

PERFILES REGIONALES DE MORBILIDAD HOSPITALARIA. EL CASO DE ANTIOQUIA 1980-1985

María Victoria López López*
Carlos García Molina**

Resumen

El trabajo presenta resultados del análisis regional de la morbilidad hospitalaria del departamento de Antioquia en el periodo 1980-1985. Considera tres de los agrupamientos propuestos para el análisis de la morbilidad y delimita seis regiones a nivel departamental.

Los resultados muestran diferencias regionales en los perfiles de morbilidad hospitalaria según el agrupamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Igualmente, al considerar las propuestas para agrupar patologías según condición de evitabilidad y asociación con condiciones de vida, las diferencias no sólo se hacen más evidentes, sino que indican la articulación de la morbilidad hospitalaria con las condiciones historicosociales.

En promedio, más del 50% de los egresos se pueden considerar como evitables. Los padecimientos asociados a la capacidad reproductiva son la principal causa de egreso, con tasas superiores al 200 por 10.000 habitantes en los casos de Suroeste, Valle de Aburrá y Oriente.

* Investigadora, Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

** Investigador, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca, México.

El análisis regional de egresos hospitalarios que pudieron ser evitados muestra cómo si las regiones contaran con la estructura de en la región I—Valle de Aburrá—, se hubieran podido evitar un 45% de los egresos hospitalarios anuales.

Finalmente se propone profundizar en el análisis de la morbilidad a partir de los perfiles patológicos regionales en un marco explicativo que dé cuenta de la forma cómo se articulan los procesos sociales y los procesos de salud-enfermedad.

1. Introducción

El objetivo principal de la investigación que dio origen a este artículo,¹ fue aportar al conocimiento de los perfiles patológicos regionales de Antioquia históricamente determinados por sus desiguales condiciones socio-económicas. Se caracterizaron epidemiológicamente las regiones del Departamento tomando como base la morbilidad por egreso hospitalario y se estableció la relación entre los perfiles patológicos por egreso hospitalario y las condiciones materiales de vida predominantes en las regiones.

Con el estudio se busca aportar al análisis de la desigualdad regional, tomando en cuenta la morbilidad atendida entre 1980 y 1985, en los centros hospitalarios que dependen del Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Ello excluye la morbilidad por demanda de atención de otros servicios y la de aquellos que no tienen acceso a las instituciones por condicionamientos socioeconómicos o aquellos que por razones de orden ideológico optan por otras alternativas para resolver sus problemas de salud.

Pese a que se trata de una parte de la morbilidad, se considera que el estudio permite conocer los problemas de salud en su articulación con las condiciones materiales de vida; indica cómo se comporta la morbilidad en 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.

Se entiende por hecho epidemiológico, la materialización de condiciones biológicas, sociales, individuales y colectivas que determinan el proceso salud-enfermedad.^{2,3} Reconstruir este tipo de hechos permite avanzar en el conocimiento del comportamiento de la morbilidad en la población en la medida en 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.

Para reconstruir dichos procesos epidemiológicos se han propuesto categorías analíticas que permiten distintos acercamientos a la distribución y determinación de la enfermedad.

El estudio trabajó la morbilidad hospitalaria con base en las propuestas de padecimientos evitables y difícilmente evitables⁴ y de asociación causal⁵ los cuales proponen el agrupamiento de los padecimientos como procesos, que trascienden lo biológico y lo individual.

Pese al hecho de que las propuestas de agrupamiento para trabajar morbilidad son aún esfuerzos recientes, se considera que tienden a superar el enfoque nosológico que se obtiene de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, al tratar de trascender en la comprensión de la salud-enfermedad como proceso históricamente determinado y reconstruir la información sobre morbilidad como proceso.⁶

Al rescatar estos datos como hechos epidemiológicos que expliquen las formas de enfermar y de morir socialmente diferentes, es posible contribuir al establecimiento de una práctica médica diferente a la que impera hoy. No basta con tener la información respecto a las patologías por las cuales la población demanda atención médica, es necesario profundizar en ellas y conocer cómo se articulan a las diferencias sociales y económicas existentes entre las regiones.

La información de morbimortalidad del Departamento presenta niveles de desagregación que indica las primeras causas de enfermedad y de muerte según grupos de edad, sexo y lugar de residencia. Además, señala la presencia de algunas patologías que requieren de programas de atención especial en algunos grupos de la población y hacen factible conocer, para algunos servicios, la disposición de recursos físicos con que se cuenta, recursos humanos disponibles para cada servicio, número de egresos hospitalarios y porcentaje ocupacional.

En los planes de salud regionales predominan criterios que, más que identificar los problemas de salud-enfermedad específicos, sus causas y prioridades, se orientan a indicar la cantidad de servicios de salud prestados y a demandar del Estado recursos físicos, humanos y presupuestales, con una

orientación meramente administrativa basada en la cuantificación de servicios y de recursos en salud.

Dado el poco nivel analítico como se presenta la información de morbilidad en el Departamento, es necesario profundizar en las diferenciales regionales de la morbilidad a partir de los perfiles patológicos regionales. Ellos definirán los rasgos estructurales de la morbilidad en cada región dando así un marco explicativo más amplio.

El análisis oficial de la morbilidad hospitalaria, define el parto normal como causa de morbilidad. Este estudio considera que ellos no forman parte del perfil patológico por ello se excluyen del análisis pues afectan la estructura de la morbilidad regional. Dicha definición obedece al enfoque administrativo que prevalece en los planes de salud donde parecen importar más las altas cifras de cobertura que las características de la morbilidad.

Ante la dificultad de crear sistemas de información alternos y el alto costo de generar información intencionada —información primaria— para cada objeto de estudio, la información secundaria es, en la mayoría de las veces, una de las pocas evidencias empíricas que permiten un acercamiento a los procesos epidemiológicos. Sin embargo en Antioquia, a pesar de la abundante información secundaria sobre morbimortalidad, es preocupante la carencia de investigaciones académicas sobre diagnósticos epidemiológicos que brinden una 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.

Para el análisis regional se consideró *el espacio o región* como categoría analítica que da cuenta de la articulación de distintos procesos sociales y *el territorio* como la delimitación geográfica. En este sentido, *la región* se entiende como el espacio determinado por las relaciones sociales a partir de sus características históricas, culturales, organizativas, de su composición social, de los procesos económicos específicos y de lo político. Se parte pues, del convencimiento de que estos procesos están enmarcados en los de producción y reproducción del capital y que tienen especificidades que la identifican.^{7,8,9}

2. Metodología

2.1 Fuente de datos

Se analizó un promedio anual de 249.688 registros individuales de egreso hospitalario —Formulario SIS 110 R79—, que es la información sistematizada de que se dispone. De ellos se excluyó un promedio anual de 43.000 partos normales.

Para el análisis regional se tuvo en cuenta información socioeconómica y sociodemográfica del Departamento. Se hizo una revisión bibliográfica de las propuestas metodológicas de agrupamientos de enfermedades que más se correspondía con las consideraciones conceptuales aquí planteadas.

2.2 Evaluación de los datos sobre egresos hospitalarios

La evaluación de los datos se hizo teniendo en cuenta la consistencia interna de la información y la coherencia interna de las variables estudiadas.¹⁰ El análisis de las frecuencias de todas las variables en sus códigos unitarios en los años de 1980 a 1985 no mostró anomalías de ninguna especie. Con referencia a los diagnósticos se observó una perfecta correspondencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades a tres dígitos —novena revisión—. Las variables sexo y edad, mostraron un comportamiento coherente, eso permite afirmar que los archivos anuales de egresos hospitalarios ofrecen información confiable al menos en lo concerniente a las variables que se usan en el estudio.¹¹

2.3 Definición de perfiles de morbilidad hospitalaria

Los perfiles de morbilidad se construyen con los diagnósticos médicos según la novena Clasificación Internacional de Enfermedades —CIE— de la Organización Mundial de la Salud —OMS— con una desagregación a tres y cuatro dígitos. Dicha clasificación está compuesta por diecisiete grupos según sistema u organismo afectado (Véase anexo 1). Entre las principales ventajas de esta clasificación se cuenta 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 análisis comparativos entre contextos, dado su carácter internacional.

Esta clasificación en su forma más desagregada —tres y cuatro dígitos— permite hacer acercamientos a otras realidades diferentes a aquellas para las que fue creada. Se planteó retomar dicha clasificación y cualificarla reconstruyendo el dato de morbilidad como hecho epidemiológico, mediante la articulación de esta información con el análisis del contexto histórico social determinado.

El agrupamiento de patologías según sean evitables y difícilmente evitables basa su propuesta en diferenciar la asociación de algunas enfermedades con las condiciones socioeconómicas, las características de prestación de los servicios de salud, la calidad del diagnóstico médico y finalmente con los avances del conocimiento científico y técnico en salud.

Un primer grupo —I—, incluye las enfermedades evitables por vacuna o tratamiento preventivo; a él corresponden patologías asociadas con algunas medidas preventivas como la inmunoprevención y el establecimiento de acciones de vigilancia, educación para la salud, control y regulación de ambiente. Algunas de las patologías de este grupo son difteria, tosferina y fiebre reumática.

En el grupo de evitables por diagnóstico y tratamiento médico —II—, 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 —III— 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 —IV— comprende 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 él se incluyen patolo-

gías 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 —V— 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 —VII— (Véase anexo 2).

El agrupamiento de patologías según asociación causal, propone cinco grupos de asociación: el grupo I, considera las enfermedades que dan clara cuenta de las condiciones materiales de vida, expresadas en el ámbito del consumo simple como vivienda, infraestructura, vestido, control y erradicación de vectores. 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 estrés 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 economicosocial 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 atribuidos a dos o más grupos de asociación causal (Véase anexo 3).

A las propuestas originales de agrupamiento según condición de evitabilidad y según asociación causal se hicieron algunas modificaciones para adecuarlas a la realidad del departamento de Antioquia. Tal es el caso de enfermedades que tienen mucha importancia en la morbilidad hospitalaria: dengue, paludismo, y deficiencias nutricionales.

En relación con 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". Además, dado que el estudio se refiere a un contexto socioeconómico relativamente amplio, se considera pretencioso afirmar que los hallazgos en la estructura de la morbilidad están asociados causalmente con determinadas condiciones de vida como lo plantean los autores de la propuesta.

2.4 Definición regional

De los elementos socioeconómicos que normalmente se han considerado como base de la regionalización se analizaron los siguientes aspectos:

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

—Condiciones geográficas, disposición de recursos naturales, clima y otras condiciones ambientales, las cuales no sólo explican determinadas características sociopolíticas, sino también la presencia de probables perfiles patológicos particulares.

—Algunos aspectos demográficos y de morbimortalidad.

Con base en lo anterior, se delimitaron seis regiones cuyos municipios y población se presentan en el anexo 4.

Región I. Valle de Aburrá. Es el principal centro de actividad industrial del Departamento, concentra alrededor del 54,3% de la población del Departamento y tiene una participación cercana al 97% del empleo industrial total.¹² Su sector industrial participa con aproximadamente el 30% del empleo generado y le siguen en orden de importancia las actividades del sector servicios, comercio y el de la construcción.

Los planes seccionales de salud indican el predominio de enfermedades infecciosas agudas, accidentes, trastornos genitourinarias y mentales. Además de los problemas causados por la contaminación atmosférica, por la que se alcanzan altas concentraciones de polvo sulfuroso y, el alto riesgo de salud ocupacional derivado de la intensa actividad industrial.

Región II. Magdalena Medio y Bajo Cauca. Sus principales actividades son la ganadería extensiva, la minería del oro y secundariamente la producción agrícola. 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. Predominan las enfermedades infecciosas, las propagadas por vector, los accidentes, envenenamientos, violencia y las relacionadas con la desnutrición.

Región III. Suroeste. La principal actividad económica de la región es la agricultura, la cual se asienta en gran parte sobre la pequeña explotación agrícola minifundista. Allí se concentra la extracción y comercialización del carbón, el cual se produce mediante diversos procesos técnicos entre los que prevalecen los métodos artesanales.

A nivel social la dinámica económica regional la caracteriza por ser expulsora de población en ciertos periodos y polo de atracción en otros. Así mismo, la intensificación de la producción cafetalera ha incidido en el crecimiento urbano de algunos municipios como centros de producción y 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 neumocosis.¹³

Región IV. Occidente. 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, esta región reúne características turísticas y recreativas en algunos de sus municipios. La producción agrícola cuenta con las limitaciones geofísicas de las tierras montañosas, erosionables y con deficientes condiciones infraestructurales y de servicios.

Así mismo, presenta un notorio déficit cualitativo y cuantitativo de viviendas adecuadas especialmente en las zonas rurales. A nivel de la salud predominan de enfermedades infecciosas intestinales, respiratorias agudas y muy especialmente las asociadas a la desnutrición.

Región V. Urabá. La importancia económica de la región radica en la actividad agrícola para la exportación de banano y en la producción forestal. En estas actividades se produce cerca del 80% del producto regional total.¹⁴

La explotación bananera se realiza con orientación típicamente capitalista y con fuerte inversión de capital extranjero y absorbe alrededor del 60% de todo el empleo. El resto de la población trabajadora se ocupa del cultivo de productos para el consumo básico y, en menor proporción, se dedican a la ganadería extensiva. La región registra una de las más altas tasas de crecimiento poblacional como consecuencia de un alto flujo migratorio.

Se cuenta con deficiente infraestructura sanitaria caracterizada por la carencia casi total de agua potable, viviendas adecuadas, alcantarillado y otros servicios públicos.¹⁵ Son primeras causas de morbimortalidad los padecimientos asociados con la contaminación ambiental, las carencias nutricionales y de prestación de servicios médicos.

Región VI. Oriente. Se caracteriza económicamente por tener como principal actividad productiva la agricultura, se cultiva bajo el régimen de jornalero. Pese a lo anterior, en los últimos años se observa el impulso que tiene en el Oriente Cercano la instalación de industrias y establecimientos educativos, así mismo, existe en otros municipios gran impulso en la construcción de centrales hidroeléctricas.¹⁶ Socialmente, una de las características comunes de la región es el acelerado proceso de urbanización del campo. Esto ha traído la descomposición de la economía campesina y el deterioro de las condiciones ambientales. A nivel de la salud-enfermedad se observa el peso de las complicaciones obstétricas, los accidentes y los trastornos genitourinarios, entre otras.

2.5 Análisis estadístico

La información fue procesada en SAS (Statistical Analysis System). Para el análisis de la morbilidad hospitalaria se consideró, por regiones, la distribución de frecuencias de cada grupo patológico y se analizaron según su

distribución porcentual y número de orden. Para analizar la estructura de egreso se calcularon tasas regionales de egreso. Con el fin de suavizar las series anuales, se obtuvieron promedios móviles trienales. Así por ejemplo: el año 1981, resultó del promedio entre 1980, 1981 y 1982. Mientras no se diga lo contrario, el análisis de datos está basado en estos promedios móviles.

Para el análisis de las desigualdades regionales en el porcentaje de evitabilidad, se hizo una tipificación directa de las tasas de evitabilidad, tomando a la región I —Valle de Aburrá— como región tipo.

3. Resultados

3.1 Desigualdades regionales en las estructuras de morbilidad según Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-OMS.

De acuerdo con la CIE-OMS —diecisiete grupos— en los años 1980 a 1985, los padecimientos de mayor frecuencia en Antioquia se presentan en el grupo XI: complicaciones del embarazo, parto y puerperio; le siguen las infecciosas y parasitarias —I—; accidentes, envenenamientos y violencias —XVII—; enfermedades del aparato respiratorio —III— y enfermedades del aparato digestivo —IX— (Véase tabla 1.)

Tabla 1 Antioquia. Distribución porcentual de las principales causas de egreso hospitalario según CIE-OMS. 1980-1985

<i>Clasificación OMS</i>	1980 %	1981 %	1982 %	1983 %	1984 %	1985 %
XI. C. Embar., Parto., Puep.	23,0	23,6	23,4	23,5	24,1	24,8
I. Infecciosas-Parast.	12,7	12,6	12,5	11,2	8,2	7,6
XVII. Accid., Envenen., Viol.	8,0	10,0	9,9	9,8	10,4	11,1
VIII. Ap. Respiratorio	8,1	10,8	10,2	10,4	11,6	11,5
IX. Ap. Digestivo	10,1	8,8	9,0	9,0	9,5	8,9
VII. Ap.Circulatorio	5,9	6,2	6,1	6,2	6,7	6,6
Subtotal	67,1	72,0	71,1	70,1	70,5	70,0
Resto causas	32,9	28,0	28,9	29,9	29,5	29,5

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios

El aporte porcentual de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio —XI—, se mantiene alto a pesar de no incluir los partos normales y 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. Las enfermedades del sistema respiratorio —VIII—; circulatorio —VII— y accidentes, envenenamientos y violencias —XVII— muestran aportes porcentuales crecientes en el periodo.

Regionalmente (Véase tabla 2) mientras en el Magdalena Medio, Bajo Cauca, Occidente y Urabá las primeras causas son las infecciosas y parasitarias, en Oriente, este grupo representa el tercer lugar y en el Valle de Aburrá esta causa ocupa el quinto lugar. No sobra advertir, que son justamente estas causas las más asociadas a condiciones materiales de vida. En Suroeste y Oriente las complicaciones de embarazo, parto y puerperio son la primera causa, esto debe interpretarse en términos de problemas específicos de salud materna o a diferenciales en el comportamiento reproductivo.

Llama la atención la importancia que tienen los accidentes, envenenamientos y violencias en el conjunto del Departamento y particularmente en algunas regiones como Valle de Aburrá, Occidente Oriente y Magdalena Medio-Bajo Cauca. Se deben entender como síntomas de descomposición social, violencia social y política. Accidentes que por su propia definición operativa ocultan o tienden a sesgar las verdaderas estructuras de la morbilidad y que deben ser objeto de análisis más específicos.

Los egresos por enfermedades del grupo V —mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad— registran altas tasas en la región I, esto posiblemente obedece a los daños que para la salud mental implica el desarrollo socioeconómico de áreas industrializadas y directamente ligadas a procesos de producción capitalista, además, en uno de los municipios que incluye esta región —Bello— se encuentra el principal centro de atención de salud mental a donde llegan pacientes de toda Antioquia.

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

Tabla 2 Antioquia. Tasas de egreso hospitalario por regiones según CIE-OMS promedio 1981-1985

Grupos CIE-OMS	Regiones (Tasas por 10.000)				Occidente (IV)	Urabá (V)	Oriente (VI)	Total
	Valle Aburrá (I)	Magda B. Cau (II)	Sur-ocidente (III)					
I Infec./parasitar.	37	115	68	82	75	45	50	
II Tumores	23	5	12	5	4	7	16	
III Alerg., endocrin.	16	7	14	15	6	11	14	
IV Sangre hematop.	2	3	2	3	2	2	2	
V Mentales psic.	11	3	5	6	1	6	8	
VI S.nervioso/sent.	21	5	8	9	4	7	15	
VII A. Circulator.	37	16	34	25	9	21	31	
VIII A. Respirator.	53	37	65	63	35	52	53	
IX A. Digestivo	49	26	62	34	19	33	43	
X A.Getourinario	42	25	47	32	22	28	37	
XI C. Emb., part., pue.	34	75	109	81	64	103	116	
XII Piel/t. celular	6	6	9	10	5	5	6	
XIII Osteomus/conj.	14	5	8	7	4	8	11	
XIV MAIformac. cong.	10	1	3	1	1	3	7	
XV Pra. infancia	17	6	9	6	8	7	13	
XVI Senilid/mal d.	13	7	9	8	5	6	11	
XVII Acc., env., violen.	55	35	48	51	40	38	50	

Fuente: Archivos anuales de egreso hospitalario. 1980-1985

médica y del impulso que allí se ha dado a los programas de atención primaria; ello sugiere 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.

La variación que muestran las tasas en el tiempo es prácticamente nula pues los promedios se mantienen sin modificaciones bruscas y si se toma en cuenta la tasa promedio de 1981 a 1985, se observa 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 y Bajo Cauca, donde alcanza una proporción dos veces mayor a la registrada 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.

3.2 Condición de evitabilidad

Al considerar la morbilidad hospitalaria con base en esta propuesta de agrupamiento, se tiene que las enfermedades evitables por un conjunto de medidas son las que mayor aporte porcentual alcanzan en todas las regiones (Véase tabla 3).

A este grupo corresponden los padecimientos evitables con la prestación de servicios médicos y acciones economicosociales más amplias y son las enfermedades asociadas con el desarrollo. Destaca el mayor aporte porcentual por estas causas en las regiones de Urabá, Oriente y Occidente.

En el caso de las enfermedades evitables por vacuna y tratamiento preventivo con acciones de vigilancia y control de factores adversos a la salud y de educación para la salud, se destacan Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá.

En Suroeste sobresale la alta proporción de egresos evitables por diagnóstico y tratamiento médico, lo cual da cuenta de la presencia de deficientes condiciones cualitativas y cuantitativas de prestación de servicios de salud.

Tabla 3 Antioquia. Distribución porcentual de las causas de egreso hospitalario según región y condición de evitabilidad. 1985

Región	Vacuna T. Prev.	Dx Tto.	Sanea ambien	Conj. Dific. Medi.	Mal Evitab.	Otras defin.	TOTAL
I V. Aburrá	0,4	7,9	3,8	41,7	7,3	1,8	37,0
II MAG-B.C.	1,1	5,5	19,6	42,3	4,0	1,9	25,5
III Suroeste	0,6	10,2	4,3	42,9	5,9	0,8	35,3
IV Occident.	0,4	6,4	7,1	43,6	5,2	1,9	35,3
V Urabá	0,8	4,1	11,1	50,2	3,2	2,1	28,4
VI Oriente	0,7	6,8	6,0	47,3	5,3	1,0	33,0

Fuente: Archivo anual individual de Egreso Hospitalario, año 1985.

En el caso de los padecimientos evitables con la mejoría de condiciones ambientales en términos de control, prevención y erradicación de algunos factores de riesgo, se observa que Urabá y Magdalena Medio y Bajo Cauca son los que registran los mayores porcentajes; esto las configura como las regiones más afectadas por condiciones de deterioro ambiental. La importancia de estas causas en Antioquia deja ver que la morbilidad hospitalaria del Departamento está comprometida con las características de insalubridad y deterioro ambiental y que mucha parte de la morbilidad hospitalaria ha podido evitarse con medidas relativamente sencillas de tratamiento preventivo a todo nivel.

3.3 Asociación causal

Al observar cómo se comporta la morbilidad hospitalaria con base en la propuesta de agrupamiento denominada de “asociación causal”, se aprecia que la primera causa en todas las regiones corresponde al grupo de padecimientos que real o potencialmente afectan la capacidad reproductiva —V—. Las diferencias regionales están asociadas a la mayor proporción de problemas biológicos que afectan la reproducción humana y a diferentes condiciones y calidad en la prestación de servicios de salud, especialmente control prenatal y atención del parto (Véase tabla 4).

Llama la atención la importancia de los padecimientos asociados a condiciones del ambiente —I— en Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá, e indican el predominio de deficientes condiciones de vida materializadas en aspectos como vivienda, vestido, disposición de servicios básicos y condiciones ambientales. Para las regiones de Urabá, Magdalena Medio, Bajo Cauca y Occidente resulta significativo el aporte de los egresos cuya vía de propagación son los vectores.

En el Valle de Aburrá los padecimientos del grupo “no clasificables en otros grupos” ocupan el segundo lugar; a él pertenecen aquellos procesos mórbidos cuya asociación con determinadas condiciones de vida no fue posible determinar 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 resulta discutible definir el agrupamiento de algunas patologías registradas.

Tabla 4 Antioquia. Tasas de egresos por regiones según asociación causal. Promedio 1981-1985.
Tasas por 10.000

Región	Asociación causal						No clas.
	Ambient.	Cond. Trabajo	Situac. Estrés	Disp. Aliment.	Capac. Repro.	2 O+ Grup.	
I. Valle de Aburrá	75	44	27	15	271	53	148
II Magdalena-Bajo Cauca	153	28	12	7	180	27	61
III Suroeste	133	43	27	23	283	50	100
IV Occidente.	137	36	23	13	193	45	85
V Urabá	99	23	7	5	137	21	52
VI Oriente	90	29	20	12	248	39	77
Total	91	39	24	14	250	47	119

Fuente: Archivos anuales de egresos hospitalarios 1980-1985

En Suroeste llama la atención la importancia de los padecimientos asociados a la disponibilidad y al consumo de alimentos. Además parece importante ahondar en el estudio de la distribución y determinación de problemas asociados al proceso de trabajo en estas dos últimas regiones.

3.4 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 cuántos 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.

Se seleccionó como tipo, 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 economicosocial capitalista más claramente definida. El análisis se centró en los padecimientos de dos grupos: I, “evitables por vacuna o tratamiento preventivo” y III “evitables por medidas de saneamiento ambiental”, en tanto que a estos grupos corresponden enfermedades fácilmente evitables con medidas inmunoprevenibles, 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 y de alcantarillado, hacinamiento y disposición de alimentos (Véase tabla 5).

Si en las regiones del Departamento se contara con la estructura de la morbilidad que tiene la región I, se hubieran podido evitar anualmente un promedio de 40% de los egresos hospitalarios.

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 enfermedades evitables por vacuna presentan tendencia ascendente en los seis años, lo cual es especialmente notorio en el caso de Magdalena Medio y Bajo Cauca, pues los datos indican que de ningún caso evitable por estas

Tabla 5 Antioquia. Distribución de los egresos por causas evitables según estructura por tipo de evitabilidad: vacuna—1— y saneamiento ambiental—2—.

Evitabilidad	Región y grupo de causa										Total		
	Magd.-B.C.		Suroeste		Occidente		Urabá		Oriente				
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			
1980													
Ing. Evitables	0	915	-10	1069	2	606	2	789	2	789	-4	642	4010
% Evitabilidad	0	65	-13	48	3	41	3	51	3	51	-3	25	41,8
1981													
Ing. Evitables	14	1148	128	1137	143	1023	91	774	124	514	124	514	5096
% Evitabilidad	20	72	50	53	59	57	49	52	37	24	37	24	49,7
1982													
Ing. Evitables	32	1845	34	1071	59	1105	23	1286	9	469	9	469	5933
% Evitabilidad	49	80	32	52	51	60	29	63	7	22	7	22	54,7
1983													
I. Evitables	8	991	38	694	9	847	15	1614	48	470	48	470	4734
% Evitabilidad	23	70	40	44	17	55	24	68	33	24	33	24	51,0
1984													
Ing. Evitables	24	671	55	226	21	441	17	854	59	185	59	185	2553
% Evitabilidad	38	66	41	25	25	46	19	57	30	14	30	14	40,5
1985													
Ing. Evitables	36	895	30	45	-9	304	15	462	20	138	20	138	1936
% Evitabilidad	49	72	31	7	20	38	18	42	14	11	14	11	35,1

Fuente: Archivos Anuales Individuales de Egresos Hospitalarios 1980-1985

medidas en 1980, el porcentaje de evitabilidad pasó a 49% en 1985. 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.

De manera general la región que durante el periodo 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.

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 alto respecto a las demás regiones y presenta una tendencia estable en el tiempo. Como se sabe, gran parte de estos corresponde a los de propagación por vector —especialmente malaria— y las infecto-gástricas.

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.

4. Discusión

Las propuestas metodológicas para agrupar las patologías según condición de evitabilidad y asociación con condiciones materiales de vida, que 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 con base en 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 vectores 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 Organización Mundial de la Salud, 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 egresos 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.

Finalmente, se considera que la desigualdad social en salud se expresa en perfiles de morbilidad 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. Esta debe ser una de las líneas prioritarias de investigación epidemiológica en Antioquia.

Anexo 1 Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud Novena revisión 1978

Los grupos de patologías son los siguientes:

<i>Grupos</i>	<i>Códigos Novena revisión</i>
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, psiconeurosis 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 o anomalías congénitas	740 - 759
XV. Enf. de la primera infancia y perinatales	760 - 779
XVI. Síntomas de senilidad y maldefinidas	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.

Anexo 2 Clasificación de patologías evitables y difícilmente evitables

<i>Grupos de causas</i>	<i>Código CIE-OMS Novena Revisión</i>
I. Evitables por vacuna o tratamiento preventivo	032,033,055,390-398,090-099,037,022,045-049,071
II. Evitables por diagnóstico 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. Evitables por medidas de saneamiento ambiental	001-004,070,122,123,124,127,061,080,084,085,008-009,562,564
IV. Evitables 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	

Fuente: Taucher Erica. Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. Celade, Santiago de Chile, 1978.

Anexo 3 Agrupación de patologías según asociación causal

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

Códigos CIE- OMS Novena Rev.

A. Digestiva	002,004,005,006,007,008,009,014,023, 045,047.0,047.1,047.9,070,123,126,127, 128,129,003,136.2,136.9,138,276.9,560.9
B. Respiratoria	011,013,015,016.0,017.2,018,033,049,053, 034,055,056,075,057,382.0,382.1,382.2, 382.4,382.9,390,460,463,462,461,464,466, 465,473,474,475,478.0,478.1,478.2,478.5, 478.6,478.7,478.8,478.9,481,482,485,486, 487,490,491,527.2,052
C. Por contacto directo	035,054,078,079,091.0,091.1,091.2,098, 110,112,131,132,133,375,686,599,684, 682,607,595,598.0,590.0,372,91.3
D. Por vector	061,084.0,084.1,084.2,084.3,084.4,084.6, 084.9,084.5
II. Padecimientos de asociación causal con el proceso de trabaj	715,720,692,729.1,873-879,372.1,372.3, 940-949,496,550,719.4,830-839,800-829, 500-508,726,959,716.9,372.2
III. Padecimientos de asociación causal con situaciones de estrés	292,293,294,295,296,297,300,303.0,305.0, 304.9,307.6,307.8,401,346,311.0,402,410, 411,413,414,415,783,980,306.4,530.1,531, 532,533,534,536,571.5,535,346,689.4,689.4
IV. Padecimientos asociados con disponibilidad y consumo de alimentos	262,263,280-281,260,261,240,278,241,242, 244.9,574,571.0,571.1,571.2,577,575,571.3
V. Padecimientos de asociación causal con capacidad reproductiva	600-676,217-222,233,236,239.4,239.5,180, 182,183,184,185,186,187,188,174
VI. Padecimientos de asociación con dos o más grupos de asociación.	24.1,537.0,541,555,572,573,581,584,585, 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	

Fuente: Blanco J, O López. Estudio exploratorio de la situación de salud de tres regiones de la meseta purépecha (Michoacan). UAM (X), 1985.

Anexo 4 Municipios por región y población. Antioquia, Colombia

<i>Región</i>	<i>Municipios</i>	<i>Población 1985*</i>
REGIÓN I VALLE DE ABURRÁ	Medellín, Armenia, Barbosa, Belmira, Girardota, Bello, La Estrella, Donmatías, Entreríos, Heliconia, Sabaneta, Copacabana, Ebéjico, Itagüí, Envigado y San Pedro.	2.398.842
REGIÓN II MAGDALENA M BAJO CAUCA	Vegachí, Puerto Berrío, Maceo, Caracolí, Cáceres, El Bagre, Nechí, Tarazá, Zaragoza, Yondó, Puerto Nare, Caucaasia.	168.950
REGIÓN III SUROESTE	Bolívar, Andes, Betania, Salgar, Betulia, Caicedo, Concordia, Urrao, Jardín, Caldas, Amagá, Angelópolis, Fredonia, Santa Bárbara, Titiribí, Támesis, Venecia, Caramanta, Jericó, Montebello, Valparaíso, Tarso, Hispania, Pueblo Rico.	317.388
REGIÓN IV. OCCIDENTE	Yolombó, Amalfi, Anorí, Anzá, Yalí, Caracolí, Cisneros, Maceo, Remedios, San Roque, Segovia, Santo Domingo, Santa Fé, Abriaquí, Olaya, Peque, Buriticá, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Uramita, Giraldo, Liborina, Sabanalarga, San Jeronimo y Sopetrán.	244.114
REGIÓN V. URABÁ	Carepa, San Pedro de Urabá, Mutatá Chigorodó, Apartadó, Turbo, Necoclí, Arboletes, Vigía del Fuerte, Murindó, San Juan de Urabá.	320.224
REGIÓN VI ORIENTE	Rionegro, La Ceja, El Carmen, Guarne, Marinilla, Guarne, Abejorral, Sonsón, Granada, Peñol, Santuario, Argelia, Cocomá, Puerto Triunfo, San Rafael, Alejandría, 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, Angostura, Carolina y Gómez Plata.	551.087

*García C. et al., 1987.

Referencias bibliográficas

1. LÓPEZ, María Victoria. *Perfiles de morbilidad en las regiones de Antioquia, Colombia durante los años ochenta*. Tesis de maestría en medicina social. Uam-Xochimilco, México. D.F. 1991.
2. GARCÍA, Carlos. *La desigualdad social ante la salud y la muerte: el caso de Medellín, Colombia. Una visión histórica*. Tesis de doctorado. El Colegio de México. D.F. 1992.
3. POSSAS, Cristina. "A dimensão saude transição demográfica: Uma discussão conceitual." En: *IV Conferencia Latinoamericana de población*. México, 1993.
4. TAUCHER, Érica. *Chile: mortalidad desde 1955 a 1975 tendencias y causas*. Celade, Santiago de Chile, 1978.
5. BLANCO, José y LÓPEZ, Oliva. "Estudio exploratorio sobre la situación de salud en tres regiones de la meseta Purépecha, Michoacán. *Reporte de Investigación No. 4 División CBS, Universidad Autónoma Metropolitana*. Xochimilco, México, 1992.
6. BREILH, Jaime. *Epidemiología, economía, medicina y política*. Fontamara, México, 1982.
7. CASTELLS, Manuel. *Crisis Urbana y cambio social*. Madrid, siglo XXI, 1981.
8. DE OLIVEIRA, F. *Elegía de una región. Sudene, Nordeste planificación y conflicto de clases*. México, fondo de cultura económica. 1982.
9. GONZÁLEZ DE OLARTE. *Modo de producción y región*. Documento fotocopiado. 1982.
10. CHACKIER Y MACCIO. *Evaluación y corrección de datos demográficos. Introducción, I conceptos básicos II, el error de las estadísticas demográficas*. Santiago, Celade, 1979.
11. LÓPEZ, María Victoria. Op. cit.
12. PLANEACIÓN METROPOLITANA. Plan de desarrollo metropolitano del Valle de Aburrá. Medellín, 1985.
13. PLANEACIÓN METROPOLITANA. Plan de desarrollo metroplitano del Valle de Aburrá. Medellín, 1985.
14. ANTIOQUIA. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD Y GOBERNACIÓN et al. Plan de desarrollo de Urabá. Medellín, 1983.
15. ANTIOQUIA. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD. *Ibid.*
16. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Centro de Investigaciones Económicas. *La estructura económica del Departamento de Antioquia*. Medellín, 1973.