta Pérez, S y Fonseca González, W. (2020). Contexto Regional Andina. Observatorio Regional ODS. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/47782>

Di Cesare, M. (2019). El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. <https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/3852/S2011938.pdf>

Gobernación de Cundinamarca. (2020). Informe Calidad de vida Bogotá, 2020, el camino hacia una ciudad sostenible. <https://s3.documentcloud.org/documents/21063317/v03-informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-2020.pdf>

Gobernación de Boyacá. (2020). Informe del comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública, Tunja, Boyacá año 2020. https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/informes-de-eisp/?wpdf_download_jAyMF9laXNwX2JveWFjYS5wZGY%3D

Gobernación de Caldas. (2020). Informe Calidad de Vida Manizales 2020. <http://manizalescomovamos.org/wp-content/uploads/2021/12/InformeDeCalidadDeVidadeManizales2020.pdf>

Gobernación de Antioquia. (2020). Informe Calidad de Vida Medellín 2020. <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2021-09/docuprivados/Salud%20Informe%20de%20Calidad%20de%20Vida%20de%20Medell%C3%ADn%2C%202020.pdf>

<https://www.medellincomovamos.org/system/files/2021-09/docuprivados/Salud%20Informe%20de%20Calidad%20de%20Vida%20de%20Medell%C3%ADn%2C%202020.pdf>

Gobernación del Quindío. (2020). Informe Calidad de Vida de Armenia. <https://www.edeq.com.co/Portals/0/novedades-de-marca/Informe-Calidad-de-vida-Armenia-2019.pdf>

Gobernación Norte de Santander. (2020). Informe Calidad de Vida Cúcuta, 2020. <https://cucutacomovamos.com/wp-content/uploads/2022/02/informe-2019.pdf>

Hedges, L. V., Saul, J. A., Cyr, C., Magnus, M., Scott-Sheldon, L. A. J., Young-Hyman, D., & Khan, L. K. (2020). Childhood obesity evidence base project: A rationale for taxonomic versus conventional meta-analysis. *Medellín Obesity*, 16(S2). <https://doi.org/10.1089/chi.2020.0137>

Instituto Nacional de Salud. (2019). Informe carga de enfermedad ambiental en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Informe-Carga-de-Enfer-medad-Ambiental-en-Colombia.aspx>

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial. N.41148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Manizales Comovamos. (2020). Salud y demografía Manizales 2020. <https://manizalescomovamos.org/portfolio-items/salud-2/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud. <http://file:///C:/Users/H%20%20P/Downloads/Archivo%20Digital%20-%2008%20Plan%20Nacional%20de%20Salud.pdf>

Ocampo, J. A. y CEPAL, N. (2019). Globalización y desarrollo. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2724/2/S2002024_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Cobertura universal de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal> el 15 de julio de 2021

Organización Panamericana de la salud. (2020). Discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/>

