

T  
124

XOXIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION

N.S.  
50104

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA (XOCHIMILCO)  
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL. Promoción 1986-1987

PERFILES DE MORBILIDAD EN LAS REGIONES DE ANTIOQUIA -  
COLOMBIA DURANTE LOS AÑOS OCHENTA.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

Por: María Victoria López López,

Director de tesis: Dr. José Blanco G.

~~124490~~

México, D.F. Octubre de 1991.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	6

### PRIMERA PARTE

#### ASPECTOS TEORICO-METODOLOGICOS

I. ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	
I.1. Características de los estudios de morbilidad.	9
I.2. La morbi-mortalidad en Antioquia. Principales fuentes de información y nivel de descripción de los datos.	12
I.3. Características específicas de la morbi-mortalidad en Antioquia.	15
II. ASPECTOS METODOLOGICOS.	
II.1. Objetivos	23
II.2. Conceptos	
II.2.1. La región como categoría analítica viable en los estudios epidemiológicos.	23
II.2.2. Delimitación regional.	32
II.2.3. Los agrupamientos de enfermedades como herramientas de análisis factibles con información secundaria.	48

II.3. Características de los datos. Elementos de evaluación	55
II.4. Indicadores.	66

## SEGUNDA PARTE

### CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA EN ANTIOQUIA.

I. DESIGUALDADES REGIONALES EN LAS ESTRUCTURAS DE MORBILIDAD SEGUN CLASIFICACION CIE-OMS.	68
I.1. Características generales.	
I.2. Las desigualdades regionales.	95
II. PERFILES REGIONALES DE MORBILIDAD	
II.1 Condiciones de evitabilidad y desigualdades regionales.	109
II.2 Desigualdad regional: Acceso diferencial a la salud.	118
II.3 Determinantes socio-económicos de los patrones de morbilidad: Un caso de asociación epidemiológica	126

## TERCERA PARTE

CONCLUSIONES	145
--------------	-----

## ANEXO

CODIGOS DE LOS PADECIMIENTOS AGRUPADOS SEGUN LOS TRES REAGRUPAMIENTOS PROPUESTOS.	149
MAPA DE ANTIOQUIA Y SUS REGIONES.	156
BIBLIOGRAFIA.	157

## INTRODUCCION.

La desigualdad social ante la salud y la muerte se expresa a nivel social mediante evidentes diferencias no sólo en cuanto al acceso a los servicios de salud, sino fundamentalmente, por diferencias cualitativas y cuantitativas en los procesos mórbidos. Tal desigualdad social se hace más evidente en las regiones donde se dan de manera directa las relaciones entre Hombre y Naturaleza, las cuales están determinadas por aspectos histórico-sociales. El presente estudio busca identificar cómo se distribuyen las condiciones de salud en las distintas regiones de Antioquia, Colombia en la década de los ochenta. Para ello, se toma como base la morbilidad por egreso hospitalario bajo el reconocimiento de que, a pesar de ser una pequeña parte de los procesos mórbidos, expresa las diferencias en las condiciones de salud y, por tanto, debe ser considerado como parte importante de un Perfil Epidemiológico.

En la primera parte del trabajo se señalan los principales elementos teórico-metodológicos que se han tenido en cuenta para el análisis de las diferencias regionales en lo que se refiere a las condiciones de salud expresadas por morbilidad hospitalaria en el Departamento.

Se parte de la idea de que el desarrollo desigual del capitalismo se expresa en el proceso salud-enfermedad con diferencias cualitativas y cuantitativas, las que se evidencian por regiones. Por ello, se asume la regionalización del Departamento como una de las principales herramientas metodológicas ya que se considera a la región como la categoría analítica que permite reconstruir los espacios sociales y abordar el análisis de esta parte de la morbilidad. Además, se seleccionan las propuestas de agrupamiento de las patologías que permiten comparar los resultados con los de otros estudios y que ayudan al conocimiento del modo en que la morbilidad está relacionada con las diferentes condiciones

materiales de vida predominantes en las regiones.

Tratándose de un estudio que aborda la problemática de la morbilidad en el Departamento, se considera importante conocer las principales características de los estudios de morbilidad a nivel general y de Antioquia en particular. En tal sentido en la primera parte del trabajo; se desarrolla a manera de antecedente y justificación, la discusión respecto a la validez, alcances y limitaciones de estos estudios y la revisión de los principales estudios de morbilidad publicados en Antioquia, poniendo énfasis en los objetivos, hallazgos e implicaciones de tales informes. De igual manera, se hace el planteamiento del problema y la formulación de los objetivos del estudio que se propone.

Tal como se dijo anteriormente la parte teórico-metodológica comprende la exposición de los principales elementos teóricos respecto a la categoría "región" y la revisión de algunos elementos del análisis socio-económico del Departamento, que posibilitan la elaboración de la propuesta de delimitación regional.

En esta parte también se discuten las posibilidades de trabajar los agrupamientos de morbilidad con información secundaria, se seleccionan las propuestas metodológicas que más aportan con respecto a los objetivos propuestos y se presentan elementos para la evaluación de los datos.

En la segunda parte, se presentan los resultados y el análisis de las características generales de la morbilidad hospitalaria del Departamento, según la clasificación CIE-OMS, las condiciones de evitabilidad y los perfiles regionales de morbilidad hospitalaria según asociación con distintas condiciones materiales de vida. La tercera parte recoge las principales conclusiones a que se llegó en el trabajo.

Como puede apreciarse, lo que se intenta a lo largo del estudio es el análisis de la desigualdad regional, tomando en cuenta la morbilidad atendida en los centros hospitalarios que dependen del Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Ello excluye la morbilidad por demanda de atención de otros servicios, la que se atiende en las instituciones privadas y la de aquellos que no

tienen acceso a las instituciones por condicionamientos socio-económicos o los que por razones de orden ideológico optan por otras alternativas para resolver sus problemas de salud.

Pese a que se trata sólo de una parte de la morbilidad, se considera que el estudio tiene validez por cuanto permite conocer una parte de los problemas de salud y su articulación con las condiciones materiales de vida, porque indica, de manera general, cómo se comporta la morbilidad de cada una de las regiones de Antioquia y permite recoger en la práctica de investigación, propuestas que sugieren la reconstrucción de hechos epidemiológicos con información secundaria.



## PRIMERA PARTE.

### ASPECTOS TEORICO-METODOLOGICOS

#### I. ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

##### I.1. Características de los estudios sobre morbilidad.

A partir de la década de los sesenta se ha profundizado en el análisis respecto a las repercusiones de la organización social en la situación de salud-enfermedad de la población. Al calor de este proceso han surgido corrientes teórico-prácticas que cuestionan la concepción dominante de salud, enfermedad y muerte como fenómenos esencialmente biológicos, individuales y opuestos. Dicha corriente ha contribuido al entendimiento de la salud-enfermedad como un proceso colectivo determinado por la organización de la sociedad y a definir la epidemiología como "la ciencia que busca explicar la determinación y la distribución social de la enfermedad y de la salud".<sup>1</sup>

Lo anterior se basa en que si bien es cierto que tradicionalmente la epidemiología se ha definido como "el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre", cae en el reduccionismo al entender la distribución como la descripción "del estado de salud en términos

---

<sup>1</sup> Asa Cristina Laurell. "Introducción" a Clases sociales y enfermedad. de Mario Timio, México, Nueva Imagen, 1979.

de edad, sexo, raza, geografía, etc" y, la determinación como "la interpretación de la distribución en términos de posibles factores causales"<sup>2</sup>; además de que identifica el objeto de estudio epidemiológico como el señalamiento de factores que, aunque intervienen en la generación de algunos procesos mórbidos, no bastan para la explicación de los procesos estructurales por los que se generan ciertas condiciones colectivas de salud-enfermedad.

De igual manera, el establecimiento de las diferenciales en la distribución de la salud-enfermedad se aborda comúnmente como el reconocimiento de diferencias entre grupos humanos definidos con base en criterios de estratificación tales como el ingreso, la educación, etcétera, perdiendo de vista la esencia misma de la distribución social del hecho epidemiológico, sólo posible de aprehender desde una teoría que articule dialécticamente los distintos procesos sociales.

Si bien, la materialización última del proceso salud-enfermedad se expresa en los individuos, caracterizados "sanos" o "enfermos", ello no es más que la concreción del proceso colectivo de producción y reproducción de las relaciones sociales en todas sus dimensiones. Desde el punto de vista de la epidemiología crítica, este proceso es el que más debe interesar al epidemiólogo.<sup>3</sup> Y por ello para avanzar en la comprensión del objeto de estudio epidemiológico ésta corriente de pensamiento se apoya en el materialismo histórico, buscando reconstruir los procesos epidemiológicos y desentrañar la esencia por la cual se generan y mantienen determinadas formas de enfermar, sanar y morir en una sociedad en general y, en determinados grupos sociales en particular.

En tal sentido se ha propuesto como categoría analítica básica la reproducción social que, como materialización concreta del

---

<sup>2</sup> Brian Mac-Mahom. Principios y métodos de la epidemiología, 2a ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1976.

<sup>3</sup> Jaime Breilh. Epidemiología, economía, medicina y política, México, Fontamara, 1986, P.43-67.

desgaste y reposición de las clases sociales en el capitalismo, permite análisis más objetivos e integradores de la realidad, en tanto que demarca perfiles específicos de salud-enfermedad. Así mismo, se han propuesto otras categorías analíticas que permiten distintos niveles de acercamiento al problema; entre ellas se plantea la región, entendida como la delimitación territorial de determinadas relaciones sociales, la cual se considera de gran utilidad en algunos estudios de morbilidad.

Aunque en general los estudios de morbilidad brindan información sobre los estados de enfermedad que se dan en ciertos grupos de la población, se considera que presentan limitaciones para aprehender los problemas dado que, en la mayoría de los casos, recogen los datos con el criterio de señalar daños físico-individuales y presentan los resultados de forma agregada con lo cual impiden reconocer las especificidades de la distribución de la salud-enfermedad. Pese a lo anterior, la epidemiología crítica plantea la posibilidad de avanzar de lo individual a lo colectivo (sin asumir esto último como suma de características particulares); reconstruyendo la información sobre morbilidad como proceso, como concreción de condiciones histórico-sociales concretas.<sup>4</sup>

Al rescatar estos datos como indicativos de procesos sociales amplios, como hechos epidemiológicos que expliquen las formas de enfermar y de morir socialmente diferentes, es posible contribuir al establecimiento de una práctica médica radicalmente diferente a la que impera hoy. Y es, justamente en este marco en el que busca inscribirse este estudio de las diferencias regionales de la morbilidad hospitalaria en Antioquia. Se considera que no basta con tener la información respecto a las patologías por las cuales la población demanda atención médica, sino que es interesante profundizar en ellas y conocer cómo se articulan a las diferencias sociales y económicas existentes entre las regiones.

---

<sup>4</sup> Breilh, J. Op. cit. pg. 43-67.

## I.2. La Morbi-Mortalidad en Antioquia. Principales Fuentes de Información y Nivel de Descripción de los datos.

La información de morbi-mortalidad del Departamento se conoce especialmente por publicaciones oficiales, Planes Seccionales de Salud, Anuarios Estadísticos del Departamento, Boletines Epidemiológicos presentados por la Secretaria de Salud Municipal y Departamental, entre otros. Así mismo, se divulgan informes de investigaciones específicas realizadas fundamentalmente por la Escuela Nacional de Salud Pública con sede en Medellín.

Los informes de morbilidad y mortalidad de Medellín dependen directamente de la Secretaría Municipal y condensan, en cada plan de salud, información respecto a los egresos registrados en instituciones estatales y privadas especificando tipo de servicio (Medicina interna, Cirugía, Atención obstétrica, Pediatría, etc).

La información anterior presenta niveles de desagregación que hacen factible conocer, para algunos servicios, la disposición de recursos con que se cuenta (camas físicas, camas día disponibles y camas ocupadas), recursos humanos disponibles para cada servicio (número de médicos, enfermeras, odontólogos, etc. en cada institución), número de egresos hospitalarios, porcentaje ocupacional, etc.

La morbilidad se presenta en cuadros estadísticos que informan de:

- Casos nuevos de notificación obligatoria por patología registrada según grupo etáreo y sexo.
- Diez primeras causas de morbilidad registrada en servicio de urgencia según grupos de edad.
- Población atendida en servicios de consulta externa según sexo y edad.
- Morbilidad atendida en cada una de las Unidades Intermedias y Centros de Salud según sexo, edad y las comunas a las que pertenece cada institución de salud.
- Número de consultas en programas específicos.

(Planificación familiar, salud oral, inmunizaciones, etcétera).

- Tipo de atención prestada, cobertura y otras características.

La estructura administrativa del Sistema Seccional de Salud establece los siguientes niveles de atención de acuerdo a las condiciones de prestación de servicios:

- Nivel de atención básico I.

A él corresponden las unidades de prestación de servicio de primer nivel y en el que están inscritos: Puestos, centros de salud y hospitales locales de mínima complejidad.

- Nivel secundario II.

Que tiene su base de atención en los hospitales regionales y cuya principal característica parece ser la alta complejidad que implica la prestación de servicios médicos, orientada a las especialidades entre las que destacan: Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría.

- Nivel de alta complejidad tecnológica III.

A la cual corresponden las instituciones que atienden subespecialidades clínicas e investigación y que se asigna a hospitales universitarios u otros niveles de máximo desarrollo tecnológico (más amplia información en "Sistema Nacional de Salud. SSSA. Manual de Capacitación. Medellín, 1986, pg. 6-9).

En el nivel departamental, los planes de salud diferencian las siguientes regiones en el Departamento (Meseta, Porce Nus, Oriente, Ancón Sur, Suroeste, Occidente, Valle de Aburrá, Magdalena Medio, Bajo Cauca y, Urabá) y disponen de planes para cada una de ellas. La información de las condiciones de salud que presentan los planes regionales de salud es mucho más detallada en Medellín que en las regiones del resto del Departamento.

Al revisar detalladamente los planes de salud se observa que en ellos predominan criterios que, más que identificar los problemas de salud-enfermedad específicos de cada región, sus causas y señalar las prioridades existentes, se orientan a indicar la cantidad de servicios de salud prestados y a demandar del Estado

recursos físico-humanos y presupuestales. Con estos propósitos meramente administrativos y basados en la cuantificación de servicios y recursos, destacan en estos planes de salud fundamentalmente tres aspectos:

**A. Situación Regional.** Que comprende el señalamiento de algunos datos demográficos (tamaño de la población, tasas de fecundidad, mortalidad, migración, etcétera) y de algunas características socio-económicas o como corrientemente se denominan **factores condicionantes** que se refieren a aspectos tales como: abastecimiento de agua, recolección de basuras, plazas de mercado, características físico-ambientales de la región y, niveles de escolaridad con lo cual supuestamente se da cuenta de lo "social" y si bien, son elementos importantes de un diagnóstico de este tipo; se considera que son insuficientes y deben estar articulados en el análisis de los aspectos determinantes de las condiciones de salud-enfermedad de cada región.

**B. Diagnóstico de salud.** Que describe la morbi-mortalidad en cuadros estadísticos que indican las diez primeras causas de enfermedad y de muerte según grupos de edad, sexo y lugar de residencia diferenciando:

- Principales causas de morbilidad general.
- Principales causas de morbilidad por consulta externa.
- Principales causas de morbilidad por consulta hospitalaria.
- Principales causas de mortalidad general.
- Principales causas de mortalidad específica: materna, infantil, hospitalaria.

Además, se presentan gráficos y cuadros estadísticos que señalan la presencia de algunas patologías que requieren de programas de atención especial en algunos grupos de la población, es el caso de las enfermedades venéreas en la regional de Occidente, y la desnutrición en Urabá.

Como puede verse en el siguiente apartado, la descripción es tan general que no permite un acercamiento a las condiciones

diferenciales de salud ya que trabaja exclusivamente sobre las diez primeras causas y no dispone de otra información que permita desentrañar el cómo y el por qué de la estructura de morbilidad regional, además impide develar las especificidades de la distribución de la salud-enfermedad pues trabaja casi exclusivamente con tasas que, en tanto promedios, ocultan estas diferencias.

**C. Evaluación de servicios.** Con el objeto de conseguir recursos y de proponer la aplicación de medidas administrativas para resolver algunos problemas de salud, se centra la elaboración del plan en la descripción de recursos disponibles y por demandar. De esta forma se presenta una descripción más o menos extensa de indicadores como:

- Número de médicos, enfermeras, promotores, etcétera y su proporción con respecto al número de habitantes.
- Características físicas de las instituciones, del instrumental, etcétera.
- Disposición y planeación de servicios, programas.

I.3. Características específicas de la morbi-mortalidad en Antioquia.

Los estudios de la situación de salud a nivel nacional se han basado fundamentalmente en dos indicadores: la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer.

Esperanza de vida al nacer.

De acuerdo al Estudio Nacional de Salud<sup>5</sup> entre 1966 y 1981, se registra en el país una ganancia de 6.0% en la esperanza de vida; ello es, un cambio durante el período de 58.6 a 62.1 años.

Como lo indica el cuadro 1, esta ganancia es diferencial en las distintas regiones del país. Cuando en 1981 las regiones

---

<sup>5</sup> Luis H.Ochoa, et al. La mortalidad en Colombia. Tendencias y diferenciales 1963-1983., Bogota-Colombia, 1983.

Oriental, Atlántica y Bogotá tenían una esperanza de vida al nacer de 63 años aproximadamente, en la región Central era de 61 años y de 57 en la Pacífica.

Concretamente en el caso de Antioquia (que pertenece a la Región Central) la zona de Medellín es la que registra mayor esperanza de vida (64.0 años), mientras el resto del Departamento con 61.9 años, apenas supera la subregión de Tolima y Huila.

#### Mortalidad Infantil.

Según el mismo estudio; este indicador señala para el período considerado anteriormente, un descenso de casi 25%, pues se pasó de una tasa de 81 por mil en 1966 a una de 61 en el año 81. Bogotá y las regiones Atlántica y Oriental presentan las más bajas tasas, le sigue la región Central con 62 por mil y la Pacífica, que mantiene la más alta tasa del país (89 por mil). En la región central, Medellín presenta en 1981 la menor tasa de mortalidad infantil (52.4 por mil), mientras el resto del Departamento registra una tasa de 58.7 por mil nacidos vivos (cuadro 1)

Cuadro 1.

Colombia: Esperanza de vida al nacimiento y mortalidad infantil según regiones y subregiones.

REGIONES	ESPERANZA DE VIDA (en años)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil)
TOTAL PAIS	62.1	60.9
ATLANTICA	63.2	56.6
ORIENTAL	64.2	53.5
PACIFICA	57.0	89.2
BOGOTA	65.6	45.3
CENTRAL		
TOTAL	61.5	61.9
MEDELLIN	64.1	52.5
ANTIOQUIA		
(sin Medellín)	61.9	58.7
CALDAS, RISARALDA		
Y QUINDIO	63.1	52.5
TOLIMA Y HUILA	58.2	81.0

FUENTE: Ochoa, Luis H. et al. La mortalidad en Colombia. Estudio Nacional de Salud Vol 3; Bogotá, 1983. Pág 32.



A pesar del mejoramiento de las condiciones de salud que se ha señalado, cuando se compara la tasa de mortalidad infantil con la registrada en otros países de Latinoamérica se observa cómo tales niveles resultan altos con respecto a las tasas registradas para 1980 en países como Argentina (45 por mil), Chile (40), Panamá (47), Uruguay (46) y Venezuela (45). Igual sucede con la esperanza de vida al nacer que señala niveles superiores en países como: Argentina (69 años), Brasil (64), Chile (66), Cuba (72), Costa Rica (70), México (65), Panamá (70), Uruguay (69) y Venezuela (66).<sup>6</sup>

#### Mortalidad por causa.

En el análisis institucional de este indicador, existe un relativo consenso respecto a que es evidente un proceso de transición epidemiológica en el país que se expresa en una paulatina reducción de algunas enfermedades asociadas con el subdesarrollo como las infecciosas, parasitarias, respiratorias agudas, crónicas afectadas por deficiencias de saneamiento ambiental, de la desnutrición, etcétera, y por el aumento de las patologías propias de sociedades desarrolladas como las tumorales, cardiopatías, accidentes, etcétera. (cuadro 2).

---

<sup>6</sup> Coplamar. Las necesidades esenciales en México. México, Siglo XXI, 1982, p. 33-34.

Cuadro 2.

COLOMBIA: Tasas de mortalidad para el total de la población según principales causas (51 grupos-CIE) y número de orden. Tasas por millón.

PRINCIPALES CAUSAS	AÑO, ORDEN Y TASA							
	1973		1975		1977		1981	
INFECC-INTESTINALES	1	991	1	761	1	673	7	340
TUMORES MALIGNOS	3	577	3	598	2	619	1	650
INFECC. RESPI. AGUD	2	750	2	624	3	533	6	350
OTRAS ENF. CORAZON	4	518	4	515	4	480	2	480
ENF. ISQUEMICAS	5	448	5	514	5	475	3	430
OTROS ACCIDENTES	8	336	8	307	7	289	8	290
HOMICIDIOS	-	--	-	--	8	281	5	370
RESPI. CRONICAS	7	394	7	335	9	250	-	--
OTRAS PERINATALES	10	254	10	238	10	213	9	220
DEFIC. NUTRICIONALES	9	323	9	273	-	--	-	--
ENF. HIPERTENSIVAS	-	--	-	--	-	--	10	210

FUENTE: Bayona, Alberto y Pabón A. La mortalidad en Colombia vol 2. Estudio Nacional de Salud, Bogotá 1983. pág 39.

Sin pretender discutir profundamente la teoría de la Transición Epidemiológica, cuestión que excede los objetivos de este trabajo, se considera importante referir algunas ideas respecto a la afirmación anterior. El planteamiento de la transición epidemiológica se basa en la concepción de que las condiciones económicas, sociales y políticas en que se desenvuelve la sociedad, recorren un proceso ascendente por el que se cualifican los factores de desarrollo social y en tal sentido coincide con la base de la teoría de la transición demográfica.

En el caso de la salud-enfermedad, dicha transición se materializa en el cambio de un momento de alta mortalidad, baja esperanza de vida y predominio de enfermedades infecciosas, parasitarias, respiratorias, carenciales, etc; denominado período de pestilencias y hambrunas, a otro período caracterizado por el descenso de la mortalidad causada por pandemias, incremento en la esperanza de vida y el predominio de enfermedades degenerativas

y las producidas por el hombre.

Interpretaciones desarrollistas como esta, oscurecen el análisis regional que como se ha planteado, pretende dar cuenta de las condiciones económicas, sociales, políticas, etc, que le dan especificidad propia a las regiones y que determinan sus estructuras de morbi-mortalidad. En el caso de Antioquia si bien, existe una complejización en la estructura de morbi-mortalidad, en tanto que algunas enfermedades asociadas con el desarrollo del capitalismo tienen mayor incidencia, no es cierto que las infecciosas y similares estén perdiendo importancia al ser superadas por las primeras. Además, cuando se hacen los análisis según la región se observan diferencias importantes.

Finalmente, se considera incorrecto el planteamiento de que la transición epidemiológica<sup>7</sup> está determinada por tres grupos de factores: Los ecobiológicos y socio-económicos, los culturales y, la tecnología médica, ya que por un lado éstos no son simples factores que puedan ubicarse en el mismo nivel de determinación y por otro, porque no es cierto que en general dichas condiciones vayan mejorando progresiva y linealmente en el tiempo y menos aun, que la tecnología médica sea el principal factor por el que en países como Colombia se hayan operado cambios en los perfiles de morbi-mortalidad.

De los planes de salud en el Departamento parece importante rescatar los siguientes datos que se presentan como indicadores del estado de salud de la población.

#### Mortalidad general.

Considerando el período 1978-1982, se señala un comportamiento más o menos similar de esta tasa de mortalidad (5.93 por mil habitantes). Al hacer el análisis regional destacan por sus altas tasas, las regionales del Magdalena medio y Porce Nus (ver cuadro

---

<sup>7</sup> Omran Abdel R. La transición epidemiológica. 1971. documento fotocopiado.

3). En general la tasa de mortalidad infantil muestra un claro descenso; pasó de 46.57 en 1978 a 32.66 por mil en 1982. Sin embargo, a excepción de Valle de Aburrá y Occidente, las demás regiones superan el promedio departamental, las más altas tasas se presentan en Bajo Cauca y Porce Nus.<sup>8</sup>

Cuadro 3.

ANTIOQUIA: Tasas de mortalidad general según regiones. 1980-1982. Tasas por mil.

REGIONALES	1980	1981	1982
LA MESETA	7.2	7.4	7.1
PORCE NUS	7.3	7.4	7.6
ORIENTE	6.4	6.0	5.8
ANCON SUR	6.3	6.6	6.2
SUROESTE	6.7	6.4	6.3
OCCIDENTE	5.1	5.2	5.3
VALLE DE ABURRA*	4.6	4.8	4.8
MAGDALENA MEDIO	6.1	6.2	5.8
BAJO CAUCA	8.1	9.2	9.9
URABA	6.2	5.9	5.6
TOTAL	6.0	6.0	5.9

\* no incluye a Medellín.

Fuente: Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Plan Seccional de Salud 1983-1986. Medellín, 1983, pág.25.

#### Mortalidad Hospitalaria.

Para 1982 en el total del Departamento, exceptuando a Medellín, se registran como primeras causas de mortalidad ocurrida, mientras se recibía atención hospitalaria, las siguientes:

1. Causas de morbi-mortalidad perinatales.
2. Otras formas de enfermedad del corazón y de la

---

<sup>8</sup>. Para más detalle ver: "Plan Seccional de salud. 1983-1986", Sistema Nacional de Salud- Servicio Seccional de Salud, Medellín 1983, p. 28.

- circulación pulmonar.
3. Enfermedades cerebro-vasculares.
  4. Neumonías.
  5. Paludismo.

#### Morbilidad por Consulta Externa.

Para 1981 se registran como primeras causas aquellas que corresponden a programas prioritarios en los servicios de salud: Enfermedad de los dientes y sus estructuras de sostén 8.8% y control de embarazo normal 8.0%. En tercer lugar las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo 4.7%; le siguen las enfermedades de los órganos genitales 4.5%, Infecciones respiratorias agudas 4.5%, laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos 4.2%, enteritis y otras diarreicas 4.1 %.

Detallando esta información en las diez regiones que se establecen, se observa cómo el control de embarazo es superado por la enteritis y otras diarreas en Occidente y el paludismo representa la primera causa de consulta externa en Urabá y Bajo Cauca.<sup>9</sup>

#### Morbilidad Hospitalaria.

Al igual que en la información de morbilidad por consulta externa, para los egresos hospitalarios, se considera el parto normal como causa de morbilidad; la enteritis y otras diarreas 26.6% es la segunda causa y le siguen abortos y neumonías. El paludismo figura entre las diez causas en el perfil general del Departamento y como primer lugar en el grupo de edad de 5 a 14 años.

A nivel de las regionales se observa que la primera causa de egreso hospitalario es el parto normal, a excepción, de Bajo Cauca

---

<sup>9</sup>. Plan Seccional de Salud 1983-1986. Op cit. pg. 32.

donde el paludismo ocupa ese puesto.<sup>10</sup>

Con base en lo anterior, se considera que, dado el nivel de descripción con que se presenta la información de morbilidad de Antioquia, se hace necesario profundizar en las diferenciales regionales de la morbilidad a partir de los perfiles patológicos regionales que se entienden como la descripción de la morbilidad en cada región y, presentar los resultados en un marco explicativo más amplio que de cuenta de la forma en que se articulan los procesos sociales al desarrollo de la salud-enfermedad. En el caso de este estudio se trata de la morbilidad captada en todos los hospitales de Antioquia, que dependen directamente del Servicio Seccional de Salud de Antioquia para el período 1980-1985.

---

<sup>10</sup>. Plan Seccional de Salud 193-1986. Op cit. pg. 37.

## II. ASPECTOS METODOLOGICOS.

### II.1. Objetivos

Considerando que es necesario profundizar en el conocimiento que se tiene de la morbilidad en Antioquia, desde un enfoque que contribuya a modificar algunas concepciones y prácticas con respecto a la salud-enfermedad, se plantean los siguientes objetivos:

#### Objetivo General.

Aportar al conocimiento de los perfiles patológicos regionales de Antioquia históricamente determinados por sus desiguales condiciones socio-económicas.

#### Objetivos específicos.

a. Caracterizar epidemiológicamente las distintas regiones del Departamento de Antioquia, tomando como base la morbilidad por egreso hospitalario.

b. Establecer la relación entre los perfiles patológicos por egreso hospitalario y las condiciones materiales de vida predominantes en las regiones.

### II.2. Conceptos.

II.2.1. La región como categoría analítica viable en los estudios epidemiológicos.

II.2.1.1 El concepto de región y la planificación regional.

Actualmente algunos estudiosos de las ciencias sociales y planificadores del estado, en un intento por aportar al

conocimiento y resolución de distintos problemas sociales, han tomado el espacio o región<sup>11</sup> como categoría analítica útil para abordar algunos problemas entre los cuales se incluye la salud-enfermedad. Si bien es cierto que la discusión desde distintos puntos de vista ha estado al orden del día, en general pueden identificarse dos posiciones principales:

La primera, aunque no de manera exclusiva, se expresa básicamente desde la esfera de las instituciones oficiales, y se orienta a resolver los problemas de la planeación y de la ejecución de políticas. Y la otra, que se ha expresado más desde los círculos académicos, pretende dar alguna aportación en la resolución teórico-metodológica de la investigación social.

La primera posición surgió en América Latina, particularmente en Colombia, a partir de la década de los sesenta a la luz de las concepciones desarrollistas en auge en ese momento. Su propuesta de análisis regional se basa en la consideración de que la región es el espacio geográfico donde se evidencian los desequilibrios del desarrollo demográfico, económico, social, y ante los cuales se sugieren estrategias que garanticen el desarrollo a través de políticas de estabilización.

El punto de partida para interpretar las diferencias regionales es reconocer la existencia de rupturas marcadas entre lo urbano y lo rural o entre zonas "atrasadas y deprimidas" (de baja productividad, con importantes deficiencias en servicios y ligadas básicamente a formas no capitalistas de producción), y zonas avanzadas cuyo proceso de desarrollo se constituye en parte fundamental de la organización capitalista; denominadas "polos de

---

<sup>11</sup>. Al parecer, no existe homogeneidad en la denominación de la región pues, mientras algunos autores utilizan, indistintamente el término territorio, espacio o región, otros proponen diferenciar cada concepto. En este trabajo se asume espacio o región como categoría analítica que da cuenta de la articulación de distintos procesos sociales. Y territorio en referencia a la delimitación geográfica.



desarrollo".

En la práctica política, estos enfoques dominantes buscan delimitar el accionar político del estado en los distintos espacios y se materializan en las políticas de planificación regional que, aunque no parten de una reflexión con respecto a la determinación de los procesos regionales, señalan algunos elementos que muestran las diferencias regionales en aspectos sociales. Las políticas de planificación regional, proponen su abordaje a partir de la selección de algunos indicadores socio-económicos, y buscan reorientar los aspectos relacionados con la ocupación del suelo, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios,<sup>12</sup> incentivando el crecimiento económico de las regiones "atrasadas", lo cual, no se traduce necesariamente en la modificación de las condiciones económicas y sociales de los habitantes de la región, ya que la composición de clases sociales cuyos antagonismos se reproducen a pesar del "desarrollo" es característica de ésta.

Una somera revisión a los últimos planes regionales en el país permite apreciar que a pesar de que las propuestas de desarrollo han sido diferentes, tienen como hilo conductor de su análisis, el reconocimiento de las diferencias regionales como expresión de deficiencias en el ordenamiento económico y demográfico y sugieren que, con la aplicación de correctivos político-administrativos, es posible transformar "el desarrollo desequilibrado en armonioso".<sup>13</sup>

Mientras en la década de los sesenta se buscó claramente frenar la migración hacia las ciudades e impulsar el desarrollo económico en el campo mediante la reforma agraria (ver plan de desarrollo 1966-1970), en los inicios de los setenta se puso

---

<sup>12</sup>. Edgar Forero. Región como proceso económico, en revista Economía Colombiana, No 151, Colombia, 1983, p.39-44.

<sup>13</sup>. Ramiro Cardona. La planificación un tigre de papel, en revista Economía Colombiana, No 151, Colombia, 1983, p. 66-69.

énfasis en el desarrollo urbano; impulsando la construcción en estas zonas, asumiendo incentivos sociales y económicos para los "polos de desarrollo" como factor clave del desarrollo capitalista.<sup>14</sup>

En la posterior administración, dado el agudo enfrentamiento entre el Estado y sectores de la población que luchaban por la prestación de servicios públicos de salud, educación, vivienda, etcétera, surgió nuevamente la preocupación por la alta concentración de población en las principales ciudades y la necesidad de frenar la confrontación en el campo con medidas de tipo social y político. En tal sentido se formuló en estos últimos años, en materia de desarrollo regional, la descentralización administrativa y financiera. Si bien, al proceso de descentralización es preciso analizarlo con más detalle, se puede afirmar que a pesar del discurso, en la práctica, esta política es cuestionable pues más que impulsar el desarrollo autónomo de las regiones, conduce a prolongar y profundizar las desigualdades existentes que no son superables con la ejecución de políticas de control ya que tienen profundas determinaciones que le marca la organización social.<sup>15</sup>

Los aportes que bajo la óptica de investigación tratan de dilucidar la validez de los estudios regionales, parten en lo fundamental, de retomar los desarrollos teóricos del marxismo con respecto al desarrollo desigual del capitalismo en la etapa imperialista a nivel mundial y a los análisis de la formación social. En general, se observa en ellos coincidencia al proponer la región como el espacio determinado por las relaciones sociales y concreto a partir de sus características históricas, culturales, organizativas, de su composición social, de los procesos económicos específicos y de lo político. Al reconocer la región como expresión

---

<sup>14</sup>. Departamento Nacional de planeación. Las cuatro estrategias, Bogotá, 1972, P.IX.

<sup>15</sup> Departamento Nacional de planeación. Plan para cerrar la brecha y Plan de Integración Nacional. Bogotá, 1980.

concreta de los procesos sociales, parten del convencimiento de que si bien estos procesos están enmarcados en los de producción y reproducción del capital, tienen especificidades que identifican a la región y sobre las cuales parece importante el análisis.

Profundizar respecto a estas especificidades hace posible distinguir analíticamente una región de otra<sup>16</sup> y, más que ello, acercarse a la comprensión de las diferencias socio-económicas y políticas en el interior de las regiones en cuanto problema de clases sociales.

El ámbito territorial no es solo un espacio geográfico determinado. Es una delimitación específica de la sociedad. Expresa unas relaciones de producción, una forma de aplicar la tecnología a la naturaleza, una tradición cultural, una red de relaciones de poder, una histórica y una práctica cotidiana. Pero el conjunto de esas expresiones no es la reproducción en pequeño de lo que es la sociedad global "en grande"; es una expresión específica según el desarrollo histórico del conjunto de esos procesos en el ámbito territorial determinado. De ahí que la experiencia de la vida en cada municipio sea un mundo propio irreductible y, una generalización abstracta. Ese concreto municipal puede ser entendido a partir de la combinación de una serie de factores que configuran el conjunto de sociedades locales.<sup>17</sup>

Estas corrientes al considerar la desigualdad regional como consecuencia de la organización social capitalista no pretenden formular propuestas que busquen la homogeneidad de las regiones, sino profundizar en las causas de la existencia de estas: El desarrollo desigual del Capitalismo.

El espacio es entendido como dimensión de la realidad material, de la reproducción social; no es pues simple escenario donde suceden los procesos sociales, donde se asientan las clases

---

<sup>16</sup> Gonzalez de Olarte. Modo de producción y región. p. 60-132, 1985, Documento fotocopiado.

<sup>17</sup> Manuel Castells. Crisis urbana y cambio social. 3a. ed., México, Siglo XXI, 1985, p. 298.

en alianza o en pugna o, demarcaciones físicas de las cuales se puedan extraer determinados hechos (datos) para el análisis.<sup>18</sup>

"En tanto dimensión material de la realidad, la región se muestra como complejo proceso social de relaciones".<sup>19</sup>

#### II.2.1.2. Propuestas de delimitación regional.

Mientras las propuestas oficiales o más cercanas a ellas, insisten en delimitar las regiones teniendo como base la división político administrativa existente; las posturas alternas parten de reconocer las limitaciones teórico-metodológicas para demarcar rigurosamente el territorio dada la complejidad de los procesos allí involucrados y señalan de manera importante algunos elementos:

El territorio se asume como región, cuando se define a partir del establecimiento de las relaciones sociales que le determinan, cuando evidencia en él, el problema de las clases con su expresión económica, política y geográfica.<sup>20</sup>

De esta forma, se sustenta la delimitación regional en función del análisis concreto de las especificidades de la reproducción social, en su dimensión espacial, y de las relaciones entre espacios diferenciados o lo que es lo mismo de "la heterogeneidad cualitativa y cuantitativa de las relaciones sociales que las crean". "Los límites regionales no pueden ser reducidos a definiciones apriorísticas. La demarcación territorial debería acercarse lo más posible, al espacio físico en el cual se establecen las relaciones sociales y, el límite entre regiones estaría fijado en el momento en que conjuntos de relaciones sociales ubicadas en cierto espacio geográfico entran en

---

<sup>18</sup> Alain Lipietz. El capital y su espacio, México, Siglo XXI, 1979.

<sup>19</sup> Lipietz, A. Op. Cit., pg. 35.

<sup>20</sup> Forero, E. Op. Cit., pg 60.

contradicción con otros conjuntos de relaciones sociales ubicadas en otros espacios".<sup>21</sup> Lo anterior indica cómo las regiones están determinadas no sólo por la especificidad espacial, en cuanto procesos internos particulares de las regiones delimitadas, sino también por sus relaciones inter-regionales.

Respecto a la delimitación regional, destacan las siguientes propuestas, las cuales si bien tienen diferencias, pueden considerarse complementarias y de utilidad para estudios como el planteado en el que se busca un acercamiento en la detección de algunos problemas de salud, tomando como base de análisis esta categoría. González de Olarte, sugiere la identificación de regiones basandose en:

Existencia del mercado.

Vigencia de la ley del valor.

Reproducción espacial del capital.

Componente no capitalista de la producción

Presencia del estado.

Clases sociales espacialmente asentadas.<sup>22</sup>

Manuel Castells, plantea la posibilidad de desentrañar los factores que constituyen el territorio a partir de la identificación de las siguientes relaciones:

De producción. (¿Quién produce?, ¿para quien?, ¿que se produce?, ¿para que?, ¿quién paga?, ¿a quién?, ¿cuánto y cómo?, ¿con qué se produce y de qué depende que se produzca así?, ¿de dónde viene el capital y de dónde el trabajo?, ¿a dónde va la ganancia y ¿a dónde van los hijos de los trabajadores?, ¿cuáles son los instrumentos de producción?).

De distribución. (¿En que porcentajes se distribuyen los productos en la región y fuera de ella?, ¿por quién y cómo se apropia cada fracción de la riqueza socialmente generada?).

---

<sup>21</sup> Forero, E., Op. Cit., pg. 60.

<sup>22</sup> Forero, E. Op. cit. pg. 60.

De consumo. (Tipos de consumo y nivel de vida).

Fuerzas productivas específicas (Tipo de espacio físico, recursos, tecnología) y cultura, historia, etc.<sup>23</sup>

### **Propuestas de regionalización en el sector salud.**

La propuesta de planificación regional de los servicios de salud ha tenido impulso como el mecanismo que posibilita avanzar en la estrategia "Salud para todos en el año 2000" pretendiendo con ello superar la descoordinación existente entre las distintas instituciones de salud, así como evitar el despilfarro de recursos y el encarecimiento de servicios.

De esta manera se propone la regionalización de los servicios de salud con una clara orientación administrativa por medio de la cual se asignan recursos y servicios en el sector y cuyo principal instrumento es la "Descentralización Administrativa y Financiera". En el caso de Colombia y particularmente de Antioquia la regionalización de los servicios de salud planteada por la Secretaría de Salud Departamental, delimita en Antioquia las diez regionales con base en la orientación antes señalada y teniendo como principales criterios de delimitación la existencia de áreas con determinado tamaño, densidad poblacional por kilómetro cuadrado, vías de acceso, gasto per cápita y, en forma muy importante según la existencia de ciertos recursos de atención médica<sup>24</sup>.

En este punto parece importante reiterar una vez más que al análisis de la desigualdad regional es posible acercarse desde la óptica empirista en la cual las regiones son algo así como espacios neutros donde se asientan determinadas relaciones entre los hombres y las cosas o desde las posturas que rescatan la región como unidad

---

<sup>23</sup> Castells, M. Op. Cit., pg. 298-299.

<sup>24</sup> Departamento Administrativo de Planeación. La Jerarquización de centros urbanos y delimitación de las regiones., Medellín, 1982, documento fotocopiado.

dialéctica entre el "espacio geográfico y el espacio social"<sup>26</sup> cuya base, son las relaciones sociales más específicas y para lo cual es preciso partir del análisis de la formación social entendida esta como la compleja articulación de los modos de producción existentes, donde uno es dominante.

II.2.1.3. Elementos de propuesta en relación al objeto de estudio.

Como se ha señalado, la distribución espacial de la población no es producto del azar sino de condiciones histórico-sociales concretas. En formaciones económico-sociales como Colombia, tales condiciones se expresan mediante la diferenciación de regiones que son la materialización del proceso de acumulación de capital que se da mediante la existencia de formas no capitalistas de producción articuladas a las formas capitalistas que son dominantes. De esta manera, las condiciones de desarrollo del Departamento, que se corresponden con las exigencias del proceso de acumulación de capital del país y que están integradas a la economía mundial, tienen concreción en espacios diferenciables.

En el caso que nos ocupa, se asumen analíticamente las regiones como recortes de la realidad determinadas por las relaciones sociales que hacen factible la comprensión de la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad. Así, se delimitan a partir del análisis de los siguientes aspectos:

a. Actividades productivas dominantes, que implican formas particulares de organización social, distribución de la población, tendencias, etc.

b. Condiciones geográficas, disposición de recursos naturales, clima y otras condiciones ambientales las cuales no sólo explican determinadas características socio-políticas; sino también la

---

<sup>26</sup> Juan Luis Londoño, et al. Estructura y crecimiento de la economía Antioqueña en las últimas dos décadas. Colombia, 1980, p. 19-20, documento fotocopiado.

presencia de probables perfiles patológicos particulares.

c. Algunos aspectos demográficos y de morbi-mortalidad.

La regionalización que se propone del Departamento, más que la demarcación definitiva y rígida del territorio, lo que pretende es delimitar espacios que en términos generales se diferencian por condiciones socio-económicas y que permiten profundizar en el conocimiento de las condiciones de salud-enfermedad (ver mapa anexo).

De esta manera, se proponen los siguientes elementos de análisis.

## II.2.2. Delimitación Regional.

II.2.2.1. Características Socio-económicas del Departamento de Antioquia.

Existen en el Departamento varias propuestas de regionalización orientadas a los distintos sectores económico-sociales; las principales delimitaciones geográficas han sido elaboradas por el sector salud, educativo, ganadero y planeación departamental. En términos generales, ellas están diseñadas sobre la base del análisis de participación económica, de la presencia de algún o algunos municipios claves del desarrollo y bajo el supuesto de alcanzar, mediante políticas regionales, la equidad en la distribución de bienes y servicios.

Los elementos tomados en cuenta para alguna regionalización, tradicionalmente recuperan elementos de tipo económico, geográfico, ecológico o simplemente político-administrativo.

Las regionalizaciones elaboradas con base en criterios socio-económicos parecen ser las que más vigencia histórica han alcanzado en el desarrollo regional. Por lo anterior, se presentan a continuación los elementos socio-económicos que normalmente se han considerado como relevantes y que para los objetivos del presente estudio, pueden proporcionar elementos de juicio para obtener algunos criterios de diferenciación regional.

### II.2.2.1.1 Actividad Industrial.

La estructura económica de Antioquia se caracteriza por ser



principalmente industrial en proporción mayor al promedio nacional. Datos de 1978 indican que mientras en Antioquia la industria participaba con un 36.8% en el producto interno bruto departamental, a nivel nacional lo hacía con un 20.6% <sup>26</sup>. Por otro lado, la participación de la industria en la actividad económica ha aumentado significativamente entre 1960 y 1979 pasando de un 24 a un 34% a nivel departamental, y a nivel del país dicho aumento pasó de 18 a 19%.

La mayor industrialización como ya se dijo, en el contexto nacional, le ha dado a Antioquia una estructura económica altamente especializada. Esto puede observarse al comparar la proporción de una actividad cualquiera en Antioquia con respecto a la proporción Nacional. El Coeficiente de Localización Regional,<sup>27</sup> permite ver esta relación; a medida que el coeficiente toma valores mayores de uno, es indicativo de mayor especialización en todo el conjunto de la economía nacional. En otros términos, es exportadora regional; por el contrario, si toma valores menores al uno, quiere decir que la economía regional es dependiente, o que la producción es comparativamente menor en esa actividad a nivel nacional.

Según el cuadro 4 es clara la especialización de la economía antioqueña en la industria, energía y vivienda y se observa un repunte en minería y finanzas.

La alta especialización industrial trae como consecuencia una creciente dependencia de ésta a tal punto que la inestabilidad de la industria debido a su dependencia de las exportaciones afecta negativamente a todo el conjunto de la economía regional.<sup>28</sup> A su

---

<sup>26</sup> Londoño, Juan L. Op.cit. pg. 22.

<sup>27</sup> Coeficiente de localización regional, definido como:  
 $Q_{ia} = (P_{ia} / P_{iBa}) / (P_{it} / P_{iBt})$  donde:  $P_{ia}$  = Producto del sector i en Antioquia,  $P_{iBa}$  = PIB de Antioquia.  $P_{it}$  = producto del sector i en Colombia,  $P_{iBt}$  = PIB del país. (ver nota 27).

<sup>28</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Op. Cit.

vez, la especialización de la industria en sectores claves, muestra la estructura altamente especializada por sector tal como se ve en el cuadro 5. En él se aprecia la creciente especialización en productos de consumo corriente y la escasez en los bienes intermedios y de capital que, en el caso de la maquinaria, ha perdido importancia entre 1958 y 1977 pues, según su índice de especialización pasó de ser altamente abastecedor (2.16) a una situación de dependencia del resto de la economía nacional con un índice inferior a uno (.76)

Cuadro 4.

ANTIOQUIA: Coeficientes de Localización Regional.

SECTOR PRODUCTIVO	AÑOS		
	1960	1970	1978
Agropecuario	.53	.48	.4
Minería	.67	.55	1.30
Construcción	1.47	.36	.80
Industria	1.33	1.67	1.74
Transporte	.59	.63	.85
Comunicac	.83	.67	.94
Energía	1.75	1.14	1.25
Finanzas	.88	.71	1.02
Vivienda	2.67	1.96	1.54
Servicios	1.19	.99	.91
Comercio	1.00	1.27	.88
Gobierno	.72	.53	.67

Fuente: en Londoño y Uribe, 1980, Pág 21(28).

La concentración industrial se da principalmente en el Valle de Aburrá que para 1980, contaba con una población de 2.25 millones de habitantes donde Medellín aporta alrededor del 70% de dicha población.<sup>29</sup> El cuadro 6 detalla la contribución del Valle de Aburrá al PIB de Antioquia en la década de los setenta. Como puede

<sup>29</sup> Junta Metropolitana. Estructura y vocación económica del Valle de Aburrá. CIE. U de A., Medellín, 1970, p.23.

verse, la contribución del Valle de Aburrá oscila entre el 70 y el 77% lo que muestra no sólo la alta concentración sino la tendencia a la permanencia en el tiempo. Además de lo anterior, vale la pena destacar la poca dependencia del Valle de Aburrá con respecto al resto del Departamento para su desarrollo industrial. Tal es el resultado de un estudio realizado en 1971 con el objeto de analizar "hasta que punto Medellín ha podido contribuir a la expansión socio-económica del Departamento de Antioquia mediante el crecimiento de su sector fabril".<sup>30</sup>

Cuadro 5.

ANTIOQUIA: Cocientes de Localización en la Producción Industrial.

SECTOR PRODUCTIVO	AÑOS		
	1968	1967	1977
Alimentos	.61	.60	.52
Bebidas	.58	.78	.63
Tabaco	1.40	1.35	2.28
Textiles	2.89	2.97	3.01
Confeccción	1.34	1.48	1.51
Maderas	.51	.49	.33
Muebles	.61	.47	.75
Papel	.60	.63	.77
Imprentas	.90	.70	.61
Cueros	1.51	1.94	1.36
Caucho	.43	.47	.17
Químicas	.75	.67	.60
Petroderivados	.02	.04	.01
Cemento	1.33	1.12	1.06
Metal. Básicos	.08	.94	1.07
Productos Metálicos	.77	.67	.74
Maquinaria Mecánica	2.16	2.21	.76
Maquinaria Eléctrica	.05	.44	.46
Materiales de Trasptes	.48	.18	1.23
Diversos	1.42	1.49	1.15

Fuente: en Londoño y Uribe, 1980, Pág 25(28).

Según concluye C. Ibiza en su trabajo la industria de Medellín no depende de ninguna manera del resto del Departamento, ya que las

<sup>30</sup> Chislaine de R. Ibiza. Factores de localización industrial en Antioquia. CIE. U de A. Medellín, 1970, p.23.

materias primas, en más de un 80% de las fábricas encuestadas, provienen de fuera de Antioquia; la industria del Valle de Aburrá produce el 16% de insumos para la misma y del resto del Departamento proviene menos del 1% de ellos.

El resto de Colombia aporta el 51 y el exterior el 33% del total de materias primas consumidas por la industria del Valle de Aburrá.<sup>31</sup> Lo anterior no sólo apoya la afirmación hecha anteriormente respecto a la inestabilidad de la industria y su dependencia de factores externos, sino que también evidencia el hecho de que el resto del Departamento no obtiene beneficios socio-económicos por este factor de producción. La escasez de materias primas industriales, lo difícil de su explotación debido a la mala infraestructura en comunicaciones y transportes y la escasez de capital hacen que el resto del Departamento sólo tenga recursos humanos en abundancia aunque poco concentrados, lo que dificulta la formación de un mercado que demande productos industriales.

Cuadro 6.

ANTIOQUIA: PIB en Miles de Millones de pesos y la Contribución porcentual del Valle de Aburrá.

AÑO	ANTIOQUIA	VALLE DE ABURRA PIB	%
1970	20.9	14.4	68.9
1971	25.3	19.5	77.1
1972	31.0	23.0	74.2
1973	38.8	28.5	73.4
1974	48.1	35.4	73.6
1975	57.7	42.1	73.0
1976	80.8	56.6	70.0
1977	107.7	73.5	68.2
1978	134.7	95.5	70.9
1979	182.0	133.9	73.6
1980	244.8	169.1	69.1

Fuente: en Junta Metropolitana, 1983, Pág 48 (20).

<sup>31</sup> Ibiza, Chislaine de R. Op cit.

#### II.2.2.1.2 . Actividad Agrícola.

La actual estructura socio-económica de Antioquia obtuvo una importante definición a partir de la actividad agrícola minifundista, situación que se genera desde principios del siglo XVIII y que determina la distribución de la población con base en funciones de explotación agrícola y comercialización. Esta actividad tiene dos vertientes, la producción para la exportación y para el consumo básico.

El sector más significativo en la producción agrícola Antioqueña es el de productos para la exportación; en él se observa cómo la explotación cafetalera ubicada en el Suroeste antioqueño, ha sostenido la mayor importancia económica, especialmente a partir de 1850, con la peculiaridad de que, a pesar de tener orientación claramente exportadora, se sostiene con predominio de economía campesina minifundista y con una relación económica con el estado claramente establecida a través de la Federación Nacional de Cafeteros y de empresarios industriales encargados de la trilla del grano, como intermediarios entre los pequeños y medianos propietarios, arrendatarios, aparceros y en alguna medida, con los terratenientes y el comercio internacional.

La explotación bananera ubicada en la zona de Urabá, produce cerca del 80% del banano de exportación y se realiza con orientación típicamente capitalista exportadora y con fuerte inversión de capital extranjero.<sup>32</sup> De la producción para el consumo básico, una parte significativa es la que se da en la zona Oriente, cuya cercanía con el Valle de Aburrá, le brinda posibilidades de mercado, servicios, infraestructura, etc., y a su vez, le impone limitaciones a su desarrollo.

---

<sup>32</sup> Mariano Arango. et al. La coyuntura Antioqueña del año 80, En Revista "Antioqueña de economía", Medellín, 1982.

La agricultura campesina de gran importancia para la redistribución del ingreso en el Valle de Aburrá, se enfrenta a la competencia con otros usos del suelo de tipo urbano, por las pocas tierras fértiles y adecuadas para la producción de alimentos básicos por otro, la infraestructura de comercialización agropecuaria es completamente inadecuada encareciendo los costos de producción y los costos para el consumidor.<sup>33</sup>

La producción se orienta a satisfacer parte importante de la demanda de bienes alimenticios básicos, proporcionando más del 50% de la producción (ver cuadro 7) y, dependiendo principalmente de campesinos independientes, pequeños arrendatarios y en parte menos significativa de empresarios capitalistas. Es importante anotar que la mayoría de la producción de alimentos básicos, exceptuando el arroz, se da en pequeñas unidades de explotación con extensiones inferiores a 50 hectáreas donde se producen alimentos como el frijol, maíz, papa, panela, plátano, hortalizas y secundariamente algunos insumos industriales como cacao y x (henequén). Considerando el rendimiento de esta producción en el contexto nacional, se observa cómo la antioqueña es inferior a los promedios nacionales lo que la hace importadora neta de alimentos.

---

<sup>33</sup> Planeación Metropolitana de Antioquia. Plan de desarrollo metropolitano del Valle de Aburrá, Medellín, 1985, p.45.

Cuadro 7.

Antioquia y Colombia: Estructura de la Producción Agrícola. 1968.

SUBSECTOR	ANTIOQUIA %	COLOMBIA %
ALIMENTOS CONSUMO DIRECTO *	53.0	60.3
PRODUCTOS PARA EXPORTACION **	45.1	25.8
PRODUCTOS PARA LA INDUSTRIA	1.9	13.9
TOTAL	100.0	100.0

\* panela, yuca, plátano, frijol, arroz, papa etc.

\*\* café, banano, flores.

\*\*\* arroz, cacao.

Fuente: En la estructura económica del Departamento de Antioquia. 1973, ver nota 32.

#### II.2.2.1.3 Actividad Ganadera.

Es ésta la tercera actividad en importancia, al igual que la agricultura, responde a las exigencias del mercado interno. El sector ganadero se asienta fundamentalmente en extensos latifundios de las llanuras cálidas y, a pesar de que su participación económica a nivel nacional, es inferior a la de otros Departamentos, ha tenido una consolidación importante desde 1936 cuando se expide la Ley 200 por la cual se obliga a los propietarios de tierras a explotarlas, lo que propicia la ganadería extensiva, pues el hecho de tener algunas reses en grandes extensiones justificó tal explotación.<sup>34</sup>

Históricamente ha habido procesos que han contribuido a

---

<sup>34</sup> Centro de investigaciones económicas. CIE. La estructura económica del Departamento de Antioquia. Medellín, Universidad de Antioquia, 1973, p.122.

fortalecer esta actividad, cómo es el caso de la violencia en los campos del país, ocurrida a mediados de la década de los cincuenta; donde se registraron desalojos masivos y violentos de campesinos que aceleraron el desarrollo agropecuario capitalista.

A pesar de lo anterior, la ganadería solo ha alcanzado una participación inferior al 5% del producto sectorial del país y una reducida participación en el producto bruto regional (cuadro 8).

Cuadro 8.

Antioquia: Participación de la ganadería en el total del Producto Bruto Regional. En millones de pesos.

ANO	TOTAL P.B.R.	P.B. GANADERIA	PARTICIPACION GANADERIA EN P.TOTAL %
1960	3.705.9	160.4	4.33
1964	4.428.6	171.6	3.87
1969	5.753.3	183.9	3.20

FUENTE: EN La Estructura Económica del Departamento de Antioquia.

Al considerar los tipos de ganado del Departamento se observa cómo el ganado vacuno (para carne) es el de mayor importancia, le sigue el porcino con tendencia decreciente en la participación departamental. Por su parte, el ganado de leche mantiene las tendencias generales del sector y se da bajo explotación semi-intensiva. Es de anotar que esta actividad económica no requiere de mucha fuerza de trabajo dado su carácter extensivo y su reducida utilización técnica.

Las regiones ganaderas en Antioquia están claramente delimitadas. En ganado de carne: Magdalena medio, Cañón del Cauca, Bajo Cauca y en los últimos años Urabá, con un 38% de la ganadería del Departamento. En ganadería de leche y mixta (leche y carne), la región de Urrao y municipios cercanos al Valle de Aburrá. En ganado de leche, el Oriente y la región Norte.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Centro de Investigaciones Económicas. CIE. Op. cit. pg. 37.



#### II.2.2.1.4 Actividad Minera.

Tal como lo sugiere el "Plan para el Desarrollo de Antioquia", se debe de distinguir en el Departamento la minería del oro, del carbón y de otros minerales no-metálicos (calizas, arcillas, etc.), ya que comprometen condiciones de producción diferentes y tienen presencia económica diferencial.

La minería del oro, ha sido de gran importancia durante la Conquista y la Colonia e inclusive cuando esta actividad se transformó en explotación básicamente capitalista. Sin embargo, en los últimos años ha decrecido la explotación como producto de la caída de los precios internacionales del oro y el alza en las materias primas, que ha llegado a tener una participación en el PIB departamental de tan sólo el 1.4% en 1980.<sup>36</sup>

La mayor parte de la explotación se realiza por pequeños y medianos mineros a través del mazamorreo, el barequeo y la matraca. Solo una tercera parte de la producción lo aporta la gran minería.<sup>37</sup>

Resulta prácticamente imposible calcular la cantidad de fuerza de trabajo involucrada en esta actividad dado que no existen censos que estimen esta población y por al carácter flotante de la misma que, en su mayoría, tiene como actividad alternativa la agricultura.

Respecto al carbón, Antioquia cuenta con la segunda mina en importancia en el país, ubicada en la región Suroeste; su producción se destina a abastecer fábricas textiles y hornos de cemento, los cuales a su vez consumen la mayor parte del mineral

---

<sup>36</sup> Centro de Investigaciones Económicas CIE. OP. Cit. pg.11.

<sup>37</sup> Gobernación de Antioquia, et al. Bases para el plan de desarrollo de Antioquia, Medellín, 1982, p. 51.

no-metálico que se produce.<sup>38</sup>

#### II.2.2.2. Propuesta de Regionalización.

Con base en los elementos del análisis socio-económico recogidos, se propone la siguiente agrupación de los municipios en regiones (ver mapa anexo):

REGION I. VALLE DE ABURRA. Que comprende los siguientes municipios: Medellín, Armenia, Barbosa, Belmira, Girardota, La Estrella, Bello, Donmatías, Entrerriós, Heliconia, Sabaneta, Copacabana, Ebéjico, Envigado, Itagüi y San Pedro.

Para 1985 la población estimada de esta región es de 2.398.842 habitantes<sup>39</sup>. En ella se da la más importante actividad industrial del Departamento la cual se ubica especialmente en Medellín (principal centro económico y político) y en Bello, Itagüi, Envigado y Barbosa. De acuerdo al Plan de Desarrollo Metropolitano, en Valle de Aburrá se concentra alrededor del 54.3% de la población total del Departamento y se tiene una participación cercana al 97% del empleo industrial total.

Esta región presenta características de desarrollo económico polarizado con respecto a las demás regiones; desarrollo que se refuerza por la existencia de condiciones de infraestructura vial y de servicios relativamente más favorables y, que conlleva así mismo a un crecimiento urbano acelerado y de la misma forma a una agudización de las contradicciones sociales.

El sector industrial, orientado fundamentalmente a la producción de bienes de consumo corriente, participa con aproximadamente el 30% del empleo generado en la región y le siguen

---

<sup>38</sup> Plan de Desarrollo Metropolitano. Op cit. pg. 14.

<sup>39</sup> Las estimaciones de población para las regiones consideradas se basan en: Carlos García et al. Proyecciones de población para Antioquia 1983-2003, Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, 1984.

en orden de importancia las actividades del sector servicios y comercio, el de la construcción y el agropecuario que se desarrolla orientado básicamente al autoconsumo y a la pequeña comercialización de maderas, hortalizas y frutas principalmente.

Las "ventajas comparativas" del Valle de Aburrá con respecto al resto del Departamento consisten en que se mantienen e intensifican cada vez más las desigualdades intra-regionales. Internamente el costo del desarrollo económico-social regional se garantiza mediante la reproducción del hecho de que amplios sectores de la población desposeídos de los medios de producción, se mantengan excluidos del acceso a adecuadas condiciones materiales de vida.

Como expresión de lo anterior se hace evidente en esta región el agudo y creciente problema del desempleo, los bajos niveles del salario en amplios sectores de la población empleada, los problemas de calidad y acceso a la vivienda, las condiciones de salud, etc.

Respecto al desempleo y subempleo el Plan de desarrollo metropolitano 1985 revela como en ésta región para finales de 1984, los niveles de desempleo de la población económicamente activa superaron el 17% y, el subempleo concentró alrededor del 9%; población esta que, se ubica especialmente en los municipios y barrios que presentan mayores carencias de servicios públicos, salarios estables y suficientes, condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades básicas.

De acuerdo a las estadísticas oficiales el 5% de las viviendas de la región se consideran inadecuadas ya que no reúnen las condiciones mínimas en términos de servicios básicos y por las características de las edificaciones.

Los planes seccionales de salud, indican el predominio de enfermedades infecciosas agudas, accidentes, genito-urinarias y trastornos mentales. Además se reconocen oficialmente en ésta región los problemas causados por la contaminación atmosférica, por la que se alcanzan altas concentraciones de polvo sulfuroso y, el alto riesgo de salud ocupacional dada la intensa actividad industrial allí.

REGION II. Magdalena medio-Bajo Cauca. Que incluye: Vegachi, Puerto Berrío, Cauca, Caracolí, Maceo, Cáceres, El Bagre, Nechí, Tarazá, Zaragoza, Puerto Nare y Yondó.

Según las estimaciones de población, en 1985 ésta población cuenta con 168.950 habitantes, cuyas principales actividades son la ganadería, la minería del oro y secundariamente la producción agrícola.

La ganadería se explota generalmente en forma extensiva y tiene importancia más que por su significado económico en el contexto de las actividades productivas del Departamento, por la posibilidad de la colonización agrícola. La minería a pesar de que actualmente no es lo que podría denominarse una actividad económica de punta, es tal vez, una de las que involucran a mayor cantidad de población en la región. Parte de esta población es nómada dadas las características coyunturales de esta actividad y la imposibilidad de que puedan resolver la subsistencia en la región con otras actividades productivas; el resto de población asume la minería como actividad complementaria de la producción agrícola que corresponde a productos como arroz, frutas, maderas, etc.

Políticamente, esta región se caracteriza por la aguda confrontación militar entre el ejército y las organizaciones guerrilleras. Además la lucha popular por reivindicaciones económicas y políticas es particularmente aguda.

A las limitadas condiciones de infraestructura y de servicios públicos y sociales existentes, se suman las características ambientales de clima húmedo, cenagoso y selvático y, predominan las enfermedades infecciosas, las propagadas por vector (especialmente paludismo), los accidentes, envenenamientos y violencias y las relacionadas con la desnutrición.

REGION III. Suroeste. Con los siguientes municipios: Bolívar, Andes, Betania, Betulia, Caicedo, Concordia, Urrao, Jardín, Salgar, Caldas, Amagá, Angelópolis, Fredonia, Santa Bárbara, Titiribí, Támesis, Venecia, Caramanta, Montebello, Valparaíso, Jericó, Pueblo Rico, Hispania y Tarso.

En esta región de cerca de 317.388 habitantes, se desarrolla como actividad económica principal la agricultura. A pesar de que en la región existe una alta especialización en la producción cafetalera; existe el cultivo de otros productos como yuca, plátano, cacao y caña que se orientan al mercado regional e incluso al departamental y, que se asientan en gran parte sobre la pequeña explotación agrícola minifundista.

Además de la actividad agrícola, allí se concentra la extracción y comercialización del carbón, el cual se produce mediante diversos procesos técnicos entre los que prevalecen los métodos artesanales que, involucran en algunas oportunidades, a poblaciones enteras de algunos municipios de la región.

A nivel social se reconoce que la dinámica económica regional le imprime al Suroeste la característica de ser expulsora de población en ciertos períodos y polo de atracción en otros. Sin embargo existe exceso de fuerza laboral especialmente jornaleros que, son liberados temporal o definitivamente de las explotaciones agrícolas. Así mismo, se observa como la intensificación de la producción cafetalera ha incidido en el crecimiento urbano de algunos municipios que destacan como centros de la producción y la comercialización del grano.

Las precarias condiciones de vida y de trabajo en algunos sectores se manifiesta con la existencia notoria de enfermedades transmisibles. Además se registran con alguna importancia los accidentes de trabajo y la neumoconiosis (para más detalle ver Plan Regional de Salud 1983-1986).

REGION IV. Occidente. Que comprende: Yolombó, Amalfi, Anorí, Caracolí, Cisneros, Maceo, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Yalí, Santa Fé, Abriaqui, anza, Buriticá, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Uramita, Giraldo, Liborina, Olaya, Peque, Sabanalarga, San Jeronimo y Sopetrán.

Esta región de cerca de 244.114 habitantes en 1985, mantiene como actividad económica fundamental la producción agropecuaria.

La producción agrícola cuenta con las limitaciones geo-físicas

de las tierras montañosas, erosionables y con deficientes condiciones infraestructurales y de servicios. Esta producción se orienta a cultivos de frutales, caña, plátano, maíz, etc. La actividad pecuaria se da fundamentalmente en la cría y levante de vacuno y en alguna proporción en producción de leche.

Las características sociales de la región señalan a nivel general el deterioro de las condiciones de vida de los pobladores lo cual se expresa en la escasa disposición de recursos de saneamiento básico y de servicios públicos especialmente en las zonas rurales. Así mismo presenta un notorio déficit cualitativo y cuantitativo de viviendas adecuadas especialmente en las zonas rurales. En el contexto departamental, la región presenta la más alta tasa de analfabetismo después de Urabá y Magdalena Medio-Bajo Cauca.

Estas precarias condiciones de vida de mayoría de la población de la región se traducen a nivel de la salud en el predominio de enfermedades infecciosas intestinales, respiratorias agudas y muy especialmente de las asociadas a la desnutrición.

La excesiva concentración de la propiedad territorial, la utilización poco productiva de las tierras, la forma de trabajo agropecuario y las condiciones de vida de la mayoría de la población; son la base de la caracterización de esta región.

Paralelamente con lo anterior, ésta región destaca por las características turísticas y recreativas de algunos de sus municipios.

REGION V. Urabá. Con los siguientes municipios: Carepa, San Pedro de Urabá, Mutatá, Chigorodó, Apartadó, Turbo, Necoclí, Arboletes, Vigía del Fuerte, San Juan de Urabá y Murindó.

La importancia económica de la región radica en la importancia y generalización de la actividad agrícola para la exportación (banano) y en la producción forestal. En estas actividades se

produce cerca del 80% del producto regional total.<sup>40</sup>

La explotación bananera se realiza con orientación típicamente capitalista y con fuerte inversión de capital extranjero. Ella absorbe alrededor de 60% de todo el empleo generado en la región. El resto de la población trabajadora se ocupa del cultivo de productos destinados al consumo regional y del Departamento como yuca, plátano coco, arroz, etc, el cual se realiza bajo el régimen de economía parcelaria y, en menor proporción se dedican a la ganadería extensiva que se localiza alrededor de la producción bananera.

La región registra una de las más altas tasas de crecimiento poblacional como consecuencia de un alto flujo migratorio. La población regional se estima para 1985 en 320.224 habitantes, y se concentra fundamentalmente en la zona central de la región donde se ubican las principales actividades productivas.

El estado de salud de la población da cuenta en forma seria de la existencia de deficiente infraestructura sanitaria caracterizada por la carencia casi total de agua potable, viviendas adecuadas, alcantarillado y otros servicios públicos.

Pese a la importancia económica de la región en el contexto departamental y nacional; prevalecen en ella como primeras causas de morbi-mortalidad los padecimientos asociados con la contaminación ambiental, las carencias nutricionales y de prestación de servicios médicos.

REGION VI. Oriente. Con: Rionegro, La Ceja, El Carmen, Marinilla, Guarne, Abejorral, Sonsón, Granada, Peñol, Santuario, Puerto Triunfo, San Rafael, Alejandría, Argelia, Cocorná, Guatapé, La Unión, Concepción, Nariño, El Retiro, San Carlos, San Luis, San Vicente, Yarumal, Ituango, Santa Rosa, Briceño, San Andrés, San José de la Montaña, Toledo, Valdivia, Campamento, Guadalupe,

---

<sup>40</sup> Gobernación de Antioquia et al. Plan de desarrollo de Urabá 1983, en "Plan de desarrollo de Antioquia", Medellín, 1983.

Angostura, Carolina y Gómez Plata.

Con una población estimada en 551.087 habitantes ésta región se caracteriza económicamente por tener como principal actividad productiva la agricultura, en la cual se cultivan bajo el régimen de jornaleo (cultivo de tierras ajenas), productos como papa, maíz, fique y algunas frutas.

Pese a lo anterior, en los últimos años se observa el impulso que tiene en lo que se conoce como "Oriente Cercano" la instalación de industrias y establecimientos educativos que vienen constituyendo la base del proceso de "Desconcentración industrial del Valle de Aburrá" así mismo, existe en otros municipios gran impulso en la construcción de centrales hidroeléctricas que absorben temporalmente una importante proporción de población laboral. A mediano plazo la perspectiva económica de la región se caracteriza, por parte de algunos estudiosos, como de fuerte impulso al desarrollo capitalista en términos de destrucción y absorción más o menos violenta de las formas de producción tradicionales, no capitalistas.

Socialmente una de las condiciones más o menos comunes de la región es el acelerado proceso de urbanización del campo lo cual, se da mediante la apropiación del suelo rural para actividades que tradicionalmente se identifican como urbanas y para su especulación. Esto trae consigo la descomposición de la economía campesina y el deterioro de las condiciones ambientales. A nivel de la salud-enfermedad se observa la importancia de las complicaciones obstétricas, los accidentes y las genito-urinarias entre otras.

II.2.3. Los Agrupamientos de Enfermedades como Herramientas de Análisis factibles con Información Secundaria.

II.2.3.1. Crítica a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Una de las principales fuentes de datos en la investigación de salud es la información secundaria y/o agrupada. En el caso de



la información de enfermedades registradas y pre-codificadas, destaca la Clasificación Internacional de Enfermedades. Entre las principales ventajas de esta clasificación se cuentan la viabilidad para trabajar con registros de patologías en forma amplia, pues proporciona información respecto a los padecimientos reconocidos, a su importancia como estados nosológicos y permite realizar comparaciones entre varios estudios, dado su carácter internacional.

Además de lo anterior la Clasificación Internacional de Enfermedades permite hacer acercamientos a otras realidades diferentes a aquellas para lo que fue creada; es el caso de los estudios epidemiológicos que aspiran no a considerar los daños a la salud según su localización anatómica y su fisiopatología sino, a acercarse en la comprensión de la distribución y determinantes histórico-sociales de los procesos mórbidos. Para avanzar en lo anterior se plantea retomar dicha clasificación y cualificarla reconstruyendo el dato de morbilidad. Esta reconstrucción se refiere a organizar la información buscando que el dato se transforme en hecho epidemiológico, mediante la articulación de esta información con el análisis del contexto histórico social determinado. (Para la definición de los grupos de acuerdo a la clasificación CIE-OMS, ver anexo).

En el caso del estudio de las desigualdades regionales, se considera que si bien la información presentada según la Clasificación Internacional de Enfermedades, solo da cuenta de las patologías reconocidas por su localización anatómica, es posible, reorientando los datos, profundizar en la comprensión de la diferenciación regional, teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas diferenciales y avanzando en propuestas metodológicas respecto al tratamiento de la información y particularmente de otros tipos de agrupamientos que confronten la clasificación nosológica y muestren otros niveles de asociación.

En tal sentido se considera que las propuestas de E. Taucher<sup>41</sup> y de J. Blanco,<sup>42</sup> proponen el agrupamiento de los padecimientos rescatándolos como procesos, que trascienden lo biológico y lo individual señalando su articulación y delimitación con las condiciones histórico-sociales, lo cual permite identificar problemas y plantear propuestas de transformación. En el marco de lo anterior, se asumen estas propuestas para el análisis de la morbilidad hospitalaria en Antioquia entendiendo, que ambos lo posibilitan desde puntos de vista diferentes aunque no contradictorios.

#### II.2.3.2. Agrupamiento de Patologías según Evitables y Dificilmente Evitables.

Este agrupamiento de patologías basa su propuesta en diferenciar la asociación de algunas enfermedades con las condiciones socio-económicas, las características de prestación de los servicios de salud, la calidad del diagnóstico médico y finalmente de los avances del conocimiento científico y técnico en salud y, propone la construcción de los grupos de enfermedades "Evitables" y "Dificilmente evitables":

El primer grupo, incluye evitables por:

- I. Vacuna o tratamiento preventivo.
- II. Diagnóstico y tratamiento médico precoz.
- III. Condiciones de saneamiento ambiental.
- IV. Acciones mixtas o conjunto de medidas.

---

<sup>41</sup> Erica Taucher. Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. Celade, Santiago de Chile, 1978.

<sup>42</sup> José Blanco G y Oliva López. Estudio exploratorio de la situación de salud en tres regiones de la meseta purépecha (Michoacan). UAM -Xochimilco, México, 1985.

El segundo grupo, incluye las difícilmente evitables por:

V. El estado actual del conocimiento científico y desarrollo tecnológico.

VI. Mal definidas.

VII. Otras.

A el grupo de evitables por vacuna o tratamiento preventivo, corresponden patologías asociadas con algunas medidas preventivas como la inmuno-prevención y el establecimiento de acciones de vigilancia, educación para la salud, control y regulación de ambiente, etc. Algunas de las patologías de este grupo son difteria, tosferina, fiebre reumática. En el grupo de evitables por diagnóstico y tratamiento médico, se incluyen los padecimientos que dependen de las características cualitativas y cuantitativas de prestación de servicios de salud, expresadas en patologías como úlcera, gastritis, algunos tumores, diabetes. Al grupo de evitables por condiciones de saneamiento ambiental corresponden aquellos padecimientos cuya condición de evitabilidad está dada fundamentalmente, por la mejoría en las condiciones del medio ambiente a través del control, prevención y erradicación de ciertos factores de riesgo y, que son expresión de las condiciones materiales de existencia de la población. En este grupo se incluyen patologías infecciosas como fiebre tifoidea, cólera y salmonelosis. Al grupo de evitables por acciones mixtas corresponden los padecimientos evitables con un conjunto de medidas que se asocian a la prestación de los servicios médicos y a acciones de orden económico social más amplio. Se considera que estos grupos están directamente asociados con las condiciones del desarrollo y en el se incluyen patologías como las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, los accidentes, envenenamientos y violencias, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En el grupo de los padecimientos difícilmente evitables se consideran aquellas patologías de difícil manejo en el estado actual del conocimiento y desarrollo tecnológico en salud, como son leucemia, esclerosis múltiple, linfosarcoma entre otras. Al grupo

VI corresponden los signos y síntomas mal definidos y, en el último grupo se consideran las otras enfermedades no incluidas en los agrupamientos anteriores. (Para la definición de los grupos de acuerdo a los códigos de la novena revisión de la CIE, ver anexo).

#### II.2.3.3. Agrupamiento de Patologías según Asociación Causal.

Esta propuesta metodológica se plantea en la perspectiva de reconstruir la información de morbilidad y aportar a identificar hechos epidemiológicos, desentrañando la relación causal existente entre la morbilidad registrada en estadísticas oficiales y las condiciones de vida de la población en las distintas regiones y, es ello uno de los principales aportes sin embargo, dado que en este nivel del estudio, se trabaja morbilidad hospitalaria en una población relativamente amplia, se considera pretencioso afirmar que los hallazgos en la estructura de la morbilidad están asociados causalmente con determinadas condiciones de vida. Por ello, se recoge la propuesta metodológica y se busca establecer niveles de asociación cuyo carácter no es determinable con la información disponible.

En términos generales los grupos que se proponen están relacionados con distintos aspectos de la vida social que abarcan condiciones ambientales, laborales, de la reproducción biológica y socio-económicos. Ellos son:

Grupo I. Padecimientos de asociación causal con las características del ambiente según vía de propagación:

- a) Digestiva.
- b) Respiratoria.
- c) Por contacto directo.
- d) Por vector.

Grupo II. Padecimientos de asociación causal con proceso de trabajo.

Grupo III. Padecimientos de asociación causal con

situaciones de stress.

Grupo IV. Padecimientos de asociación causal con distribución y consumo de alimentos.

Grupo V. Padecimientos de asociación con capacidad reproductiva.

Grupo VI. Padecimientos que se clasifican en dos o más grupos de asociación causal.

En el grupo I, se consideran las enfermedades que dan clara cuenta de las condiciones materiales de vida, expresadas en el ámbito del consumo simple como vivienda, infraestructura, vestido, control, erradicación de vectores etc. Como pudo observarse anteriormente, en el interior de este grupo se distinguen cuatro subgrupos según la vía de propagación. En el grupo II, se consideran las patologías causadas por efecto del trabajo y que se caracterizan por "alto gasto energético, ritmo variado, distribución extensiva, posiciones incómodas y forzadas, así como por exposición a riesgos físicos y químicos". En el grupo III se incluyen los padecimientos asociados a situaciones de stress que son expresión de situaciones vitales críticas con gran tensión emocional y los cuales no aparecen vinculados directamente a procesos del trabajo específicos. En el grupo IV, se incorporan los padecimientos asociados con la carencia o no, en el consumo de ciertos alimentos, dada la accesibilidad económico-social y cultural. En el grupo V, se consideran aquellas patologías que afectan real o potencialmente la capacidad reproductiva de manera inmediata y; en el grupo VI, se incorporan los padecimientos a los que se atribuyen dos o más grupos de asociación causal. (Para definición de los grupos de acuerdo a los códigos de la novena revisión de la CIE, ver Anexo).

#### II.2.3.4 Alcance y Limitaciones de Los Agrupamientos.

Como se ha señalado, estas dos últimas propuestas metodológicas de agrupamiento de enfermedades se inscriben en la búsqueda por reorientar los datos de morbilidad para reconstruir

hechos epidemiológicos. La reconstrucción aunque plantea problemas teórico-metodológicos, permite en principio, avanzar en el conocimiento del comportamiento de la morbilidad en la población en la medida que se pasa de las características individuales a las condiciones colectivas de salud-enfermedad; no como agregación de los primeros sino como una forma de articular la totalidad epidemiológica; que entre otras cosas, permite ubicar los estados mórbidos en su asociación con determinadas características sociales y económicas en que se desenvuelve la sociedad.

Son pues, la materialización de un esfuerzo por superar el enfoque nosológico que se obtiene de la clasificación CIE-OMS, tratando de trascender en la comprensión de la salud-enfermedad como proceso históricamente determinado. Pese a las limitaciones que impone la clasificación de daños bio-individuales, al hecho de que las propuestas de agrupamiento para trabajar morbilidad son aún esfuerzos recientes y, el que en este estudio se trabaja sólo con una parte de la morbilidad; se espera abrir preguntas de investigación que posteriormente permitan delimitar con mayor precisión el objeto de estudio.

A las propuestas originales de agrupamiento según condición de evitabilidad y según asociación causal se hicieron algunas modificaciones debido a que se considera que en el contexto de la realidad del Departamento de Antioquia se deben rescatar, en algunos grupos, enfermedades que tienen mucha importancia en la morbilidad hospitalaria (dengue, paludismo, deficiencias nutricionales, etcétera) y porque tratándose de un contexto más amplio se consideró, en el caso de ciertas patologías, que no es posible afirmar su asociación con condiciones específicas. Por razones como la anterior en la propuesta de asociación causal se determinó crear el grupo VII al cual corresponden aquellas patologías que debido a la alta especificidad diagnóstica y a su complejidad clínica; se asumen como "No clasificables en otro grupo de asociación".

II.3. Características de los datos. Elementos de evaluación.

II.3.1 Aspectos Generales.

No cabe duda de que la información estadística generada en América Latina por organismos oficiales sobre las características sociales, económicas, epidemiológicas, demográficas y culturales de la población posee una serie de problemas, ya sea por la falta de una infraestructura adecuada, la forma de recolección o por la concepción con que ella es generada.

En el caso particular de la información epidemiológica, además de lo mencionado anteriormente y cuya expresión se concreta en problemas de omisión, calidad e integridad de la información sobre morbilidad y mortalidad; los problemas se agravan debido a la concepción que el Estado tiene sobre el "sector salud". En efecto, el continuo recorte a su presupuesto, las políticas de privatización de la salud y la poca importancia que se hace de la política social, tienden a deteriorar el sistema estadístico de información en salud a pesar de los grandes progresos de la informática y de las facilidades tecnológicas para mantener a bajo costo un buen sistema de información que proporcione estadísticas oportunas y confiables sobre los principales hechos epidemiológicos y demográficos a que se ve sometida la población. Además, hay que tener en cuenta que la información que se publica normalmente se refiere a agregados de población, total nacional, regiones, grandes grupos de causas; lo que dificulta cualquier intento de utilización para investigaciones desagregadas. Aunque es posible encontrar sistemas de información epidemiológica relativamente confiables a nivel de ciudades, áreas metropolitanas o regiones de alto desarrollo económico que están en capacidad de ofrecer información oportuna y con un buen nivel de calidad y cobertura. Paradójicamente estos recursos de información rara vez son utilizados ya sea porque son poco reconocidos o por ser considerados "cifras cocinadas" por el sector oficial. Esta información secundaria la mayoría de las veces es, una de las pocas evidencias empíricas que permiten un acercamiento a los procesos

epidemiológicos ante la dificultad de crear sistemas de información alternos y el alto costo de generar información intencionada (información primaria) para cada objeto de investigación.

Este es el caso del Departamento de Antioquia donde a pesar de la abundante información secundaria sobre morbi-mortalidad, es preocupante la carencia de investigaciones académicas sobre diagnósticos epidemiológicos que brinden un mínima base de conocimientos acerca de cómo se enferma la población y la relación que esto tiene con el proceso de salud-enfermedad históricamente determinado.

En el contexto nacional, Antioquia es considerado como el Departamento que posee el mejor sistema de información de estadísticas vitales;<sup>43</sup> este, viene funcionando con publicaciones periódicas sobre nacimientos, defunciones, matrimonios e información socio-económica desde 1915. Esto se puede tener como un elemento a favor de la consolidación de buenos sistemas de información en todos aquellos organismos oficiales y privados que tienen entre sus funciones la generación de información estadística.

El Servicio Seccional de Salud de Antioquia (SSSA) en coordinación con la Sección de estadística del Departamento de Planeación Metropolitana de Medellín tienen a su cargo la recolección, sistematización y publicación de las estadísticas de salud, entre ellas se encuentran las de morbilidad referidas a consultas externas y a las de egresos hospitalarios; para el efecto se maneja al municipio como unidad político-administrativa básica y el centro de salud o el hospital como unidades primarias de recolección de datos.

Se presenta a continuación una breve descripción de los datos a utilizar en este estudio y algunos elementos de evaluación que posibiliten determinar el alcance y las limitaciones de los datos

---

<sup>43</sup> Clemente Pierret. Evaluación del subregistro de las estadísticas oficiales de nacimientos y defunciones, Bogotá, Dane, 1976.



y en consecuencia la validez de los elementos de interpretación que de ellos se desprendan.

II.3.2 El sistema de información de egresos hospitalarios.

II.3.2.1 El formulario SIS-110 (R-79)

El Ministerio de Salud, con el fin de llevar a cabo los programas, políticas y proyectos a nivel regional ha establecido el Sistema Nacional de Salud, el que tiene como objetivo principal centralizar y unificar criterios de ejecución y administración. El Sistema cuenta con un subsistema de información que proporciona los insumos de información para el funcionamiento del sistema.

El registro individual de egresos hospitalarios es captado a través del formulario que se adjunta, el cual guarda mínimas diferencias con el de las otras secciones del país para garantizar elementos de comparabilidad. La identificación general en cada formulario consta de el registro individual que es captado vía historia clínica y la unidad de servicio es identificada con un código institucional a nivel nacional de 8 dígitos (dos para el Departamento, tres para el código del municipio dentro del Departamento y tres para el número de orden de la institución dentro del municipio). El formulario consta de cuatro partes: Los datos del paciente; los de hospitalización; la información de diagnósticos e información sobre maternidad. Para los objetivos de la tesis, la información requerida se concreta en las secciones primera y tercera.

II.3.2.2 Consistencia Interna.

Se habla de consistencia interna de la información cuando ésta, en sus aspectos más generales, muestra resultados consistentes con el conocimiento empírico existente. El número de registros anuales en principio, proporciona una idea general acerca de si la información ha tenido un comportamiento acorde con la oferta del sistema hospitalario. Como se explica más adelante, se excluyen del análisis los partos normales por considerar que éstos no forman parte del Perfil Patológico. En consecuencia, los archivos anuales de egresos hospitalarios que aquí se manejan no

incluyen los egresos caracterizados como "partos normales".

La composición porcentual por sexo y edad de los egresos permite analizar cómo se presenta la estructura por sexo y edad y si son consistentes con el conocimiento empírico existente. Igualmente, existen otros elementos de evaluación como la proporción de menores de un año con respecto al total y la proporción entre los egresados menores de un año y los de 1 a 9 que se espera tengan un comportamiento conocido.

En efecto, el cuadro 9 muestra el número de egresos anuales con y sin partos normales. Los números absolutos expresan de alguna manera la capacidad del sistema hospitalario y su aumento de cobertura en el período de análisis. Igualmente el cuadro 10 y la gráfica 1 muestran cómo los egresos hospitalarios son altamente diferenciales por sexo y edad. La alta morbilidad de la mujeres debido a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio hace que la estructura por edad de éstas se concentre en las edades centrales y en el caso de los hombres se observe una distribución por edad más homogénea.

En el tiempo, es plausible explicar la reducción del aporte de los menores de un año en los hombres y la disminución del aporte de los egresos femeninos entre 10 y 29 años por la disminución de la mortalidad infantil en el primer caso y por una mejor atención materno-infantil en el segundo.

Cuadro 9

Antioquia: Egresos hospitalarios registrados, partos normales y tamaños de los archivos anuales para el análisis por año de registro.

Año de Registro	Total egresos	Partos normales	Total egresos para analizar
1980	237463	42313	195150
1981	238133	44402	193731
1982	246775	45166	201609
1983	248536	39646	208890
1984	261444	44148	217296
1985	265781	44025	221756

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios 1980-1985.

También existe en el período una relación entre sexos relativamente constante ya que entre el 62 y el 68% de los egresos son de mujeres, lo que puede interpretarse como una sobremorbilidad femenina, debido principalmente a la alta morbilidad por problemas del embarazo, parto y puerperio como se puede colegir de la distribución de la morbilidad descrita en el cuadro 10.

Cuadro 10

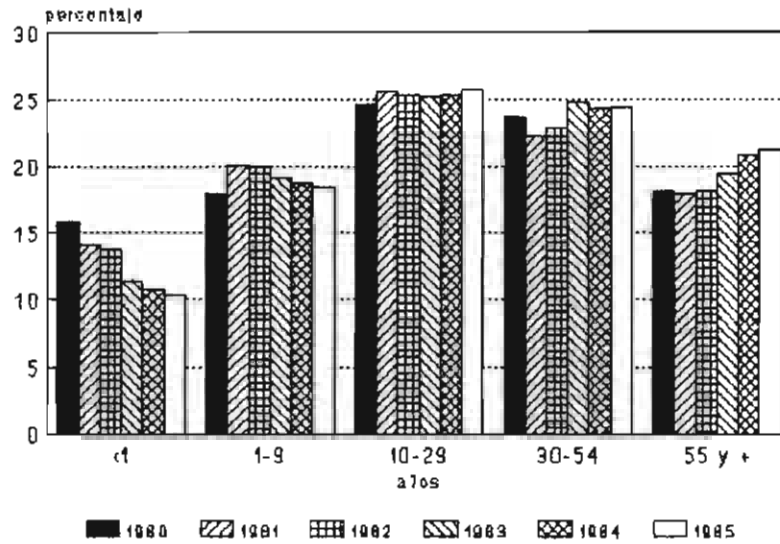
Antioquia: Distribución porcentual por sexo y edad de los egresos hospitalarios (excluidos los partos normales) según año de registro.

Año y sexo	<1	1-9	10-29	30-54	55 y +	Total	Total sexo
1980							100
Hombres	15.8	17.9	24.6	23.7	18.0	100	32
Mujeres	5.5	6.3	50.1	27.9	10.2	100	68
1981							100
Hombres	14.1	20.1	25.6	22.3	17.9	100	32
Mujeres	4.5	6.7	51.8	28.6	8.4	100	68
1982							100
Hombres	13.8	20.0	25.3	22.9	18.0	100	30
Mujeres	4.2	6.7	51.3	29.2	8.6	100	70
1983							100
Hombres	11.4	19.2	25.2	24.8	19.4	100	32
Mujeres	4.0	7.0	50.4	29.4	9.2	100	68
1984							100
Hombres	10.7	18.8	25.3	24.3	20.9	100	39
Mujeres	4.8	9.0	41.6	31.2	13.4	100	61
1985							100
Hombres	10.3	18.4	25.7	24.4	21.2	100	38
Mujeres	4.5	8.8	41.2	31.6	13.9	100	62

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios.

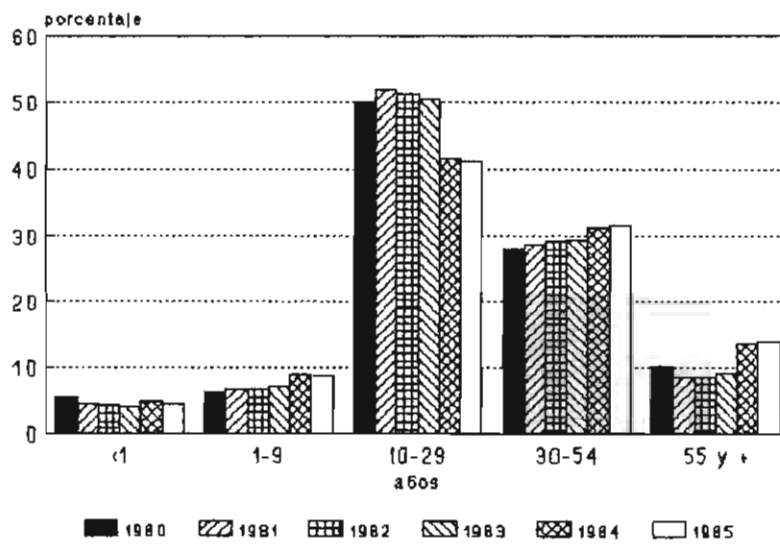
GRAFICA 1: ESTRUCTURA DE LOS EGRESOS SEGUN EDAD Y SEXO. 1980-1985

HOMBRES



Fuente: Cuadro 10

MUJERES



Fuente: Cuadro 10

Por el contrario, para los menores de un año se observa una clara sobremorbilidad masculina y una relación constante en el tiempo seguramente como antecedente de la ya conocida sobremortalidad infantil masculina (cuadro 11). Igualmente, la proporción entre los menores de un año con respecto a los de uno a nueve presenta una suave tendencia al descenso consecuente con el descenso observado de la mortalidad infantil.

Cuadro 11

Antioquia: Estructura porcentual de los egresos menores de un año y la proporción de los menores de un año con respecto a los de 1 a 9 por sexo año de registro.

Año y sexo	Menores de un año: estructura por sexo(%)	proporción <1/1-9
1980	100	
Hombres	57	.9
Mujeres	43	.9
1981	100	
Hombres	57	.7
Mujeres	43	.7
1982	100	
Hombres	59	.7
Mujeres	41	.6
1983	100	
Hombres	57	.6
Mujeres	43	.6
1984	100	
Hombres	58	.6
Mujeres	42	.5
1985	100	
Hombres	58	.6
Mujeres	42	.5

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios.

### II.3.2.3 Coherencia interna.

Se habla de coherencia interna cuando las distintas variables guardan entre sí una relación 'coherente' de acuerdo a lo que cada

una trata de representar.

Una primera forma de medir la coherencia interna es comparando variables que puedan servir de control; tal es el caso del código de la institución y de la residencia habitual del paciente, bajo la consideración de que el paciente ha sido atendido en su lugar de residencia<sup>44</sup> en la mayoría de los casos. En otros términos, es de esperarse que el número de pacientes remitidos de una región a otra sea mínimo.

El cuadro 12 presenta el cruce entre las dos variables: Código de la institución y residencia habitual del paciente para 1980, según las regiones definidas e incluyendo a Medellín por ser ésta el mayor número de centros hospitalarios en el Departamento. Lo anterior es factible debido a que, como ya se dijo, el código de la institución contiene el código del municipio de pertenencia.

Según el cuadro se nota cómo es el código de la institución el de mejor coherencia habida cuenta de que en su diagonal presenta los mayores porcentajes, es decir, donde coincide el lugar de residencia con el código de la institución. Los pequeños porcentajes alrededor de las diagonales, a excepción del que presentan las regiones de Medellín y Valle de Aburrá entre sí, expresan los problemas de codificación del lugar de residencia en la mayoría de los casos.

Los altos porcentajes fuera de la diagonal entre Medellín y el Valle de Aburrá son una expresión clara de la alta concentración urbana; la primera presenta un rápido proceso de metropolización integrando cada vez más el llamado Valle de Aburrá donde Medellín es su centro económico, político, demográfico y por tanto donde se concentra la mayoría de los servicios en salud. Por esta razón es obvio pensar que no se trata de altos porcentajes de remitidos del Valle hacia la ciudad de Medellín sino que es la misma población residente en los otros municipios del Valle que trabajan en Medellín o tienen vínculos directos con ella y por tanto demandan

---

<sup>44</sup> entendida ésta para efectos del estudio como una de las regiones definidas anteriormente.

más fácilmente sus servicios, además de que Medellín, por tener mejores servicios hospitalarios, ejerce una fuerte influencia incluso sobre apartadas regiones con precaria infraestructura en salud; tal parece ser el caso de Urabá y la región 3 (Magdalena-Bajo Cauca) que presentan altos porcentajes de residencia (9.6 y 12.9% respectivamente).

Cuadro 12

Antioquia : Distribución porcentual de los egresos por lugar de residencia y según Código de la Institución de egreso del paciente según regiones. 1980.

RESIDENCIA HABITUAL (Regiones)	CODIGO DE LA INSTITUCION (Regiones)							Total fila
	1 Med.	2 V.A.	3 Magd/ Bajo Cauca	4 Suroes	5 Occd	6 Urabá	7 Orien	
1. Medellín.	97.1	2.3	-	.3	-	-	.3	100
	79.3	18.5	.4	1.4	.3	.1	1.3	
2. V. de Ab. sin Med.	62.0	35.5	.1	1.5	.1	-	.8	100
	13.0	72.3	.5	2.0	.3	-	.9	
3. Mag. Med. Bajo Cauca	12.9	.9	85.1	.1	.8	-	.2	100
	.5	.3	86.9	-	.4	-	-	
4. Suroes.	12.6	2.7	.5	83.5	.1	.3	.3	100
	2.3	4.9	2.0	96.0	.2	.9	.3	
5. Occd.	13.4	1.6	4.1	.2	80.6	-	.1	100
	1.3	1.5	9.6	.1	98.8	-	.1	
6. Urabá	9.6	.9	-	-	.1	89.3	.1	100
	.6	.5	.1	-	.1	98.6	-	
7. Oriente	14.0	1.0	.1	.3	-	-	84.6	100
	3.0	2.0	.5	.4	-	.4	97.4	
Total Col.	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos anuales de egresos Hospitalarios.

Nota: El primer porcentaje se refiere a las filas (Lugar de residencia) y el segundo a las Columnas (código de la Institución).

En estas condiciones es recomendable considerar a Medellín y

al Valle de Aburrá como una sola región y considerar el código de la institución como la fuente de información básica del lugar de ocurrencia del egreso. Otro elemento a favor de la mejor calidad de la información proporcionada por el código de la institución es el hecho de que éstos vienen precodificados para cada institución y son puestos en cada formulario por el responsable institucional de llenar el formulario, lo que disminuye las fuentes de error. En efecto, como lo muestra el cuadro 13, los casos inválidos declarados missing en el cruce entre el código institucional y el lugar de residencia son principalmente debidos a esta última variable en todos los años del período de estudio. Este fue particularmente alto en los años 80 y 81 (12 y 10 % respectivamente); además, es importante aclarar que es la única variable en que los casos inválidos superan el 5%.

Cuadro 13

Antioquia: Total de Egresos hospitalarios para analizar según los casos inválidos de las variables lugar de residencia y código institucional.

AÑO DE REGISTRO Año de Registro	TOTAL EGRESOS PARA ANALIZAR	CASOS NO VALIDOS EN:		TOTAL CASOS VALIDOS	
		lugar resid	residencia	#	%
1980	195150	23220	23220	171930	88
1981	193731	20204	20204	173527	90
1982	201609	4216	4215	197393	98
1983	208890	3812	3810	205078	98
1984	217296	3335	3080	213961	98
1985	221756	3148	2874	218608	99

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios.

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios 1980-1985.

En resumen, aunque no se hizo una evaluación detallada de los datos a utilizar, los pocos elementos de evaluación descritos permiten concluir que existe coherencia interna de la información



y que tanto el análisis de frecuencias de todas las variables<sup>45</sup> como las variables descritas aquí, principalmente el sexo y la edad, muestran un comportamiento coherente lo que sugiere que los archivos anuales de egresos hospitalarios ofrecen información confiable al menos en lo que concierne a las variables que se usan en el estudio.

El principal problema de coherencia encontrado consiste en la no correspondencia entre el lugar de pertenencia de la institución y el lugar de residencia habitual de los pacientes. Es el código de la institución el que presenta una mayor coherencia y el que permite concluir que la demanda por los servicios hospitalarios normalmente se hacen en la misma región de residencia y que los pacientes remitidos efectivamente son dirigidos hacia Medellín. En este sentido son mínimos los problemas de información y para evitar problemas de interpretación del fenómeno en estudio debido a los elementos anteriormente anotados, se resolvió no separar a Medellín del Valle de Aburrá, convirtiendo a este último en una región de análisis. Además, para evitar sesgos en la información entre el lugar de residencia y el lugar de pertenencia de la institución, para el Valle de Aburrá se resolvió eliminar todos aquellos casos que presentaban inconsistencias entre el lugar de residencia habitual y el lugar de la institución entre Medellín y el resto del Valle de Aburrá. Esto quiere decir que los archivos definitivos para el análisis representan un porcentaje no menor al 93%<sup>46</sup> de los archivos originales una vez eliminados los partos normales.

---

<sup>45</sup> El análisis de las frecuencias de todas las variables en sus códigos unitarios los años de 1980 a 1986 no mostró anomalías de ninguna especie. En lo que se refiere a los diagnósticos se observó una perfecta correspondencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades a tres dígitos (novena revisión).

<sup>46</sup> Para 1980, año en que aparece la inconsistencia con mayor frecuencia, los casos eliminados por ello representan el 6.8%.

## II.4. Indicadores.

Para el análisis de la desigualdad regional y los perfiles de hospitalaria se han seleccionado medidas cualitativas y cuantitativas que permitan la delimitación regional del Departamento y, la selección de las propuestas metodológicas de agrupamiento de los padecimientos que más se corresponden con los objetivos del estudio; entendiendo dichas propuestas como herramientas válidas en la reconstrucción del hecho epidemilógico.

### II.4.1. Delimitación Regional del Departamento.

Para avanzar en tal sentido se considera oportuno revisar la conceptualización de región existente en el marco de los estudios sociales y, específicamente en la perspectiva de los estudios epidemiológicos. Así mismo, se retoman las propuestas de regionalización y los aspectos más relevantes de las características socio-económicas del Departamento.

### II.4.2. Análisis de la morbilidad hospitalaria.

El conocimiento de las desigualdades regionales en su relación con la morbilidad hospitalaria se hace con base en la delimitación de regiones y en la selección de los agrupamientos de los padecimientos tratando de establecer el comportamiento de las patologías en las regiones. Para lograr esto se usan principalmente frecuencias de cada grupo patológico en las regiones y se expresan según su distribución porcentual y número de orden, lo que permite hacer una descripción de las principales diferencias a nivel regional. En este sentido es factible utilizar la información de los años individuales debido a que no presentan mayores problemas de información.

Así mismo, se cuenta con tasas de egreso hospitalario por regiones con lo cual es posible conocer la estructura regional de la morbilidad hospitalaria. El cálculo de estas tasas se hace para

años individuales 1981-1984 (suavizando éstos con un promedio móvil trienal) y para el período, usando para ello el promedio de los egresos de 1981 a 1985. Como denominadores de las tasas se utilizan las estimaciones de población disponibles para las distintas regiones del Departamento.

Otro de los procedimientos seleccionados para conocer la estructura de la morbilidad hospitalaria y profundizar en la relación de las desigualdades regionales y los problemas de salud en cuanto a la condición de evitabilidad es el cálculo de los porcentajes de evitabilidad. Para ello se hace una tipificación de las tasas de egreso hospitalario con lo cual es posible establecer el número de egresos de determinado grupo patológico que se hubieran podido evitar con ciertas acciones fundamentalmente de carácter preventivo.

## SEGUNDA PARTE.

### CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA EN ANTIOQUIA.

#### I. DESIGUALDADES REGIONALES EN LAS ESTRUCTURAS DE MORBILIDAD SEGUN CLASIFICACION CIE-OMS.

##### I.1. Características generales.

De acuerdo a la clasificación CIE-OMS (17 grupos) en los años 1980 a 1985, los padecimientos de mayor frecuencia en Antioquia se presentan en el grupo 11 "Complicaciones del embarazo, parto y puerperio" y le siguen, las "Infecciosas y parasitarias", "Accidentes envenenamientos y violencias", "Enfermedades del aparato respiratorio" y "Enfermedades del aparato digestivo" (Ver Cuadro 14).

CUADRO 14

ANTIOQUIA: distribución porcentual de las principales causas de egreso hospitalario según CIE-OMS. 1980-1985.

CLASIFICACION OMS	1980 %	1981 %	1982 %	1983 %	1984 %	1985 %
XI	23.0	23.6	23.4	23.5	24.1	24.8
I	12.7	12.6	12.5	11.2	8.2	7.6
XVII	8.0	10.0	9.9	9.8	10.4	11.1
VIII	8.1	10.8	10.2	10.4	11.6	11.5
IX	10.1	8.8	9.0	9.0	9.5	8.9
VII	5.9	6.2	6.1	6.2	6.7	6.6

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios

Como puede apreciarse el aporte porcentual de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (XI), se mantiene prácticamente constante en los seis años, en el caso de las infecciosas y parasitarias (I) se muestra reducción en dicho aporte especialmente a partir de 1984, igual sucede con las del sistema digestivo (IX); sin embargo el aporte de las enfermedades del sistema respiratorio (VIII), las del circulatorio (VII) y los accidentes, envenenamientos y violencias (XVII); indican aportes porcentuales crecientes, a lo largo del período.

Aunque aparentemente se acepta con facilidad que por tratarse de morbilidad hospitalaria, el mayor porcentaje corresponda al grupo complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se considera importante en este estudio aislar del grupo los casos de parto normal. Lo anterior obedece a que estrictamente, éstos no son estados mórbidos y afectan la estructura de la morbilidad intra e inter-regional.

Para el caso de Antioquia cuando se hace el análisis de las frecuencias sin aislar los casos de parto normal las complicaciones del embarazo parto y puerperio aparecen como primera causa en todas las regiones pero, al separarlos se observan diferencias muy importantes en los perfiles regionales, lo que posiblemente se explica por el peso de las diferenciales de fecundidad. Ello se puede ver al revisar los cuadros 15 Y 16 que consideran información del año 80.

CUADRO 15

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de las causas de egreso hospitalario según CIE-OMS y región . 1980.

GRUPOS CIE OMS	REGIONES					
	I %	II %	III %	IV %	V %	VI %
I	6.5	22.6	15.4	18.6	25.9	12.9
II	3.2	1.2	1.2	.9	1.0	1.1
III	2.4	2.1	3.0	2.9	1.6	2.3
IV	.3	.6	.3	.4	.5	.2
V	2.1	.7	1.0	1.5	.3	1.4
VI	3.2	.9	1.2	1.9	.9	1.2
VII	5.1	3.1	5.0	4.9	2.3	3.6
VIII	7.5	6.8	8.2	10.7	9.1	9.0
IX	7.4	6.8	8.3	6.3	6.1	5.4
X	6.2	6.5	5.9	6.1	5.0	5.3
XI	37.8	34.9	38.0	31.9	34.9	45.0
XII	.8	1.2	1.3	1.6	1.4	1.1
XIII	1.9	1.0	1.0	1.2	.7	1.1
XIV	1.4	.1	.3	.2	.3	.5
XV	2.5	.5	.1	1.0	2.1	1.3
XVI	3.4	1.7	2.1	1.9	1.4	1.4
XVII	8.3	9.3	6.7	8.0	6.3	7.2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos anuales de registro individual de egreso hospitalario. 1980

Como pudo apreciarse en la primera parte de este trabajo, en Antioquia, corrientemente se describe la morbilidad de la manera como se observa en el cuadro 15 (esto es, incluyendo los partos normales en el grupo XI) por lo cual se dificulta el análisis de la morbilidad del grupo complicaciones del embarazo, parto y puerperio que como ya se señaló incluye patologías que verdaderamente son complicaciones obstétricas y otras que no lo son. Al aislar los casos de parto normal (cuadro 16) es posible establecer su importancia. Estos representan para los años en estudio aproximadamente el 20% del total de egresos hospitalarios (cuadro 17) y en la medida en que tienen diferencias en su distribución, representan variaciones importantes de región a región. Ejemplo de lo anterior, en el año 80, son las infecciosas y parasitarias (grupo I) en ellas se aprecia que mientras en Valle de Aburrá

(Región I) al aislar los partos normales se incrementa la participación del grupo en un 19%; en el Oriente (Región VII) lo hace en 38% . Esto probablemente se debe a que es en Oriente donde se registró mayor frecuencia de partos normales y por lo tanto es allí donde se recuperan los mayores porcentajes, pero en las demás regiones el efecto de ocultamiento que ejercen estos partos es similar al señalado para Valle de Aburrá.

Basados en lo anterior, podemos concluir que aislando los casos de parto normal se logra un mejor acercamiento a los estados mórbidos registrados y al establecimiento de las causas de morbilidad por egreso hospitalario.

Regionalmente se observa cómo mientras en Magdalena medio-Bajo Cauca, Suroeste, Occidente y Urabá la primera causa son las infecciosas y parasitarias, que como ha quedado dicho en algunos estudios de morbilidad, están estrechamente ligados con el deterioro de las condiciones de vida y su reproducción; en Oriente este grupo representa el segundo lugar precedido por las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; en el Valle de Aburrá esta causa ocupa el quinto lugar después las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, accidentes, respiratorias y circulatorias en ese orden. Así mismo, preocupa la importancia que en el conjunto del Departamento y particularmente en algunas regiones como Valle de Aburrá, Occidente y Magdalena medio-Bajo Cauca tienen los accidentes, envenenamientos y violencias ligados a condicionamientos de orden social y político.

#### I.2. Las Desigualdades Regionales.

Considerando el comportamiento de la morbilidad hospitalaria en las regiones, se evidencia que:

Las enfermedades que son producto de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y que expresan condiciones cualitativas y cuantitativas de atención a la salud de las madres representan una alta proporción de los egresos que se presentan en las regiones y como se explicó anteriormente ello no se podría justificar por la atención a los partos que se hace en los centros hospitalarios.

La región I. Valle de Aburrá, que incluye el principal centro

aglutinador de población y servicios, aporta más de la mitad de los egresos habidos en prácticamente todos los grupos de patologías y mantiene una participación relativamente constante en la década.

Como puede verse en el cuadro 16 y, de acuerdo a lo señalado anteriormente, en ésta región las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son la principal causa de egreso hospitalario. Lo anterior se debe a que en ella se encuentra el mayor número de población femenina del Departamento, y porque a pesar de las diferenciales de atención según grupo social, ahí se cuenta con cobertura relativamente amplia para este tipo de atención a través de las Unidades Intermedias de Salud que están diseñadas, entre otras cosas, para urgencias hospitalarias y atención de partos.

CUADRO 16

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de las causas de egreso hospitalario según CIE-OMS y región . 1980.  
(Excluyendo los partos normales).

GRUPOS CIE OMS	REGIONES					
	I %	II %	III %	IV %	V %	VI %
I	8.1	32.4	20.5	22.0	33.2	18.0
II	4.0	1.3	1.6	1.2	1.3	1.6
III	3.0	2.5	4.0	3.7	2.1	3.2
IV	.4	.7	.6	.5	.7	.3
V	1.6	.9	1.4	1.8	.4	1.8
VI	3.9	1.2	1.6	2.1	1.2	1.6
VII	6.1	3.8	6.7	6.4	3.0	5.2
VIII	9.3	9.5	10.9	13.2	11.6	12.1
IX	8.9	8.1	11.1	8.2	7.8	7.7
X	7.6	7.6	7.9	7.3	6.4	7.6
XI	25.0	15.3	17.4	16.8	16.7	23.0
XII	1.0	1.6	1.7	1.9	1.8	1.4
XIII	2.3	1.1	1.3	1.4	0.9	1.5
XIV	1.7	.2	.3	.3	.3	.6
XV	3.1	.7	1.4	1.1	2.7	2.0
XVI	4.0	2.1	2.8	2.3	1.8	2.0
XVII	10.0	11.0	8.8	9.8	8.1	10.4
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos Anuales de Registro individual de Egresos Hospitalarios 1980

A las complicaciones del embarazo, parto y puerperio le siguen en orden de importancia los accidentes, envenenamientos y



violencias que registran altas tasas de egreso hospitalario. Sin dejar de reconocer el carácter socio político de los homicidios y otros tipos de violencia que allí ocurren, se considera importante tener en cuenta que una gran parte de este grupo patológico está influida por los accidentes de tránsito que ocurren especialmente en Medellín, dada su condición de ciudad capital y por los accidentes de trabajo cuya frecuencia es alta por tratarse de la región industrial del Departamento. De igual manera, prevalecen otros padecimientos probablemente más asociados con el deterioro a la salud propiciado por el desarrollo capitalista en los centros económico-sociales; es el caso de las enfermedades del aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, los tumores, padecimientos del sistema nervioso, etcétera.

CUADRO 17

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de las causas de egreso hospitalario según CIE-OMS y región . 1980.  
(Considerando aparte los partos normales).

GRUPOS CIE OMS	REGIONES					
	I %	II %	III %	IV %	V %	VI %
I	6.7	25.6	15.4	17.8	25.9	13.1
II	3.3	1.0	1.2	1.0	1.0	1.2
III	2.4	2.0	3.0	3.0	1.6	2.3
IV	.4	.5	.3	.4	.5	.2
V	1.4	.7	1.1	1.5	.3	1.3
VI	3.2	0.9	1.2	1.7	0.9	1.2
VII	5.0	3.0	5.0	5.2	2.3	3.8
VIII	7.7	7.5	8.2	10.7	9.1	8.8
IX	7.3	6.4	8.3	6.6	6.1	5.5
X	6.3	6.0	5.9	5.9	5.0	5.5
XI	20.6	12.1	13.0	13.6	13.1	16.6
XII	.8	1.3	1.3	1.5	1.4	-.
XIII	1.9	0.9	1.0	1.1	0.7	1.1
XIV	1.5	.1	.3	.2	.3	.4
XV	2.6	.5	1.1	.9	2.1	1.5
XVI	3.3	1.7	2.1	1.9	1.4	1.5
XVII	8.3	8.7	6.6	7.9	6.3	7.5
Parto N	17.4	21.1	25.0	19.1	21.9	27.5
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos Anuales de Registro individual de Egresos Hospitalarios 1980

En el conjunto del Departamento, los egresos por enfermedades del grupo V (mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad) registran las más altas tasas en esta región, lo que posiblemente obedece a los daños que en salud mental implica el desarrollo socio-económico de áreas industrializadas y directamente ligadas a procesos de producción capitalistas, y a que en uno de los municipios que incluye esta región se encuentra el principal centro de atención de salud mental a donde llegan pacientes de toda Antioquia. Además de lo anterior, resulta interesante observar cómo los egresos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio así como las denominadas "enfermedades del desarrollo", que como se señaló antes representan altos egresos; no logran disminuir la importancia de las infecciosas y parasitarias que se mantienen como causas importantes a pesar de la cobertura de centros de atención médica y del impulso que allí se ha dado a los programas de atención primaria; demostrándose una vez más que las verdaderas causas de estas enfermedades están más ligadas a condiciones sociales y económicas de vida que a programas y planes de servicios de salud.

REGION II. Magdalena medio-Bajo Cauca. Su perfil presenta una distribución de causas bastante similar para los 6 años; en ella se señala el predominio de precarias condiciones de vida en la población. Ejemplo de ello es, que para el año 85, mientras las complicaciones del embarazo, parto y puerperio que se espera sean la principal causa de egreso hospitalario constituyeron el 23%, predominaron las infecciosas y parasitarias representando el 24%.

Una de las principales características de la morbilidad en esta región parece ser la importancia del grupo de los accidentes, envenenamientos y violencias que para el año 85 representaron el 9.8% de los egresos registrados, superando las enfermedades digestivas y genitourinarias con 7.0% y 7.2% respectivamente. Pese a que la clasificación CIE-OMS obstaculiza el análisis diseminado de cada una de las patologías según su origen; se considera que debido al agudo enfrentamiento armado y popular en esta región,

gran parte de los egresos hospitalarios por el grupo de accidentes, envenenamientos y violencias están determinadas por esta situación política, más aun si tenemos en cuenta que se trata de poblaciones relativamente pequeñas donde los accidentes de tránsito son indudablemente menos frecuentes que en regiones como Valle de Aburrá.

REGION III. Suroeste. Como puede verse en el anterior cuadro esta región registra como primera causa las enfermedades infecciosas y parasitarias; luego aparecen las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y le siguen las enfermedades del aparato digestivo que se empiezan a revelar como un problema de salud serio en la región, pues a diferencia de las otras regiones superan a las respiratorias que son tercera causa de morbilidad en prácticamente todas las demás regiones. Estas patologías digestivas presentan tasas que si bien no son tan altas respecto a Valle de Aburrá, si lo son respecto al resto de regiones.

La importancia de las enfermedades del aparato digestivo en esta región, posiblemente esta asociada a cuestiones como la dieta alimenticia, la contaminación de las aguas ocasionada al despulpar el café y por el uso más o menos generalizado de sustancias químicas (plaguicidas, insecticidas, etcétera).

REGION IV. Occidente. Uno de los elementos que da cuenta del predominio allí de precarias condiciones de vida que se expresan en malas condiciones de habitación, vestido, alimentación, servicios, etc., es la importancia que tienen los egresos del primer grupo: infecciosas y parasitarias. Baste observar cómo mientras las complicaciones del embarazo, parto y puerperio representan en el año 80, el 16.8% de los egresos registrados; las infecciosas y parasitarias representan la primera causa con 22.0% (cuadro 16)

Así mismo, se supone que las altas frecuencias por enfermedades respiratorias, digestivas y por accidentes envenenamientos y violencias (14.9%, 8.6%, y 13.2% respectivamente) están fuertemente asociadas a las condiciones socio-económicas de la población, a la aguda confrontación de clases y las difíciles

características geográficas de la zona (cuadro 18).

CUADRO 18

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de las causas de egreso hospitalario según CIE-OMS y región . 1985.

GRUPOS CIE OMS	REGIONES					
	I %	II %	III %	IV %	V %	VI %
I	5.7	24.2	7.1	11.8	14.6	8.5
II	4.3	1.7	2.6	1.4	1.3	2.0
III	3.2	1.9	2.8	3.8	2.4	3.1
IV	.4	1.0	.5	.8	.8	.7
V	1.9	.6	.6	1.1	.4	1.7
VI	3.8	1.0	1.2	2.2	1.4	1.7
VII	7.0	4.4	7.5	6.2	3.4	5.8
VIII	10.5	10.1	13.3	14.9	12.5	13.9
IX	8.8	7.0	13.0	8.6	5.3	8.8
X	8.0	7.2	10.2	7.7	8.9	7.7
XI	25.1	23.9	22.7	20.6	24.5	28.0
XII	1.2	1.8	1.8	2.4	1.9	1.4
XIII	2.7	1.7	2.0	1.9	1.4	2.5
XIV	1.9	.2	.8	.3	.4	.9
XV	3.0	1.7	1.8	1.2	2.7	1.7
XVI	1.8	1.8	0.8	1.9	2.1	1.0
XVII	10.7	9.8	11.3	13.2	16.0	10.7
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos Anuales de Registro individual de Egresos Hospitalario 1980

A pesar de lo grueso del grupo III (deficiencias de la nutrición y endocrinas), no parece arriesgado afirmar que gran parte de esta morbilidad, que se registra en la región, obedece a deficiencias nutricionales; incluso, las instituciones oficiales de salud reconocen a esta región como la más afectada por dichas carencias, y las estadísticas la señalan entre las 5 primeras causas de mortalidad hospitalaria. Sin embargo, dada la dificultad de aislar estos casos se espera profundizar en el análisis con base en otras propuestas metodológicas de agrupamiento de la morbilidad.

REGION V. Urabá. Presenta a lo largo del período una estructu-

ra de morbilidad caracterizada por el predominio de las enfermedades: infecciosas y parasitarias, respiratorias y accidentes, envenenamientos y violencias. Lo que debe verse asociado a las características políticas y socio-económicas de la región que por sus difíciles condiciones físico-ambientales, las carencias en disposición de viviendas adecuadas, de servicios públicos así como otras condiciones sanitarias, se ubica como la región que tiene las condiciones de vida más precarias. Al analizar el comportamiento de algunas patologías y muy especialmente del grupo infecciosas y parasitarias se identifica Urabá con Occidente y Magdalena medio-Bajo Cauca como la zona donde el problema de salud por estas causas es más grave. Esto no parece simple coincidencia con los análisis que ilustran las precarias condiciones socio-económicas y las deficiencias en materia de servicios de atención a la salud. En estas regiones el problema alcanza tasas elevadas y se mantiene más o menos constante en los seis años.

En esta región, además de altas tasas, se observa una agudización del problema por el ascenso en la proporción de egresos hospitalarios durante el período; lo cual se puede explicar por aumento en la cobertura de atención hospitalaria o por agudización de las causales de estos padecimientos lo que, posiblemente, es una mejor explicación si tenemos en cuenta el agudo deterioro de las condiciones de vida de la población.

La REGION VI. Oriente, debido a su cercanía con la región I y su complejidad socio-económica, se presentan las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en primer lugar. El comportamiento de los demás padecimientos resulta similar a el Valle de Aburrá en cuanto a la importancia de las respiratorias, las digestivas, etc. Lo anterior se explica posiblemente por la similitud de estas dos regiones en cuanto a condiciones sociales, su economía agrícola e industrial, así cómo por la proximidad a Medellín, lo que las constituye en zonas meso-metropolitanas.

Con base en lo anterior se observa cómo se van marcando diferencias en los perfiles regionales así, mientras en Valle de Aburrá y Oriente, se presentan con alta frecuencia las denominadas

enfermedades del desarrollo, sin dejar de tener importancia las infecciosas y parasitarias (que ocupan el 5 lugar en el perfil patológico por egreso hospitalario), en las demás regiones éstas ocupan los primeros lugares que, como se señaló anteriormente, están determinadas por condiciones de extrema pobreza y marginalidad.

Respecto a los grupos patológicos no analizados en este apartado es importante señalar que en general presentan un comportamiento similar en los años de estudio y con bajas proporciones, lo cual no necesariamente indica que sean poco importantes en la morbilidad hospitalaria, sino que posiblemente se oculten por efecto del agrupamiento.

#### TASAS DE EGRESO HOSPITALARIO.

En el análisis de las diferencias de la morbilidad hospitalaria entre las regiones, según las tasas de egreso hospitalario<sup>47</sup>, que pueden verse en el Cuadro 19, se observa que la estructura de egresos para cada región no presenta grandes modificaciones respecto a la distribución porcentual; sin embargo, las diferencias entre una región y otra son evidentes.

Tal como lo indica el mismo cuadro 19, mientras en las regiones del Valle de Aburrá y Oriente, las principales tasas de atención hospitalaria corresponden a: complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tumores, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, circulatorias, respiratorias, digestivas y accidentes, envenenamientos y violencias.

En Magdalena medio-Bajo Cauca se presentan las más altas tasas del Departamento por infecciosas y parasitarias. También es de notar que esta región mantiene prácticamente la misma tasa de egresos por accidentes, envenenamientos y violencias durante todo el período. Igualmente en Urabá y Occidente se muestra un deterioro

---

47 Que como ya se dijo, se ha hecho un suaviamiento de la información anual a partir de un promedio móvil trienal; así por ejemplo: las tasas del año 81, se obtienen del promedio de egresos de 1980, 1981 y 1982 y el denominador es la población estimada para 1981

creciente de las condiciones de existencia expresado en la alta frecuencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, accidentes, envenenamientos y violencias, respiratorias y digestivas.

CUADRO 19.

ANTIOQUIA: Tasas de egreso hospitalario por regiones según CIE-OMS 1981-1985.

GRUPO CIE OMS	REGION (Tasas por 10000)						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
1981							
I	43	139	90	94	84	55	60
II	22	5	10	5	4	6	15
III	16	8	15	14	5	11	14
IV	2	2	2	2	2	1	2
V	10	3	6	6	1	6	8
VI	21	6	8	8	3	6	15
VII	36	14	31	22	8	18	29
VIII	51	36	59	56	29	45	49
IX	49	29	53	31	18	30	42
X	41	25	40	30	16	25	35
XI	136	60	94	70	47	90	111
XII	6	6	8	8	4	5	6
XIII	14	5	6	6	3	6	10
XIV	10	1	2	1	1	2	6
XV	16	4	8	5	7	8	12
XVI	17	8	11	8	4	6	13
XVII	55	36	41	41	26	35	47
TOT	544	386	484	407	263	357	475
1982							
I	41	134	85	96	90	52	58
II	23	5	12	5	4	7	16
III	16	7	14	14	5	11	14
IV	2	2	2	2	2	2	2
V	10	3	5	6	1	6	8
VI	21	6	8	8	4	7	15
VII	36	14	32	22	8	19	30
VIII	50	36	64	59	32	48	50
IX	48	27	60	32	20	32	43
X	41	24	45	31	18	27	36
XI	133	65	105	74	53	99	113
XII	6	5	9	9	5	5	6
XIII	14	5	7	6	4	7	11
XIV	10	1	3	1	1	2	7
XV	16	5	9	6	8	8	12
XVI	14	8	11	9	4	6	11
XVII	53	34	45	45	33	36	47
TOT	534	381	516	425	292	373	477

Cuadro 19 (continuación)

ANTIOQUIA: Tasas de egreso hospitalario por regiones CIE-OMS  
1981-1985  
CIE-OMS REGION (Tasas por 10000)

1983							
I	37	118	69	84	84	46	51
II	23	5	13	5	4	7	17
III	16	7	15	14	5	12	14
IV	2	3	2	3	2	2	2
V	11	3	5	6	1	7	8
VI	21	5	8	8	4	7	15
VII	37	16	34	25	9	21	31
VIII	52	36	64	62	36	52	52
IX	49	26	64	34	21	34	44
X	42	25	47	31	21	28	37
XI	132	76	110	79	63	106	115
XII	6	6	10	9	6	5	6
XIII	15	5	9	7	4	8	11
XIV	10	1	3	1	1	3	7
XV	17	6	10	6	8	7	13
XVI	14	7	10	9	6	6	11
XVII	53	35	47	51	41	37	49
TOT	539	380	520	434	315	390	486
1984							
I	34	92	52	68	68	40	44
II	23	5	13	6	4	7	17
III	17	7	15	15	6	12	15
IV	2	3	2	3	2	2	2
V	11	2	4	6	1	7	8
VI	21	5	7	8	4	7	15
VII	38	16	36	27	10	22	32
VIII	55	37	66	65	38	55	55
IX	48	25	67	36	20	34	44
X	43	25	50	32	25	29	39
XI	134	83	113	85	72	107	118
XII	6	7	10	10	6	6	7
XIII	15	6	10	8	5	9	12
XIV	10	1	4	1	1	3	7
XV	17	6	10	6	8	7	13
XVI	13	7	8	9	6	5	10
XVII	55	35	51	56	46	39	51
TOT	543	362	517	440	322	391	488

Fuente: Archivos Anuales de Egresos hospitalarios. 1980-1985.  
Nota: Los numeradores de las tasas son los promedios móviles trienales, osea para 1981 por ejemplo, es el promedio de 1980, 1981 y 1982 y para 1984, es el promedio de 1983, 1984 y 1985.

Llama la atención, la importancia que tienen en Suroeste las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio que llega



incluso a superar en algunos años la tasa registrada en Valle de Aburrá. Tal como se observó al analizar la distribución porcentual de algunas patologías, en esta región las enfermedades del aparato digestivo tienen mucha importancia.

En Occidente destacan, de acuerdo a este agrupamiento, las infecciosas y parasitarias que se mantienen durante los seis años en el primer lugar con una tasa que supera el 84 por diez mil, hasta el trienio 1982 a 1984; Como segunda causa aparecen las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, seguida por las respiratorias y las digestivas que registran un alza en la tasa de egreso en los seis años. En esta región además, los accidentes, envenenamientos y violencias han cobrado mayor importancia en el tiempo, alcanzando valores cercanos a los del Valle de Aburrá, lo cual se expresa en tasas que van de 41 a 56 por diez mil habitantes entre 1980 y 1985.

Como puede verse en el cuadro 19 la variación en el tiempo que muestran las tasas es prácticamente nula pues los promedios se mantienen sin modificaciones bruscas y si tomamos en cuenta la tasa promedio de 1981 a 1985 (cuadro 20 y gráfica 2) observamos que 116 por diez mil de los egresos registrados corresponden a complicaciones del embarazo, parto y puerperio los cuales alcanzan tasas más altas en Valle de Aburrá, Oriente y Suroeste. Le siguen las respiratorias con mayor aporte en las regiones de Suroeste y Occidente. Los accidentes, envenenamientos y violencias presentan las más altas tasas en: Valle de Aburrá, Occidente y Suroeste, por su parte las infecciosas y parasitarias son las responsables del mayor número de los egresos hospitalarios en la región del Magdalena medio-Bajo Cauca donde alcanza una proporción dos veces mayor a la que se registra para el total de las regiones del Departamento. En Urabá, Occidente y Suroeste los egresos por éste grupo también se presentan con tasas relativamente altas. Lo anterior nos induce a esbozar algunos elementos importantes:

-El hecho de que los egresos del grupo complicaciones del embarazo, parto y puerperio tengan tanta importancia, a pesar de aislar los casos de parto normal que se registraron, indica que

existen serios problemas de atención a la madre durante el embarazo el parto y el postparto.

-El que se considere el grupo de accidentes, envenenamientos y violencias como estados mórbidos por el hecho de que se atienden clínicamente y sin importar su causalidad, no solo afecta la estructura de la morbilidad, sino que además oculta el problema y enmascara el problema socio político como "fenómeno biológico". Por otra parte, si se le sigue considerando como parte de los problemas de salud, se observa con preocupación el ascenso que registra en la tasa de egreso hospitalario en casi todas las regiones.

-El comportamiento de las respiratorias y de las infecciosas y parasitarias, señalan la necesidad de profundizar en ello y, como se ha planteado anteriormente, muestran el deterioro de las condiciones de vida de la población.

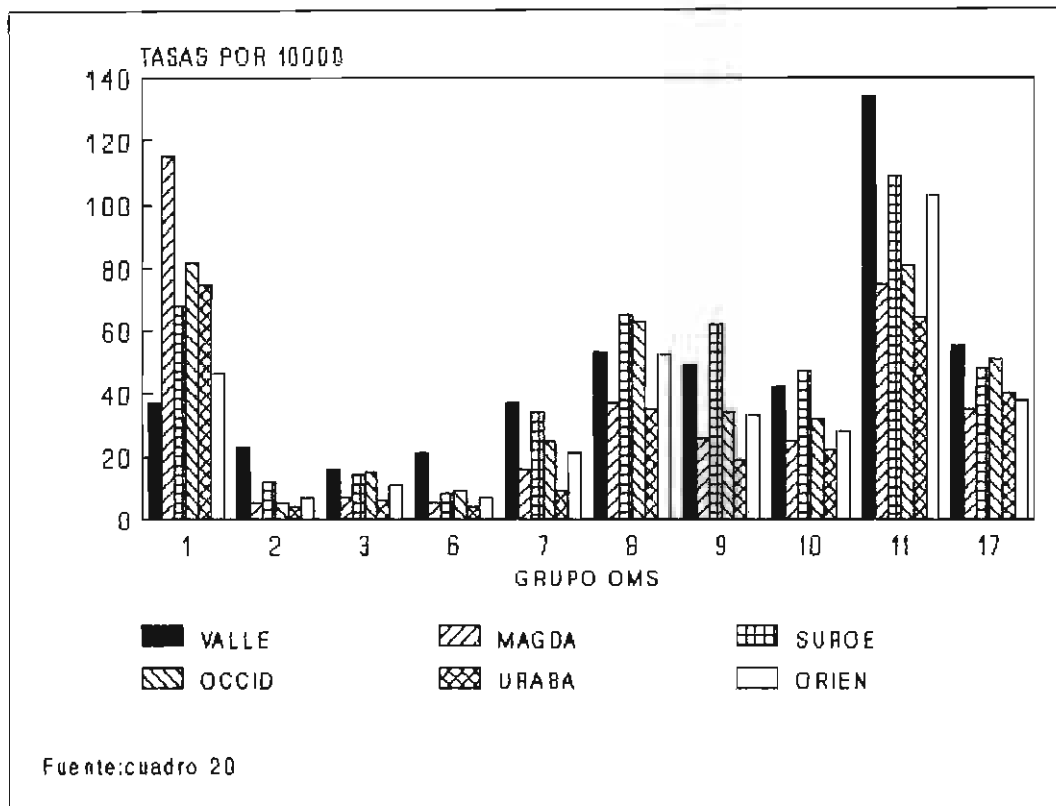
CUADRO 20

ANTIOQUIA: tasas de egreso hospitalario por regiones según CIE-OMS promedio 1981-1985.

REGION (Tasas por 10000)

CLASIF.OMS	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
I	37	115	68	82	75	46	50
II	23	5	12	5	4	7	16
III	16	7	14	15	6	11	14
IV	2	3	2	3	2	2	2
V	11	3	5	6	1	6	8
VI	21	5	8	9	4	7	15
VII	37	16	34	25	9	21	31
VIII	53	37	65	63	35	52	53
IX	49	26	62	34	19	33	43
X	42	25	47	32	22	28	37
XI	134	75	109	81	64	103	116
XII	6	6	9	10	5	5	6
XIII	14	5	8	7	4	8	11
XIV	10	1	3	1	1	3	7
XV	17	6	9	6	8	7	13
XVI	13	7	9	8	5	6	11
XVII	55	35	48	51	40	38	50
TOT.	540	377	514	437	305	383	384

FUENTE: Archivos Anuales de egreso hospitalario. 1980-1985



GRAFICA 2: TASAS DE EGRESO. PRINCIPALES CAUSAS O.M.S. POR REGIONES. PROMEDIO 1981-1985

## 11. PERFILES REGIONALES DE MORBILIDAD.

### II.1 CONDICIONES DE EVITABILIDAD Y DESIGUALDADES REGIONALES

Al analizar la estructura de la morbilidad en el total del Departamento diferenciándola con base en esta propuesta de agrupamiento, se observa (cuadro 21) que para 1985 la mayor cantidad de egresos registrados corresponden a "Evitables por un conjunto de medidas" (Grupo IV) y le siguen los agrupados en "Otras" y las "Evitables por diagnóstico y tratamiento precoz". Además, se observa cómo el 62.8% del total de egresos, corresponde a enfermedades evitables.

CUADRO 21

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de egresos hospitalarios según: condición de evitabilidad y número de orden 1985.

CAUSA EVITABLE POR:	#	CASOS	%
CONJUNTO DE MEDIDAS	1	82132	43.0
OTRAS	2	67926	35.5
DIAGNOSTICO Y TRATA- MIENTO PRECOZ	3	14436	7.6
DIFICILMENTE EVITABLES	4	12386	6.5
MEDIDAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL	5	9971	5.2
MAL DEFINIDAS	6	3238	1.7
VACUNA O TRATAMIENTO	7	964	0.5
TOTAL		191053	100.0

Fuente: Archivo anual individual de egresos Hospitalarios, año 1980.

Tal como se observa en el cuadro 22, en todas las regiones el grupo de evitables por un conjunto de medidas es el de mayor importancia lo cual indica que la gran parte de la morbilidad que demanda atención hospitalaria es evitable mediante la puesta en marcha de acciones mixtas que atañen no sólo a la prestación de servicios sino fundamentalmente a condiciones de desarrollo social al servicio de la población. Urabá y Oriente son las regiones que aportan los más altos porcentajes en este grupo de patologías, 50.2 y 47.3%, y le sigue Occidente y Suroeste.

Después de este grupo, en Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca las enfermedades evitables por condiciones de saneamiento ambiental son las que mayor importancia señalan con 19.6 y 11.1%; y su posibilidad de evitabilidad se da principalmente por mejoría en condiciones ambientales para prevenir, erradicar y controlar los factores de riesgo, en Suroeste sobresalen aquellas evitables con tratamiento médico precoz en los que, probablemente los padecimientos digestivos tienen mucho peso tal como pudo observarse al analizar la distribución según CIE-OMS.

Aunque en el conjunto del Departamento no es muy alto el porcentaje de evitables por vacuna y tratamiento preventivo, llama la atención el caso de la región II que presenta los mayores

porcentajes de egreso por estas causas asociadas con la implementación de medidas como la vigilancia, la educación para la salud y la inmunización entre otras.

Cuadro 22.

Antioquia: Distribución porcentual de las Causas de Egreso Hospitalario según Región y Condición de Evitabilidad.1985

REGION	EVITABLE				DIFICIL DE EVITAR			TOTAL
	T.Prev	Dx	Sanea	Mixtas	Avance	Mal def.	Otras	
I	0.4	7.9	3.8	41.7	7.3	1.8	37.0	100
II	1.1	5.5	19.6	42.3	4.0	1.9	25.5	100
III	0.6	10.2	4.3	42.9	5.9	0.8	35.3	100
IV	0.4	6.4	7.1	43.6	5.2	1.9	35.3	100
V	0.8	4.1	11.1	50.2	3.2	2.1	28.4	100
VI	0.7	6.8	6.0	47.3	5.3	1.0	33.0	100

Fuente: Archivo anual individual de Egreso Hospitalario, año 1980.

Al observar el comportamiento de las tasas con base en los promedios móviles trienales de egreso hospitalario por regiones, resulta también interesante observar como de 1981 a 1985 (cuadro 23) en todas las regiones a excepción del Valle de Aburrá, los padecimientos evitables por un conjunto de medidas presentan una tendencia ascendente y de manera especial en las regiones de Urabá y Suroeste.

Las más altas tasas en este grupo se registran en la región del Valle de Aburrá; probablemente como efecto del gran número de casos de accidentes, envenenamientos y violencias, de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, úlceras y algunas crónico-degenerativas que allí se registran.

Esta cuestión se vincula con los señalamientos hechos en el sentido de que esta región es el principal centro económico de producción del Departamento y uno de los escenarios donde las contradicciones políticas y sociales del sistema se materializan en forma evidente.

CUADRO 23

ANTIOQUIA:tasas de egreso hospitalario por causas evitables y no evitables por regiones. Tasas por 10000.

## GRUPOS DE EVITABILIDAD

REGION AÑO	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
1981							
REG. I	3	43	30	215	35	17	528
REG. II	4	23	116	122	11	8	382
REG. III	4	43	62	173	23	11	476
REG. IV	5	23	65	147	17	8	402
REG. V	4	16	68	95	6	4	256
REG. VI	4	23	40	153	16	6	349
TOTAL	3	36	43	185	27	13	462
1982							
REG. I	3	42	28	210	36	14	517
REG. II	4	22	113	123	11	8	376
REG. III	5	49	57	191	26	11	507
REG. IV	5	24	67	157	18	9	418
REG. V	4	17	74	109	7	4	284
REG. VI	4	24	37	162	17	6	365
TOTAL	3	36	41	187	28	11	465
1983							
REG. I	2	43	26	209	37	14	521
REG. II	3	21	99	136	12	7	374
REG. III	3	52	46	199	27	10	510
REG. IV	3	24	57	169	20	9	428
REG. V	3	17	70	128	8	6	307
REG. VI	3	26	32	173	18	6	382
TOTAL	3	37	37	192	29	11	472
1984							
REG. I	2	42	23	214	37	13	525
REG. II	3	20	74	144	13	7	355
REG. III	3	54	33	205	29	8	507
REG. IV	2	26	44	181	22	9	434
REG. V	3	16	55	143	9	6	314
REG. VI	3	26	27	177	19	5	384
TOTAL	2	37	30	198	30	10	475

Fuente: Archivos Anuales de Registro individual de Egreso Hospitalario 1980-1985.

De acuerdo a la importancia que asumen los egresos del grupo de enfermedades evitables por un conjunto de medidas a la región I le sucede Oriente que se perfila como región agroindustrial de gran importancia económica y profundas transformaciones en su organización social y Suroeste, probablemente muy influida por la

economía cafetalera y sus efectos.

En el grupo III: evitables por saneamiento, son Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca las regiones más afectadas por estas causas; y esta situación tiende a agudizarse en el tiempo y señala un profundo deterioro en la calidad de vida de la población.

De acuerdo al plan de desarrollo de Uraba la región registra en 1984 una tasa de mortalidad general de 10.4 por mil, 25% por encima de la media departamental y una tasa de mortalidad infantil de 153.6 por mil, que frente al 89.9 por mil para el Departamento resulta alarmante. Allí, además de las difíciles condiciones climatológicas, solamente el 31% de las viviendas (en las cabeceras municipales) cuentan con instalación directa al acueducto y apenas el 30% de las viviendas en la zona urbana, tienen algún sistema de eliminación de excretas. El analfabetismo en la población adulta es de 44%, existen serias deficiencias en el suministro eléctrico que da servicio a sólo el 30% de la población y la malaria presenta los más altos índices del Departamento.

En el caso de este grupo de enfermedades evitables por un conjunto de medidas preventivas y de mejoramiento y control de las condiciones físico ambientales, se perfila además de Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca la región de Occidente entre las más afectadas.

En la medida en que el grupo II, evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz incluye patologías asociadas a aspectos de atención a la salud, a condiciones socio-económicas y a algunos aspectos físico ambientales, da cuenta también de la diferenciación regional existente y expresada en la morbilidad hospitalaria. Al aplicar el agrupamiento en las regiones se muestran serios problemas de salud por estas causas en Suroeste y Valle de Aburrá que a pesar de ser la región mejor dotada en recursos para atención médica, registra las más altas tasas de egresos por patologías que pueden estar asociadas a situaciones de stress, enfermedades respiratorias, carcinomas, etc. Posteriormente aparece la región de Urabá que como se ha señalado por sus características socio-económicas se puede ubicar como una de las regiones que presenta

mayores carencias en cuanto a la atención a la salud. Finalmente se agrupan las demás regiones con tasas relativamente más bajas con relación al Valle de Aburrá y muy similares entre sí.

Aunque en el conjunto de grupos las evitables por vacuna presentan las tasas más bajas, es de anotar que Urabá, Magdalena medio-Bajo Cauca y Suroeste son las regiones que presentan los más altos índices de egresos evitables por esta medida; egresos que, comparados con los de Valle de Aburrá por esta medida, resultan alarmantes. Además, es preocupante que hay consulta hospitalaria por causas evitables por esta medida preventiva, ya que se está señalando una alta gravedad. El hecho de que en estas regiones se presenten las tasas más importantes en este grupo, no sólo da cuenta de la ausencia y/o ineficacia de programas de vacunación, sino además, de la influencia de las enfermedades de transmisión sexual que tal como lo indican los planes de salud en estas regiones es un problema relevante.

Respecto a las difícilmente evitables, que conjuntan las patologías de difícil control y tratamiento, dadas las limitaciones técnico-científicas del conocimiento médico, se observa que ellas presentan bajas tasas de egreso en todo el Departamento excepto en Valle de Aburrá. Lo anterior, posiblemente se debe, en gran parte, a que ante la necesidad de hallar una mejor atención médica, se produce un desplazamiento de pacientes con padecimientos de este grupo hacia esta región. Lo mismo sucede con las llamadas "mal definidas" que indudablemente presentan deficiencias en la elaboración de los registros de diagnóstico y el grupo "otras", el cual es extraordinariamente más alto en Valle de Aburrá y señala limitaciones en la clasificación CIE-OMS, para lograr un acercamiento a la causalidad social de ciertas patologías.

Comparando el comportamiento de los grupos patológicos en las regiones con base en las tasas promedio de los años 1981 a 1985 (cuadro 24 y gráfica 3) se observa una tendencia bastante similar a la señalada anteriormente, lo cual indica entre otras cosas, consistencia en la calidad de la información y que no ha habido mucha variación en esta morbilidad. Como puede apreciarse, las



patologías evitables por vacuna y tratamiento preventivo siendo los de más baja tasa de egreso sostienen clara diferencia entre Valle de Aburrá y Oriente (como las de más baja proporción) y el resto de las regiones que alcanzan una tasa promedio que representa el doble de la de las dos primeras regiones. Las evitables por tratamiento médico precoz presentan la mayor proporción en Suroeste y Valle de Aburrá.

CUADRO 24

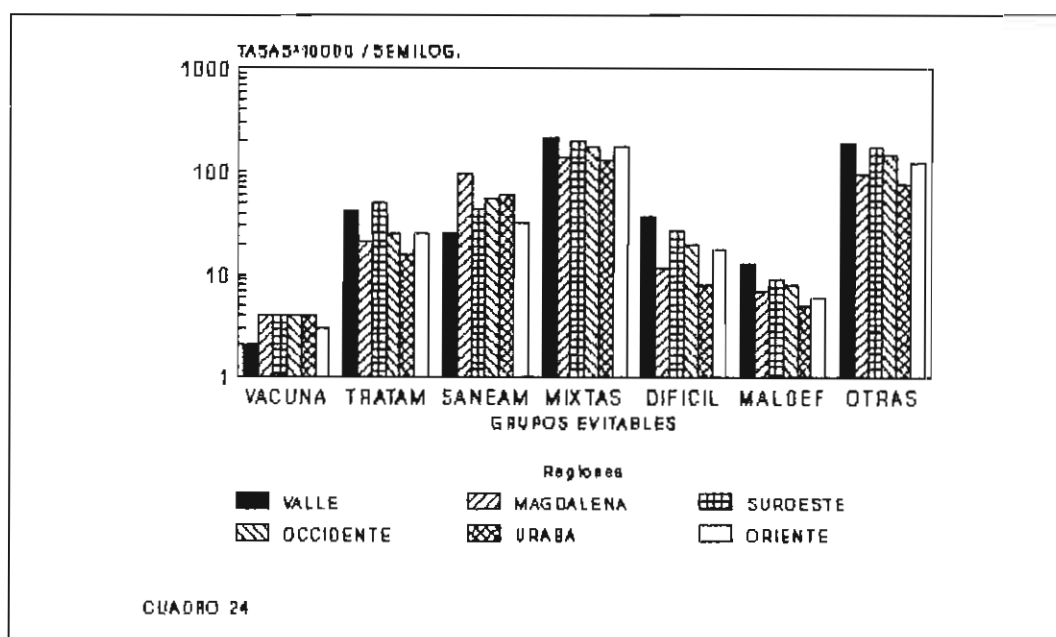
ANTIOQUIA:tasas de egreso hospitalario por regiones según causas evitables. Promedio 1981-1985. Tasas por 10000.

GRUPOS DE EVITABILIDAD

REGION	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
REG. I	3	43	30	215	35	17	528
REG. II	4	23	116	122	11	8	382
REG. III	4	43	62	173	23	11	476
REG. IV	5	23	65	147	17	8	402
REG. V	4	16	68	95	6	4	256
REG. VI	4	23	40	153	16	6	349
TOTAL	3	36	43	185	27	13	462

Fuente: Archivos Anuales de Egresos Hospitalarios 1980-1985.

Nota: El denominador de las tasas es la población de 1983.



GRAFICA 3: TASAS DE EGRESOS POR REGIONES SEGUN EVITABILIDAD. PROMEDIO 1981-1985

## II.2. DESIGUALDAD REGIONAL: ACCESO DIFERENCIAL A LA SALUD

Uno de los procedimientos seleccionados en este estudio para analizar la desigualdad regional de la morbilidad hospitalaria es la tipificación de las tasas de egreso por regiones y por grupos de evitabilidad. Con ello es posible conocer cuantos de los egresos registrados en determinada región se hubieran podido evitar si ella contara con las características económicas, de prestación de servicios y ciertas condiciones materiales de vida de otra seleccionada como región tipo.

En este caso se seleccionó la región I (Valle de Aburrá) puesto que reúne las características de ser la región más urbanizada y que cuenta con una estructura de desarrollo económico-social capitalista más claramente definida. El análisis se centra en los padecimientos de los grupos I: "Evitables por vacuna ó tratamiento preventivo" y III: "Evitables por medidas de saneamiento ambiental", en tanto que a estos grupos corresponden enfermedades fácilmente evitadas con medidas inmuno-prevenibles, de fácil tratamiento y las infecciosas que están directamente asociadas a condiciones materiales de vida, que se expresan en aspectos como: vivienda inadecuada, carencias de agua potable, alcantarillado, hacinamiento y disposición de alimentos.

Tomando en cuenta que de 1980 a 1985 la morbilidad hospitalaria de los padecimientos evitables por vacuna o tratamiento preventivo como difteria, tétanos, venéreas, fiebre reumática (Grupo I) pudo haberse evitado cerca de un 36% anual, y que los evitables con medidas de saneamiento ambiental que incluye padecimientos como gastroenteritis, fiebre tifoidea, hepatitis, etc. (Grupo III) presentaron un porcentaje de evitabilidad cercano al 46% anual; se aprecia como en el Departamento, a pesar del "Desarrollo económico y de la implementación de programas de atención a la salud", gran parte de la población sigue padeciendo enfermedades evitables mediante la aplicación de medidas relativamente sencillas o de asistencia básica.

El hecho de que estos grupos patológicos tengan tanta importancia y que sean evitables con medidas preventivas y curativas cuestiona la racionalidad de la organización social y orienta respecto a la forma en que ésta se asocia con las condiciones de salud-enfermedad. Además, en cierta forma cuestiona los "éxitos" de los programas de atención primaria; pues según, las directrices de la política sanitaria estatal, al nivel secundario de atención (hospitalario), deben llegar sólo los problemas de salud que por su complejidad clínica no son captados en el primer nivel.

Por otro lado consideramos que los incrementos en la tasa de egreso hospitalario obedecen fundamentalmente a un aumento en la prestación de los servicios de salud, expresado en mayor cobertura y por lo tanto en más altos registros de ingreso, o al agravamiento de las condiciones socio-económicas que determinan la aparición o incremento de ciertos estados mórbidos por los que se demandan los servicios médicos. En el caso que nos ocupa se considera que la segunda razón es determinante respecto a los aumentos en las tasas, ya que en la década de los 80 el deterioro de las condiciones de vida de la población es evidente y porque de acuerdo a los planes de salud, en el lapso de los seis años, los mayores esfuerzos por incrementar coberturas se dirigen principalmente al nivel primario de atención.

Como puede apreciarse en el cuadro 25, si en las regiones de Departamento (exceptuando a Valle de Aburrá) se contara con la cobertura de servicios de salud, los programas de inmunoprevención y las condiciones ambientales que tiene la región I, se hubieran podido evitar egresos hospitalarios. Ello es que, de 1980 a 1985, por cada 100 egresos correspondientes a padecimientos evitables por vacuna y tratamiento preventivo y por saneamiento ambiental se pudieron haber evitado anualmente más de 30 egresos.

Cuadro 25

ANTIOQUIA: Distribución de los Egresos observados y esperados e ingresos evitables según estructura por tipo de evitabilidad: vacuna y saneamiento ambiental.

Tipos de Egreso y Porcentaje Evitables	REGION Y GRUPO DE CAUSAS												TOTAL Evita dos.
	II		III		IV		V		VI				
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			
1980													
E.Reales	37	1399	79	2235	69	1483	61	1558	141	2529		9591	
E.Esperados	37	484	89	1166	67	877	59	769	145	1887		5555	
Ing.Evitables	0	915	-10	1069	2	606	2	789	-4	642		4010	
% Evitabilidad	0	65	-13	48	3	41	3	51	-3	25		41.8	
Tasa Tip RgI	2.5	22.2	2.2	39.5	2.6	21.2	2.6	16.4	2.4	19.1			
1981													
E.Reales	71	1586	258	2140	241	780	184	1495	338	2160		10253	
E.Esperados	57	438	130	1003	98	757	93	721	214	1646		5157	
Ing.Evitables	14	1148	128	1137	143	1023	91	774	124	514		5096	
% Evitabilidad	20	72	50	53	59	57	49	52	37	24		49.7	
TasaT. RgI	4.7	104.6	7.4	61.6	9.2	67.8	7.4	59.9	5.9	37.9			
1982													
E.Reales	66	2294	108	2049	115	1847	81	2051	131	2097		10839	
E.Esperados	34	449	74	978	56	742	58	765	122	1628		4906	
Ing.Evitables	32	1845	34	1071	59	1105	23	1286	9	469		5933	
% Evitabilidad	49	80	32	52	51	60	29	63	7	22		54.7	
TasaTip RgI	4.2	147.2	3.2	60.3	4.5	71.7	3.1	77.2	2.3	37.1			
1983													
E.Reales	36	1421	95	1587	53	1528	64	2374	145	1977		9280	
E.Esperados	28	430	57	893	44	681	49	760	97	1507		4546	
I.Evitables	8	991	38	694	9	847	15	1614	48	470		4734	
% Evitabilidad	23	70	40	44	17	55	24	68	33	24		51.0	
TasaTip RgI	2.2	88.8	2.9	47.8	2.1	60.4	2.3	84	2.6	35.			
1984													
E.Reales	64	1018	134	912	81	966	90	1490	194	1359		6308	
E.Esperados	40	347	79	686	60	525	73	636	135	1174		3755	
Ing.Evitables	24	671	55	226	21	441	17	854	59	185		2553	
% Evitabilidad	38	66	41	25	25	46	19	57	30	14		40.5	
TasaTip RgI	3.9	61.9	4.1	28.1	3.3	38.9	3.0	49.5	3.5	24.4			
1985													
E.Reales	72	1236	99	685	44	796	84	1107	139	1249		5511	
E.Esperados	36	341	69	640	53	492	69	645	119	1111		3395	
Ing.Evitables	36	895	30	45	-9	304	15	462	20	138		1936	
% Evitabilidad	49	72	31	7	-20	38	18	42	14	11		35.1	
TasaTip RgI	4.3	73.2	3.1	21.6	1.8	32.6	2.6	34.6	2.5	22.7			

Fuente: Archivos Anuales Individuales de Egresos Hospitalarios 1980-1985

Se aprecian diferencias entre las regiones en cuanto al número de ingresos evitables. Magdalena medio-Bajo Cauca, Urabá y Suroeste son las regiones que durante los seis años estudiados, registran los más altos porcentajes de ingresos evitables por vacuna y tratamiento preventivo. A excepción de Occidente, en todas las demás regiones los porcentajes de evitabilidad de este grupo de padecimientos presentan tendencia ascendente en los seis años, lo cual es especialmente notorio en el caso de Magdalena medio-Bajo Cauca, pues los datos indican que de ningún caso evitable por estas medidas en 1980, el porcentaje de evitabilidad pasó a 49% en 1895. Lo que indica nuevamente que la población de esta región no sólo está expuesta a precarias condiciones materiales de vida, sino que también se perfila como una de las regiones más desprotegidas en cuanto a la prevención de enfermedades transmisibles.

La región que durante el período estudiado registra los más bajos niveles de evitabilidad es Oriente y ello en parte puede deberse a las características del desarrollo económico social en la región y a la proximidad con la región tipo, que hacen que participe en mucho de las condiciones de evitabilidad que allí existen.

Al analizar los padecimientos que demandaron atención y que hubieran podido evitarse si al menos las regiones contaran con las condiciones de saneamiento ambiental que existen en la región tipo, se aprecia que gran parte de la morbilidad hospitalaria de Antioquia está comprometida con las características de insalubridad y deterioro ambiental, llegando incluso el porcentaje de evitabilidad a superar el 70% en algunas regiones. Además llama la atención observar que mientras en Suroeste y Oriente se registra una tendencia descendente en los porcentajes de evitabilidad durante los seis años estudiados. En Urabá y Occidente el número de egresos que han podido evitarse con estas medidas se mantiene muy alto respecto a las demás regiones y presenta una tendencia estable en el tiempo y en el caso de Magdalena medio-Bajo Cauca el problema parece ser más grave, pues no solamente el número de casos que han

podido evitarse es alto (en el año 83 por cada 100 egresos de este grupo de evitabilidad 80 pudieron evitarse), sino que además estos casos evitables se presentan, desde 1980 en adelante con una tendencia ascendente y como se sabe, gran parte de estos corresponde a los de propagación por vector -especialmente malaria- y las infecto-gástricas.

De esta manera, los porcentajes de evitabilidad señalan las diferencias de la morbilidad hospitalaria como expresión de las desigualdades regionales existentes, y ayuda a comprender cómo determinadas condiciones de vida de la población actúan en la génesis de algunos procesos mórbidos. En el caso de Antioquia se observa cómo además de que existe un predominio de estas causas evitables en todo el Departamento, en Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca el problema es mayor dado que los porcentajes de egresos hospitalarios que pudieron haberse evitado con medidas inmunológicas, de tratamiento preventivo y saneamiento, presentan un aumento en el tiempo que corrobora una vez más la evidencia empírica que se ha ido develando a lo largo del estudio; por la cual estas dos regiones, pese a la importancia económica y política que tienen, están sujetas a precarias condiciones de prevención de las enfermedades.

A lo largo de este estudio hemos hablado de heterogeneidad regional no única, ni centralmente en cuanto a diferencias económico-sociales de las regiones, sino fundamentalmente en términos de desigualdad regional, entendida ésta como la expresión del desarrollo capitalista que no sólo genera espacios diferentes de valorización del capital, sino que además se reproduce sobre la base de la desigualdad social, que en el terreno de la salud-enfermedad no es más que la concreción del acceso diferencial a la salud que se materializa en las clases, grupos sociales y las regiones con diferencias evidentes en la morbilidad hospitalaria.

### II.3. DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS DE LOS PATRONES DE MORBILIDAD: UN CASO DE ASOCIACION EPIDEMIOLOGICA; ALCANCES EXPLICATIVOS DE LA REALIDAD A TRAVES DE LA PROPUESTA.

Al analizar la morbilidad hospitalaria de Antioquia con base en la propuesta de agrupamiento de patologías denominada de "Asociación Causal"; se observa como en todo el Departamento los padecimientos que más morbilidad hospitalaria registran corresponden al Grupo V: "Padecimientos de Asociación Causal con Capacidad Reproductiva" que presenta un leve aumento porcentual de 1980 a 1985, y que significa cerca de un 43% de todos los egresos anuales registrados. Con aproximadamente un 20% de los egresos totales se presentan los del Grupo VII: "No Clasificables en Otro Grupo" que representan el segundo lugar en importancia y, al que le siguen los padecimientos de asociación "Con Características del Ambiente", los que se clasifican en "Dos o Más Grupos de Asociación" , los de asociación al "Proceso de Trabajo" y, finalmente aparecen las asociadas a "Situaciones de stress" y de "Distribución y Consumo de Alimentos".

Observando en detalle la estructura de la morbilidad, llama la atención el hecho de que las diferencias entre regiones son grandes y en general, como se verá más adelante, mantienen entre los años 1980 y 1985 un comportamiento relativamente estático (cuestión ésta que de por sí resulta bastante preocupante).

Como puede verse en el cuadro 26 los padecimientos asociados a la capacidad reproductiva, son la principal causa de egreso hospitalario en todo el Departamento y en todas las regiones. La más alta distribución porcentual se presenta en Oriente, lo que posiblemente está muy influido por las complicaciones del embarazo, parto y puerperio pues, tal como se señaló en el apartado I de la segunda parte de este trabajo, es esta región la que mayor número de casos presenta por esas causas y, de ser así, estaría indicando no sólo la existencia de problemas biológicos que afectan la reproducción humana, sino también de deficientes condiciones y

calidad en la prestación de los servicios de salud, especialmente en control prenatal y atención del parto.

Cuadro 26

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de los Egresos Hospitalarios según Asociación con Condiciones de Vida. 1980 - 1985.

ASOCIACION CON:	AÑO					
	1980 %/orden	1981 %/orden	1982 %/orden	1983 %/orden	1984 %/orden	1985 %/orden
I C. Ambiente	16.5	16.7	16.4	15.6	17.5	12.5
Vía de Propagación						
- Digestiva	7.6/ 3	6.8/ 5	6.8 4	6.1 5	4.5 6	3.9 7
- Respiratoria	6.2/ 6	7.0/ 4	6.1 6	5.9 6	6.3 5	5.9 5
- Concto Drto	1.5/ 9	1.5/ 9	1.6 10	1.7 10	1.7 9	1.6 9
- Vector	1.2/10	1.4/ 10	1.9 9	1.9 9	1.0 10	1.1 10
II. Proceso de Trabajo	6.7 5	6.5/ 6	6.6 5	6.7 4	6.9 4	6.8 4
III. Stress	3.7 7	4.0/ 7	4.0 7	4.2 7	4.4 7	4.0 6
IV. Alimentos	2.3 8	2.4/ 8	2.5 8	2.4 8	2.5 8	2.5 8
VI. Reproduc.	42.8 1	43.2/ 1	42.6 1	42.5 1	42.7 1	44.2 1
VII. Dos o más Grupos	7.1 4	7.8/ 3	7.9 3	8.3 3	9.0 3	9.0 3
VIII. No Clasificab.	20.9 2	19.4/ 2	20.0 2	20.3 2	21.0 2	21.0 2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Archivos Anuales individuales de Egresos Hospitalarios.1980-1985.

En el Valle de Aburrá los padecimientos del Grupo VII: No Clasificables en Otros Grupos de Asociación ocupan el segundo lugar en importancia con una distribución porcentual cercana al 20% en todos los años estudiados. A este grupo pertenecen aquellos procesos mórbidos cuya asociación con determinadas condiciones de existencia no es posible identificar con la información disponible, debido en buena parte al alto nivel de especificidad de los diagnósticos o porque, tratándose de información tan amplia como la morbilidad hospitalaria de un Departamento y sus regiones, resulta discutible definir el agrupamiento de algunas patologías registradas.

La distribución de este grupo VII en las demás regiones es relativamente baja y alcanza porcentajes cercanos a 14% , Por su



parte en las regiones de Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá los grupos que ocupan el segundo lugar en importancia son las asociadas a características del ambiente que indican el predominio de deficientes condiciones materiales de vida materializadas en aspectos como vivienda, vestido, disposición de servicios básicos, condiciones ambientales, etc.

Cuando se aborda el análisis para cada uno de los subgrupos de esta clasificación se revela con más fuerza la heterogeneidad inter-regional, puesto que estos subgrupos orientan respecto a aspectos más específicos de las condiciones ambientales asociados con la presencia de ciertos estados mórbidos. A pesar de que los padecimientos propagados vía digestiva registran en el tiempo descensos en su distribución porcentual en casi todas las regiones, se presentan con mayor importancia en Occidente y Urabá (cuadro 27).

Cuadro 27

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de los egresos hospitalarios según asociación con Condiciones de Vida por Regiones. 1985.

ASOCIACION CON:	REGION									
	I % orden	II % orden	III % orden	IV % orden	V % orden	VI % orden				
I. C.Ambiente	10.5	24.9	13.1	17.4	18.6	13.0				
Vía de Propagación										
Digestiva	3.4	7	5.4	6	4.0	6	5.6	6	6.3	5
Respitoria	5.6	5	6.5	5	6.7	5	7.0	5	6.3	5
Concto Drto	1.3	9	2.5	8	2.2	9	3.0	8	2.7	7
Vector	0.2	10	10.5	3	0.2	10	1.8	10	3.3	6
II. Proceso de Trabajo	6.8	4	5.0	7	7.7	4	7.6	4	6.4	4
III. Stress	4.4	6	2.1	9	3.7	7	4.0	7	1.9	8
IV. Alimentos	2.5	8	1.8	10	3.5	8	2.8	9	1.6	9
VI. Reproduc	42.8	1	45.8	1	46.7	1	41.0	1	44.7	1
VII. Dos o más Grupos	9.2	3	6.3	4	9.1	3	9.2	3	8.6	3
VIII. No Clasificab.	23.8	2	14.1	2	16.2	2	18.0	2	18.2	2
TOTAL	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	

Fuente: Archivos anuales individuales de Egresos Hospitalarios 1985.

Los padecimientos propagados vía respiratoria destacan fundamentalmente en Occidente y Suroeste y se registran en menor proporción en Valle de Aburrá, Urabá, Oriente y Magdalena medio-Bajo Cauca. Las patologías del grupo de asociación según contacto directo aparecen en todo el período estudiado con gran importancia en Occidente, Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá.

Llama la atención observar que para el caso de Urabá se aprecia un ascenso en sus frecuencias entre 1980 y 1985, lo cual se puede interpretar como un empeoramiento en sus causas que se supone son producto de las pésimas condiciones de servicios, hacinamiento e insalubridad que allí predominan además de las situaciones sociales que allí predominan y que favorecen la situación anterior.

Aunado a lo anterior aparecen los padecimientos propagados por vector, ya que en los seis años estudiados, Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá mantienen el más alto número de egresos hospitalarios por esta causa y, mantienen una clara diferencia con respecto a Oriente, Suroeste y muy especialmente con Valle de Aburrá y Occidente. Para dar sólo un ejemplo de lo anterior baste observar que mientras Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá registraron en 1983 el 20.4 y el 12.9 respectivamente; Suroeste y Valle de Aburrá lo hicieron en 0.3% (cuadro 27).

En el grupo VI: Clasificables en dos ó más grupos de asociación causal se inscriben de manera especial aquellos procesos mórbidos cuya complejidad hace prácticamente imposible establecer en forma tajante, su relación con uno sólo de los grupos de asociación. En el año 80 las regiones que mayor frecuencia de egresos hospitalarios por éstas causas presentaron fueron: Occidente con 7.6% y Valle de Aburrá con 7.4%, para los años siguientes, ambas regiones mantuvieron su importancia y el número de casos aumentó notoriamente en todas las regiones.

En tercer lugar de importancia aparecen los padecimientos asociados a situaciones de stress que presentan una distribución porcentual más alta en las regiones de Occidente, Valle de Aburrá y Suroeste y más baja en Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca.

Con respecto a los padecimientos asociados a la disponibilidad

y consumo de alimentos, se observa una distribución porcentual muy similar entre las regiones y en el tiempo. Pese a lo anterior, las regiones Suroeste y Occidente presentaron las más altas frecuencias, lo cual ilustra la severidad del problema nutricional de una parte de la población del Departamento. Es importante considerar que en este grupo están incluidos egresos causados por síndrome pluri-carencial de la infancia -kwashiorkor - (código 260 CIE. 9-Rev.) que presenta una tendencia creciente en el tiempo según el número de casos (de 38 en 1980 pasó a 52 en 1984). Además parece importante tener en cuenta cómo en este grupo se registraron gran número de casos de desnutrición proteino-calórica grave (o de tercer grado) con un total de 267 casos en 1980 que ascendió a 321 en 1984.

El comportamiento de las patologías asociadas al proceso de Trabajo señala que, mientras en Magdalena medio-Bajo Cauca, que ocupa el primer lugar en 1980 se presenta un leve descenso en el número de casos registrados al llegar a 1985, en todas las demás regiones se observa un aumento en la distribución porcentual de estos casos y muy especialmente en Suroeste y Occidente, que en 1985 alcanzan frecuencias superiores a las del Valle de Aburrá. Lo anterior plantea la necesidad de un estudio más específico que permita establecer las características en que se presentan estos padecimientos y lo determinante en su comportamiento.

Buscando penetrar un poco más en las desigualdades regionales de morbilidad hospitalaria, se analizó la información teniendo en cuenta la zona de residencia de la población atendida en este servicio (cuadro 28), las desiguales condiciones materiales de vida se expresan en diferencias en los perfiles de acuerdo al lugar de residencia. En 1985, los padecimientos asociados con las condiciones materiales de vida (Grupo I) señalan un mayor peso en la zona rural que en la urbana y se expresan con mayor frecuencia en los padecimientos propagados por vía respiratoria y por vía digestiva, lo cual indica deficiencias en las condiciones de vivienda, servicios públicos y de saneamiento ambiental.

Con una frecuencia similar se presentan en ambas zonas los

padecimientos asociados al proceso de trabajo y los asociados a disponibilidad y consumo de alimentos que dan cuenta de una generalización del problema nutricional en todo el Departamento. los padecimientos asociados a situaciones de stress, en tanto son índices de la existencia de situaciones de vida críticas, con gran tensión emocional, se registran con mayor frecuencia entre los pobladores de la zona urbana y sucede lo mismo con los padecimientos del grupo VII: No clasificables en otros grupos de asociación y los de Asociación con dos o más grupos. Respecto a los padecimientos asociados a la capacidad reproductiva llama la atención observar que, en contra de lo que se esperaba, se registran en este grupo más casos en la zona rural que en la urbana. Lo anterior se plantea con base en la consideración de que la zona urbana es la que cuenta con más recursos hospitalarios y esperando que el análisis por regiones permita esclarecer esta situación.

Cuadro 28

ANTIOQUIA: Distribución de los egresos hospitalarios según asociación con condiciones de vida. Por zona de residencia. 1985.

ASOCIACION CON:	ZONA			
	Urbana		Rural	
	%	orden	%	orden
I. C.Ambiente	11.8		15.2	
Vía de Propagación				
- Digestiva	3.9	7	4.5	6
- Respiratoria	5.8	5	6.5	5
- Concto Drto	1.4	9	2.2	8
- Vector	0.7	10	2.0	10
II. Proceso de Trabajo	6.8	4	6.7	4
III. Stress	4.3	6	3.1	7
IV. Alimentos	2.5	8	2.5	9
VI. Repducc	45.5	1	46.9	1
VII. Dos o más Grupos	9.3	3	7.9	3
VIII. No Clasificable	21.9	2	17.7	2
TOTAL	100		100	

Fuente: Archivo Anual Individual de Egresos Hospitalarios 1985.

Por regiones, se observa que del total de egresos registrados en la zona urbana de Antioquia en 1985 (cuadros 29), la región I: Valle de Aburrá, representa el 76.5%, le siguen Oriente (7.5%), Suroeste (5.6%), Occidente, Urabá (3.7%) y finalmente Magdalena medio-Bajo Cauca con 3.1%. En el total de la zona rural el primer lugar lo ocupa Oriente (29.7%) lo cual induce a pensar que es esta región la responsable de que sean más importantes los padecimientos asociados a la capacidad reproductiva en la zona rural del Departamento que en la zona urbana. En orden de importancia a esta región le sigue, Suroeste (20.9%), Valle de Aburrá (17.8%), y posteriormente Occidente, Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá con 14.7, 11.8 y 5.0% respectivamente (cuadro 30).

Con excepción de los padecimientos asociados a la capacidad reproductiva y los no clasificables en otros grupos de asociación (que ocupan los primeros lugares en todas las regiones), los egresos más significativos por su frecuencia en Valle de Aburrá corresponden al grupo de asociación con dos o más grupos y a los de asociación con el proceso de trabajo. En Magdalena medio-Bajo Cauca los más importantes son los del grupo VII: No clasificables en otro grupo de asociación y los del grupo I.d.: Padecimientos de asociación con características del ambiente según vía de propagación por vector, con lo cual esta región se ubica como la más afectada por estos padecimientos. Resulta contrastante comparar cómo, mientras en esta región los egresos por este grupo de asociación representaron en el año 85 el 12%, en Suroeste lo fueron en un 0.2%. En esta última región la mayor frecuencia corresponde a los padecimientos asociados a dos o más grupos de asociación, en esta región además llama la atención la importancia que tienen los asociados al proceso de trabajo en tanto que se trata de una zona de producción cafetalera.

En Occidente y Urabá los padecimientos asociados al proceso de trabajo se registran con mayor frecuencia en la zona rural lo que posiblemente se deba al predominio de riesgos laborales y los efectos de la prácticamente inexistencia de seguridad social para estos sectores.

En este punto parece importante resaltar dos cuestiones: La primera se refiere a que las regiones de Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá son las que registran el mayor número de padecimientos asociados a características del ambiente propagados según vía respiratoria, por contacto directo y muy especialmente por vector, siendo la distribución porcentual mayor en la zona rural. Esto nos lleva a reconocer allí el predominio de pésimas condiciones de vida y particularmente de salud, más aún, cuando tanto se habla y aparentemente se hace por "erradicar la malaria" que como se sabe es la principal enfermedad que incluye este grupo. De todos los egresos asociados a características del ambiente propagados por vector en la zona rural del Magdalena medio-Bajo Cauca se registra la mayor proporción de estos egresos hospitalarios. Se considera interesante profundizar posteriormente en esta situación ya que no sólo señala una clara diferencia de este grupo en lo urbano-rural de las dos regiones, sino que está indicando la existencia de un problema bastante serio en la zona rural de una región a la que no se le han dedicado muchos esfuerzos en tal sentido, posiblemente porque se trata de una zona guerrillera en la cual interesan, más que los problemas de salud de la población las acciones de confrontación política.

La segunda cuestión que se desea señalar es el hecho de que a excepción de Valle de Aburrá, en el resto de las regiones son porcentualmente más significativos los problemas de salud asociados a las características del ambiente en la zona rural. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de los hospitales están ubicados en la zona urbana de las regiones y que en muchos casos existen dificultades fundamentalmente económicas, políticas y geográficas para acceder rápidamente a la atención médica; se puede suponer que esta morbilidad que requiere atención hospitalaria es aun mayor de lo que se indica.

Cuadro 29

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de los Egresos Hospitalarios según Asociación con Condiciones de Vida por Regiones. Zona urbana. 1985.

ASOCIACION CON:	REGION											
	I		II		III		IV		V		VI	
%	orden	%	orden	%	orden	%	orden	%	orden	%	orden	
I.C. Ambiente	10.5		23.5		13.0		16.2		16.7		12.6	
Vía de Propagación												
Digestiva	3.5	7	5.1	6	3.8	8	5.1	6	6.1	5	3.9	7
Respiratoria	5.6	5	6.2	5	6.9	5	6.3	5	6.0	4	6.3	5
Concto Drto	1.2	9	2.2	9	2.1	8	3.1	8	2.5	8	1.5	9
Vector	0.2	10	10.0	3	0.2	9	1.7	10	2.1	9	0.9	10
II. Proceso de Trabajo	6.8	4	4.9	7	8.4	4	6.9	4	5.8	6	6.7	4
III. Stress	4.3	6	2.5	8	4.5	6	5.2	7	2.2	7	5.3	6
IV. Alimen	2.5	8	1.7	10	4.5	6	2.1	9	1.4	10	2.4	8
VI. Reprod.	42.9	1	47.5	1	41.9	1	42.5	1	47.6	1	48.5	1
VII. Dos o más Grupos	9.3	3	6.5	4	10.6	3	9.7	3	9.4	3	9.4	3
VIII. No Clasif	23.7	2	13.4	2	17.1	2	17.4	2	16.9	2	15.1	2
TOTAL	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	

Fuente: Archivos Anuales de Egresos Hospitalarios 1985.

Cuadro 30

ANTIOQUIA: Distribución porcentual de los Egresos Hospitalarios según Asociación con Condiciones de Vida por Regiones. Zona Rural. 1985.

ASOCIACION	REGION											
	I		II		III		IV		V		VI	
	%	/orden	%	/orden	%	/orden	%	/orden	%	/orden	%	/orden
I. C.Ambiente												
Vía de Propagación												
-Digestiva	2.6	7	6.2	6	4.3	6	6.0	6	6.5	6	4.0	6
-Respiratoria	5.8	5	7.1	4	6.6	5	7.8	5	6.7	5	6.2	4
-Concto D.	1.6	9	3.0	8	2.2	9	2.9	8	3.0	8	1.6	9
-Vector	0.4	10	12.0	3	0.2	10	2.0	9	4.7	7	1.5	10
II. Proceso												
Trabajo	6.4	4	5.2	7	7.0	4	8.3	4	7.0	4	6.1	5
III. Stress	6.3	5	1.3	10	3.0	7	2.9	8	1.7	10	2.2	8
IV. Aliment	2.2	8	1.9	9	2.4	8	3.5	7	1.8	9	2.5	9
VI. Reprod	41.6	1	41.8	1	51.3	1	39.4	1	41.3	1	53.7	1
VII. Dos o mas												
Grupos	8.1	3	5.9	6	7.7	3	8.7	3	7.5	3	7.9	3
VIII. No												
Clasificab.	25.0	2	15.6	2	15.3	2	18.5	2	19.8	2	14.3	2
TOTAL	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	

Fuente: Archivos Anuales de Egresos Hospitalarios 1985.

Los datos que muestra el cuadro 31, se refieren a las tasas de egreso hospitalario expresadas en promedios móviles trienales de egreso hospitalario por regiones y según el agrupamiento de asociación causal. Como se observa, la principal causa de morbilidad en Antioquia está asociada al grupo V: Capacidad reproductiva y presenta una tasa de egreso que va de 441 (en el trienio 1980 -1981) a 259 por diez mil en el de 1983 a 1985 y, cuya importancia se registra en todas las regiones durante los seis años considerados.

El hecho de que Valle de Aburrá tenga las más altas tasas de egresos por esta causa, posiblemente se debe a que, siendo esta región el principal centro socio-económico del Departamento, hay un desplazamiento hacia ella de los pacientes con estas enfermedades



en busca de alternativas curativas. En general la tasa de egreso se mantiene constante en el tiempo.

Otro grupo de padecimientos que afectan en forma importante a la población regional son los del grupo I.a. y I.b. Asociados a características del ambiente, según vía de propagación digestiva y según vía respiratoria los que, como ya se ha señalado, pueden estar determinados entre otras, por carencias en cantidad y /o calidad alimentaria y por las condiciones de contaminación y deterioro ambiental, especialmente en las ciudades. En tercer lugar se registran los padecimientos del grupo VI: Clasificados en dos o más grupos de asociación que presentan en el tiempo un aumento en sus tasas de egreso que pasan de una tasa promedio de 53 por diez mil, en el primer trienio a 58 por diez mil en el último. En el caso de los padecimientos de asociación con características del ambiente se observa cómo a través del tiempo se presenta un ascenso en las tasas en Magdalena Medio-Bajo Cauca, Suroeste, Occidente y Urabá. Así mismo se observa la importancia que día con día tienen los egresos asociados con el proceso de trabajo.

CUADRO 31

ANTIOQUIA: Tasas de egreso hospitalario por regiones según asociación causal. Tasas por 10000

REGION Y AÑO	GRUPOS DE ASOCIACION										
	I	II	III	IV	Subtotal	V	VI	VII	VIII	IX	X
1981											
REG. I	33	39	7	2	81	46	27	16	287	53	152
REG. II	46	2	1	6	12	2	1	1	12	2	4
REG. III	75	7	3	-	23	6	4	3	43	7	15
REG. IV	66	5	2	2	17	4	3	2	22	5	10
REG. V	32	3	1	5	12	3	1	1	15	2	6
REG. VI	44	9	3	1	24	7	5	3	62	9	19
TOTAL	41	66	16	15	169	68	40	25	441	78	207
1982											
REG. I	31	37	7	2	77	44	27	16	276	54	147
REG. II	44	31	11	89	175	28	12	8	183	28	63
REG. III	69	48	18	2	130	42	27	24	281	49	99
REG. IV	64	45	17	21	147	35	23	13	190	45	85
REG. V	33	25	8	47	112	24	7	6	141	22	55
REG. VI	41	34	10	5	90	28	20	12	248	39	77
TOTAL	39	37	10	10	95	39	24	15	253	47	118
1983											
REG. I	28	36	8	2	73	45	29	16	270	56	151
REG. II	39	29	12	78	158	28	13	7	196	29	65
REG. III	57	46	18	2	122	46	27	25	292	53	103
REG. IV	55	42	18	20	135	40	25	13	205	50	89
REG. V	33	25	9	43	109	27	8	6	158	26	62
REG. VI	36	35	11	5	87	30	21	12	260	43	80
TOTAL	34	36	10	10	90	40	25	15	255	50	122
1984											
REG. I	25	36	8	2	71	44	29	16	271	58	153
REG. II	32	29	11	59	132	27	12	7	210	31	66
REG. III	41	46	17	2	105	48	26	25	301	57	106
REG. IV	43	42	19	16	120	43	25	14	221	53	96
REG. V	30	25	11	31	96	28	8	6	172	31	68
REG. VI	30	35	10	6	81	32	21	12	268	46	80
TOTAL	29	36	10	8	83	41	25	15	259	53	125

Fuente: Archivos Anuales de Registro individual de Egresos Hospitalario 1980-1985.

Tomando en consideración la tasa promedio 1980-1985 (cuadro 32 y gráficas 4 y 5) se aprecia cómo los padecimientos asociados con las características del ambiente representan una tasa tan alta en Magdalena medio-Bajo Cauca (153 por diez mil) y Urabá (99 por diez mil) debido especialmente a las enfermedades transmitidas por vector que resultan altas en comparación con otras regiones como Valle de Aburrá y Suroeste (71 y 38 contra 2). A excepción de las regiones de Oriente y Valle de Aburrá, las demás regiones presentan las más altas tasas de egreso asociadas a características del ambiente (mientras en 1980, Valle de Aburrá y Urabá registraron el 85.9 y 97.3 por diez mil, Magdalena medio-Bajo Cauca y Suroeste presentaron tasas de 147.1 y 131.0 por diez mil habitantes).

Cuadro 32

Antioquia: Tasas de egresos por regiones según asociación causal. Promedio 1981-1985. tasas por 10000

REGION	I	II	III	IV	SUBT	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
REG 1	29	37	7	2	75	44	27	15	271	53	148	634
REG 2	40	29	11	71	153	28	12	7	180	27	61	469
REG 3	66	47	18	2	133	43	27	23	283	50	100	660
REG 4	60	44	17	17	137	36	23	13	193	45	85	533
REG 5	30	23	8	38	99	23	7	5	137	21	52	345
REG 6	40	35	10	4	90	29	20	12	248	39	77	513
TOTAL	37	37	9	9	91	39	24	14	250	47	119	584

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios 1980-1985.

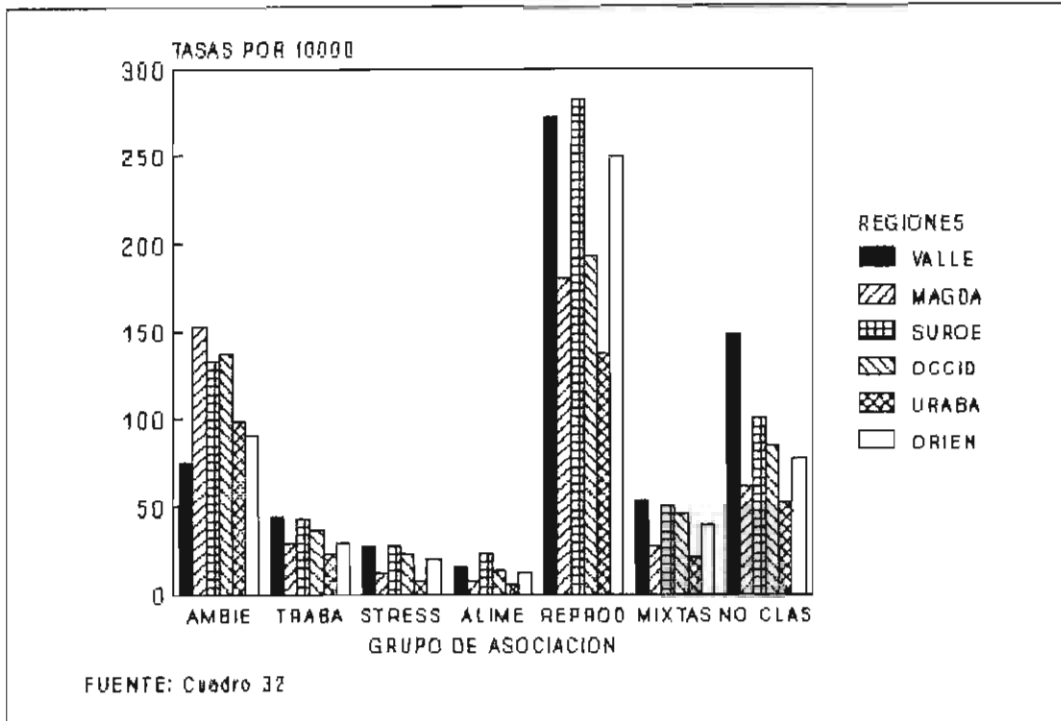
Tratando de ordenar las regiones con base en el peso que tienen en la morbilidad, las condiciones materiales de vida como vivienda, alimentación, control y erradicación de ciertos vectores, se establece que las regiones más afectadas son: Magdalena medio-Bajo Cauca, Occidente, Suroeste, Urabá y le siguen Oriente y Valle de Aburrá. Al observar el comportamiento de esta morbilidad asociada con características ambientales según vía de propagación,

se aprecian diferencias inter-regionales: Entre 1980 y 1983 Suroeste es la región que más altas tasas registra por padecimientos asociados a condiciones ambientales según vía de propagación digestiva y a partir de 1984 es Occidente la que ocupa este primer lugar con tasas cercanas a 50 por diez mil habitantes.

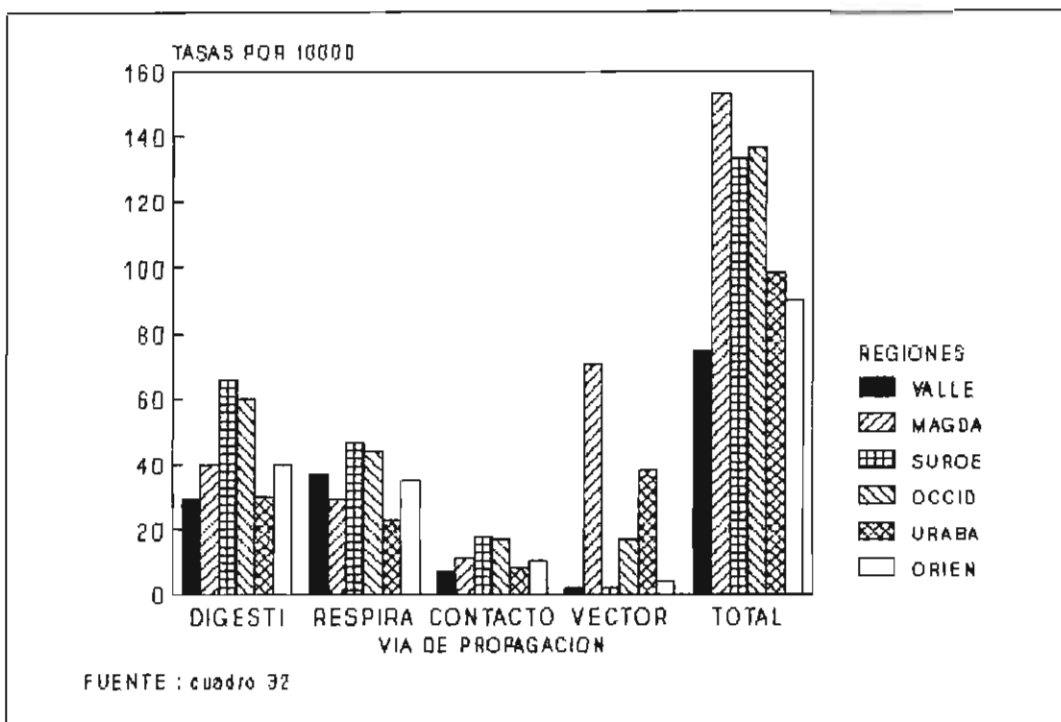
Lo mismo sucede con el grupo I.b.: Padecimientos asociados con características del ambiente según vía de propagación respiratoria que aparecen con mayor importancia en Suroeste y Occidente. Resulta preocupante, además observar cómo a excepción de Oriente y Valle de Aburrá, en las regiones se muestra una tendencia creciente en la tasa anual de egresos por esta causa.

El grupo de padecimientos correspondientes al grupo I.c.: Asociados a características del ambiente según propagación por contacto directo, representa las más altas tasas en Occidente con tendencia ascendente en el tiempo, lo cual puede deberse a la presencia de enfermedades de transmisión sexual que como se reconoce en los planes de salud regionales tienen alta prevalencia allí.

Tal como se evidenció al analizar la distribución porcentual de los grupos en las regiones, los padecimientos del grupo I.d.: Asociados a características del ambiente según vía de propagación por vector, presentan las más altas tasas de egreso hospitalario en Urabá y Magdalena medio-Bajo Cauca y mantienen un descenso relativamente lento durante los seis años analizados.



GRAFICA 4: TASAS DE EGRESOS POR ASOCIACION CAUSAL Y REGIONES. PROMEDIO 1981-1985



GRAFICA 5: TASAS DE EGRESO POR ASOCIACION CAUSAL SEGUN AMBIENTE. PROMEDIO 1981-1985

## CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta la necesidad de análisis precisos de las condiciones de salud enfermedad de la población y considerando que el nivel de descripción con que se presenta la información de morbilidad de Antioquia es bastante general, se hace necesario profundizar en las diferenciales regionales de la morbilidad a partir de los **perfiles patológicos regionales** que se entienden como la descripción de la morbilidad en cada región y, presentar los resultados en un marco explicativo más amplio que de cuenta de la forma en que se articulan los procesos sociales a la problemática de la salud-enfermedad.

- Al revisar detalladamente los planes de salud se observa que en ellos predominan criterios que, más que identificar los problemas de salud-enfermedad específicos de cada región, sus causas y señalar las prioridades existentes, se orientan a indicar la cantidad de servicios de salud prestados y a demandar del Estado recursos físico-humanos y presupuestales. Con estos propósitos meramente administrativos y basados en la cuantificación de servicios y recursos se encuentran el Departamento planes de salud y diagnósticos que presentan algunas tasas de morbi-mortalidad e indicadores de salud los que de ninguna manera revelan la heterogeneidad regional; lo cual tiene profundas implicaciones cuando se trata de incidir directamente sobre las condiciones epidemiológicas de las regiones. Algo que tipifica el carácter básicamente administrativo de estos planes es el hecho de que los partos normales se incluyan como parte de la morbilidad atendida y como tal no siendo estados mórbidos, al incluirse, afectan la estructura de morbilidad intra e inter regional y sólo contribuyen a incrementar coberturas de atención y cantidad de servicios prestados por las instituciones.

- Analizar la distribución desigual del proceso salud- enfermedad no es factible desde la información individual de salud y de enfermedad; es preciso, cómo se ha venido insistiendo, articular lo bio-individual y lo histórico-social como unidad dialéctica de manera que se pase del dato a la reconstrucción del hecho epidemiológico.

A este respecto pese a que existen aún algunas limitaciones teórico-metodológicas en la conceptualización y abordaje de la región, se considera que esta es una categoría útil para trabajar en estudios epidemiológicos en los que se pretenda dar cuenta de las determinantes del nivel de vida de la población y de la desigualdad ante los riesgos de enfermar y morir. En el caso de Antioquia se considera que el estudio facilita no sólo la identificación de las diferencias regionales expresadas a través de las condiciones de morbilidad hospitalaria y describir y analizar el perfil de morbilidad hospitalaria de cada una de las regiones, sino que también plantea la necesidad de profundizar, desde la misma perspectiva, en las condiciones de salud de la población ya no sólo teniendo en cuenta la morbilidad hospitalaria.

- Las propuestas metodológicas para agrupar las patologías según condición de evitabilidad y asociación con condiciones materiales de vida; contribuyen a identificar las causas de las enfermedades y de su distribución desigual partiendo de información secundaria, posibilitan la reinterpretación de la morbilidad superando así la descripción en base a primeras causas y permiten identificar ciertos procesos mórbidos que aunque tienen mucho peso en la morbilidad se ocultan como efecto del tratamiento dado a la información.

- Establecer la correspondencia o no entre los servicios y las condiciones de salud, de la manera en que se discute en este trabajo debe ser una prioridad de investigación en el Departamento de Antioquia.

- La propuesta metodológica de agrupar las patologías con base en

"asociación con condiciones materiales de vida" permite conocer en forma diferencial cuestiones como: la importancia que tienen en el total de los egresos del Departamento las enfermedades "asociadas a características del ambiente" y particularmente las propagadas por vector en las regiones de Magdalena medio-Bajo Cauca, Occidente y Urabá. Así mismo, en Oriente las Complicaciones del embarazo, parto y puerperio son responsables en gran medida del mayor número de egresos hospitalarios, lo cual posiblemente indica deficiencias en la atención prenatal y del parto. En Suroeste las enfermedades del aparato digestivo que se revelan como un serio problema de salud y en Valle de Aburrá donde cada vez aumentan los accidentes, envenenamientos y violencias cuya causalidad dista mucho de ser biológica como lo clasifica la OMS, sino que por el contrario son producto de claras condiciones sociales y políticas.

- El reagrupamiento de los padecimientos según "condición de evitabilidad", antes que confrontar los hallazgos de la propuesta anterior, la complementan pues aportan elementos que la enriquecen y corroboran: En Magdalena medio-Bajo Cauca y Urabá el predominio es de los padecimientos evitables con medidas de saneamiento ambiental; así mismo, las evitables por diagnóstico y tratamiento médico cobran el mayor número de egresos en Suroeste y las evitables por un conjunto de medidas lo son en Valle de Aburrá y Oriente.

Lo anterior se corrobora cuando al hacer el análisis de la morbilidad según ingresos evitables, se aprecia como pese a la implementación de planes y programas de salud y al "desarrollo económico" gran parte de la población de Antioquia sigue demandando atención hospitalaria por enfermedades evitables con la aplicación de medidas relativamente sencillas, de asistencia básica y para las cuales el Estado destina recursos.

- Si bien el trabajo deja explícita la necesidad de profundizar en el análisis de esta problemática, se aprecia que la desigualdad regional expresa condiciones diferenciales en términos de la



morbilidad.

En la región I ( Valle de Aburrá) predominan las relaciones sociales del principal centro aglutinador de población, bienes y servicios y prevalecen allí los padecimientos probablemente más asociados al deterioro a la salud por el desarrollo capitalista en los centros económico sociales, como primeras causas se registran las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, los accidentes envenenamientos y violencias, las enfermedades evitables por un conjunto de medidas y según el agrupamiento con condiciones socio-económicas las asociadas con capacidad reproductiva y características del ambiente según vía de propagación digestiva y respiratoria.

La región II (Magdalena medio, Bajo Cauca) caracterizada por tener como principales actividades productivas la agricultura y la minería y cuya situación social la enmarcan limitadas condiciones de infraestructura y servicios así como la más aguda confrontación político militar; tiene como principales causas de causas de morbilidad hospitalaria las infecciosas y parasitarias que superan las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y, pese a lo esperado por tener pequeñas ciudades registra como tercera causa los accidentes, envenenamientos y violencias, además registra con importancia las deficiencias nutricionales, las prevenibles por saneamiento, vacuna y tratamiento preventivo; y las asociadas a condiciones del ambiente en lo que se relaciona con las propagadas por vector como el dengue y el paludismo, las asociadas al proceso de trabajo y a la reproducción humana.

La región III (Suroeste) cuya dinámica económico social de explotación agrícola bajo formas predominantemente minifundistas para la exportación del café y la extracción minera del carbón se asocian con precarias condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la existencia de accidentes, enfermedades del aparato digestivo, así mismo las evitables por tratamiento médico precoz, las evitables por un conjunto de medidas que presentan una tendencia ascendente en el tiempo, así como las propagadas por vía respiratoria, las asociadas a disponibilidad y consumo de alimentos

y al proceso de trabajo.

En la región IV (Occidente) cuyas principales actividades son la ganadería y la agricultura y su población vive en condiciones geofísicas de tierras erosionables y montañosas con grandes carencias cuantitativas y cualitativas en viviendas y servicios públicos; prevalecen las complicaciones del embarazo parto y puerperio, las respiratorias, las evitables mediante un conjunto de medidas preventivas y de mejoramiento y control físico ambiental. Igualmente muestran importancia las propagadas por vía respiratoria, digestiva y las asociadas al deterioro ambiental.

La región V (Urabá) que pese a su importancia económica posee una de las más deficientes sanitarias del Departamento, presenta con gran importancia causas de morbilidad como infecciosas y parasitarias, accidentes, envenenamientos y violencias, enfermedades evitables por saneamiento como la erradicación de vectores, asociados al proceso de trabajo y transmisibles por vía respiratoria y digestiva.

La región VI (Oriente) donde se conjuntan procesos productivos agrícolas y de industrialización y urbanización crecientes y cuya cercanía con el Valle de Aburrá parecen imprimirle condiciones similares en términos de esta parte de la morbilidad con gran importancia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, enfermedades digestivas, evitables por un conjunto de medidas que se relacionan con la prestación de servicios médicos y acciones de desarrollo social amplias y padecimientos asociados al proceso de trabajo y transmisibles por vía digestiva y respiratoria.

Lo anterior permite establecer como la heterogeneidad del Departamento caracterizada por espacios con actividades económico-sociales diferentes muestra correspondencia con perfiles epidemiológicos igualmente heterogéneos en términos de predominio de padecimientos que demandan atención hospitalaria como: complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tumores y enfermedades del sistema nervioso; importancia de enfermedades infecciosas y parasitarias; enfermedades digestivas y

transmisibles; padecimientos asociados a características de deterioro ambiental, al proceso de trabajo, etc.

- Finalmente, se considera que la desigualdad social en salud se expresa en perfiles de morbi-mortalidad específicos según regiones y grupos sociales, lo cual es preciso desentrañar para conocer las particularidades de los procesos mórbidos y sus causas que no son más que el reflejo de determinadas condiciones de vida y reproducción. Esto, como se planteó anteriormente, debe ser una de las líneas de investigación epidemiológica en Antioquia.

## ANEXO

### CODIGOS DE LOS PADECIMIENTOS AGRUPADOS SEGUN LOS TRES REAGRUPAMIENTOS PROPUESTOS.

La caracterización de la morbilidad por egreso hospitalario se hace con base en tres propuestas metodológicas de agrupamiento de las patologías, por cuanto se considera que ofrecen distintos niveles de acercamiento al análisis.

#### 1. Clasificación CIE-OMS.

En primer lugar, se trata del agrupamiento CIE-OMS, que si bien tiene las limitaciones ya señaladas, permite un nivel de conocimiento de la morbilidad hospitalaria y posibilita comparaciones con otros estudios.

Los grupos de patologías son los siguientes:

	CODIGOS.
	Novena revisión.
I. Infecciosas y parasitarias.	001 - 139.
II. Tumores.	140 - 239.
III. Enf. alérgicas, endocrinas, metabólicas, nutrición.	240 - 279.
IV. Sangre y grupos hematopoyéticos.	280 - 289.
V. Mentales, psiconeurósis y trastornos de la personalidad.	290 - 319.
VI. Sis. nervioso y órganos de los sentidos.	320 - 389.
VII. Aparato circulatorio.	390 - 459.
VIII. Aparato respiratorio.	460 - 519.
IX. Aparato digestivo.	520 - 579.
X. Aparato genitourinario.	580 - 629.
XI. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	630 - 679.
XII. Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo.	680 - 709.

XIII.	Sis. osteomuscular y tejido conjuntivo.	710 - 739.
XIV.	Malformaciones ó anomalías congénitas.	740 - 759.
XV.	Enf. de la primera infancia y perinatales.	760 - 779.
XVI.	Síntomas de senilidad y mal definidas.	780 - 799.
XVII.	Accidentes, envenenamientos y violencias.	800 - 999.

Fuente: CIE-OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades., Dd, D.C, E U A. Novena revisión. 1978.

## 2. Causas evitables y no evitables.

Uno de los esfuerzos por reagrupar los padecimientos de la CIE según otros criterios más adecuados para los análisis epidemiológicos es el propuesto por Erica Taucher: evitables y difícilmente evitables.

El agrupamiento propone: enfermedades evitables por:

	CODIGO CIE-OMS. Novena Revisión.
I. Vacuna o tratamiento preventivo.	032,033,055,390-398,090-099, 037, 022,045-049,071.
II. Diagnóstico y tratamiento médico precoz.	531-535,540-543, 550-553,560,425, 490-493,574-575, 174-175,180-184, 185-189,401-405, 172,173,280-288, 250.
III. Medidas de saneamiento ambiental.	001-004,070,122,

	123,124,127,061, 080,084,085,008- 009,562,564.
IV. Por aplicación de conjunto de medidas.	460-466,480-487, 592,594,630-676, 760-779,005,007, 021,024-027,031 038,039,800-999, 260-269,571,010- 018.
V. Difícilmente evitables.	140-149,150,151, 152-154,161-163, 140-208,430-438, 340,345,410-414, 424,425,428,740- 759.
VI. Causas mal definidas, síntomas, senilidad y estados mal definidos.	780-799.
VII. Otras. Códigos no incluidos en las anteriores.	

Nota: al agrupamiento anterior se le hicieron algunas modificaciones, ya que tratándose de una población más amplia y de una morbilidad específica (hospitalaria) se encontraban algunas patologías que justificaba incluir, respetando los criterios de agrupamiento.

### 3. Reagrupamiento según asociación causal.

El tercer agrupamiento que se asumió para el análisis de la morbilidad hospitalaria en Antioquia es el propuesto por José Blanco denominado de "asociación causal", por medio del cual es posible conocer cómo se asocian los elementos característicos de la calidad de vida de una determinada población con la patología

registrada. Al agrupamiento propuesto se hicieron algunas modificaciones en cada uno de los grupos y se generó un grupo VII "No clasificables en otros grupos de asociación" que refleja patología atendida en el tercer nivel de atención y en el cual se consideran aquellos padecimientos de difícil inclusión en los grupos establecidos, dado el alto grado de especificidad de los diagnósticos, los siguientes son los grupos de asociación definidos.

Grupo I. Padecimientos de asociación causal con características del ambiente, según vía de propagación:

Codigos CIE- OMS Novena Rev.

- |   |   |
|---|---|
| A. Digestiva  | 002,004,005,006,007,008,009,014,023,<br>045,047.0,047.1,047.9,070,123,126,<br>127,128,129,003,136.2,136.9,138,276.9,<br>560.9.  |
| B. Respiratoria   | 011,013,015,016.0,017.2,018,033,049,<br>052,053,034,055,056,075,057,382.0,<br>382.1,382.2,382.4,382.9,390,460,463,<br>462,461,464,466,465,473,474,475,478.0<br>478.1,478.2,478.5,478.6,478.7,478.8,<br>478.9,481,482,485,486,487,490,491,<br>527.2. |
| C. Por contacto directo.  | 035,054,078,079,091.0,091.1,091.2,<br>091.3,098,110,112,131,132,133,375,<br>686,599.0,684,682,607,595,598.0,<br>590.0, 372.   |
| D. Por vector   | 061,,084.0,084.1,084.2,084.3,084.4,<br>084.5,084.5,084.6,084.9.   |
| II. Padecimientos de asociación causal con el proceso de trabajo. | 715,720,692,729.1,873-879,372.1<br>372.2,372.3,940-949,496,550,719.4,   |

830-839, 800-829, 500-508, 726, 959,  
716.9.

III. Padecimientos de asociación causal con situaciones de Stress.

292, 293, 294, 295, 296, 297, 300, 303.0,  
306.4, 305.0, 304.9, 307.6, 307.8, 401,  
346, 311.0, 402, 410, 411, 413, 414, 415,  
783, 980, 689.4, 530.1, 531, 532, 533, 534,  
536, 571.5, 535, 346, 689.4.

IV. Padecimientos asociados con disponibilidad y consumo de alimentos.

262, 263, 280-281, 260, 261, 240, 278, 241,  
242, 244.9, 574, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3,  
577, 575.

V. Padecimientos de asociación causal con capacidad reproductiva.

600-676, 217-222, 233, 236, 239.4, 239.5,  
174, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188.

VI. Padecimientos de asociación con dos o más grupos de asociación.

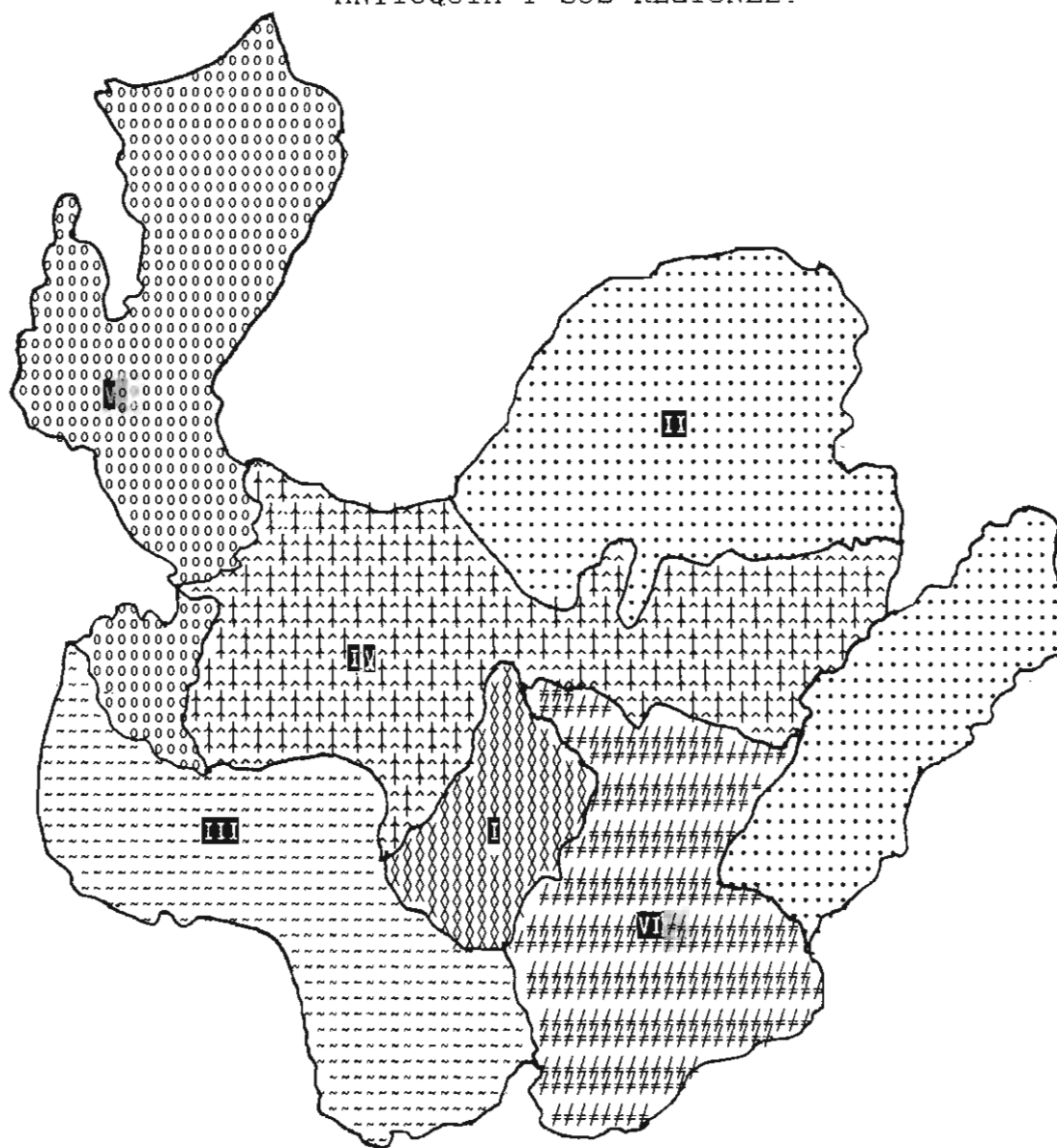
524.1, 537.0, 541, 555, 572, 573, 581,  
584, 585, 553.0, 521, 564, 477, 717.3,  
250, 493, 523.9, 454, 714.9, 345, 428,  
590.8, 706.1, 214, 440, 592, 583, 691.0,  
540, 416.9, 428, 430, 431, 434, 441, 444,  
451.2, 453, 455, 456, 459, 470.0, 471.9,  
478.4, 511.9, 512.0, 516.

VII. Padecimientos no clasificables en otros grupos de asociación.

Al cual corresponden las patologías no agrupadas anteriormente.



ANTIOQUIA Y SUS REGIONES.



- REGION I VALLE DE ABURRA
- REGION II MAGDALENA MEDIO-BAJO CAUCA
- REGION III SUROESTE
- REGION IV OCCIDENTE
- REGION V URABA
- REGION VI ORIENTE

## BIBLIOGRAFIA.

Abdel R, Omran. "La transición epidemiológica".1971, Doc. fotocopiado.

Blanco G., José y Oliva López. "Estudio exploratorio sobre la situación de salud en tres regiones de la meseta purépecha (Michoacan)". Reporte de investigación No 4 División CBS, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1985.

Blanco G., José y Oliva López. "Clase social y región como categorías de análisis de la morbilidad". Colegio de México, México, 1986.

Breilh, Jaime y Edmundo Granda. "Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método". CEAS, Quito Ecuador, 1982.

Breilh, Jaime. "Epidemiología, economía, medicina y política". Universitaria, Quito Ecuador, 1979.

Breilh, Jaime. "Ciudad y muerte infantil". CEAS, Quito Ecuador, 1983.

Cardona, Alvaro. "Estado y salud". ponencia presentada al taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín Colombia, 1987.

Castells, Manuel. "Crisis urbana y cambio social". Siglo XXI, España, 1981.

Centro de Investigaciones Económicas. "La estructura económica del Departamento de Antioquia". Universidad de Antioquia, Medellín colombia, 1973.

Contraloría General de la República. "Economía Colombiana". No 151, Bogotá Colombia, 1979.

Coplamar - Siglo XXI. Necesidades esenciales en México". Siglo XXI, 3a ed, México, 1985

Cueva, Agustin. La concepción marxista de las clases sociales". Serie Estudios, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México S/f, Doc. fotocopiado.

De Moraes Novaes et al. "Sistemas locales de servicios como política de regionalización de la salud" Buenos Aires Argentina 1987. Doc. fotocopiado.

De Oliveira, F. "Elegía de una re(li)gión. Sudene, Nordeste, planificación y conflicto de clases". Fondo de Cultura Económica, México, 1982.

Escudero, José Carlos. "Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina". En revista Latinoamericana de salud No 1, Ed. Nueva Imagen. 1981.

Espín, Jaime L. "Tierra fria. Tierra de conflictos en Michoacan". Colegio de Michoacan, México, 1986.

Fundación Antioqueña para los estudios Sociales. "Memorias del simposio. Los estudios regionales en Colombia: El caso de Antioquia". FAES, Medellín Colombia, 1979.

Gobernación de Antioquia et al. "Bases para el plan de desarrollo de Antioquia" Medellín Colombia, 1982.

Gonzalez, De Olarte. "Modo de producción y región" 1985, Doc. fotocopiado.

Jaramillo, Margarita et al. "Pobreza, participación y desarrollo regional". Universidad de los andes. CIDER., Bogotá, 1986.

Jiménez, M. "Historia del desarrollo regional en Colombia". Fondo Editorial CEREC, Bogotá, 1985.

Jury, S. "De los equilibrios a las contradicciones". Rev. Casa del tiempo, No 30, Vol.III, UAM-X, México 1983.

Kalmanovitz, Salomon. "Economía y Nación. Una breve historia de Colombia". Ed., Siglo XXI, Bogotá, 1985.

Laurell, Asa Cristina. "La salud enfermedad como proceso social." Rev. Latinoamericana de salud, No 2, Nueva Imagen México, 1982.

Lipietz, Alain. "El capital y su espacio". Siglo XXI, México, 1979.

Londoño, Juan L. "Evolución reciente de la industria de Antioquia" Medellín Colombia, 1984. Doc. fotocopiado.

López A, Daniel. "La salud desigual en México". Siglo XXI, 3a ed., México, 1982.

López, Hugo. "Empleo y desempleo en Antioquia. Antecedentes del problema y comportamiento reciente". Medellín Colombia, 1981.

Mac Mahom, Brian. "Principios y métodos de la epidemiología". La Prensa Médica Mexicana, 2a ed., México, 1976.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la salud. "Usos y perspectivas de la epidemiología". Publicación PNSP 84-47, , 1984.

San Martín, Hernán. "Salud, sociedad y enfermedad". Ciencia 3, Madrid España, 1986.

Taucher, Erica. "Chile: mortalidad desde 1955 a 1975 tendencias y causas", CELADE, Santiago de Chile, 1978.