

Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud

Health and rurality in Colombia: an analysis from the standpoint of the social determinants of health

Saúde e ruralidade na Colômbia: análise desde os determinantes sociais da saúde

Diana R. Rodríguez-Triana¹; John A. Benavides-Piracón

¹ Magíster en Desarrollo Sostenible, Zootecnista. Universidad EAN, Colombia. Correo electrónico: ditri27@gmail.com

² Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo, Médico Cirujano. Universidad EAN, Colombia. Correo electrónico: johnbena1@gmail.com

Recibido: 12 de marzo de 2016. Aprobado: 15 de julio de 2016. Publicado: 03 de septiembre de 2016.

Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(3): 359-371. DOI: 10.17533/udea.rfhsp.v34n3a10.

Resumen

La salud es un concepto que ha tenido diferentes transformaciones. Actualmente, a nivel mundial se promueve el término determinantes sociales, por tanto, ha sido apropiado por diferentes países para el desarrollo de políticas públicas en salud. Colombia ha acogido este concepto tanto en el plan nacional de desarrollo como en el plan decenal de salud pública. Por otro lado, el concepto de ruralidad ha cambiado, lo cual incide en las políticas públicas y decisiones que impactan en las poblaciones. La presente investigación se centró en un ejercicio de revisión sobre la ruralidad y el sistema de acceso a la salud en Colombia, así como de las propuestas de desarrollo

rural en el país. El objetivo fue reflexionar sobre dos preguntas: i) ¿qué tan viable es mantener un sistema de aseguramiento con las características del sgsss en la ruralidad colombiana?, ii) ¿lo ofertado por este régimen puede dar solución a los impactos asociados con condiciones de vida y las diferencias en necesidades básicas? Lo anterior busca proponer nuevos ejercicios investigativos, nuevos marcos de aproximarse a la ruralidad y la relación de esta con la salud.

-----*Palabras clave:* desarrollo rural, salud, determinantes sociales de la salud, Colombia.

Abstract

The concept of health has undergone a number of transformations. Today, the concept of social determinants of health is promoted globally; for this reason, different countries have included it in their health-related public policies. Colombia has embraced this concept in both the national development program and the decennial public policy health program. Furthermore, the concept of rurality has changed as well, which in turn influences the governmental plans and decisions affecting communities. The research described in this paper focused on reviewing rurality and health system access in Colombia together with the rural development

proposals expressed in different government plans. The objective of this work is to reflect on two issues: i) is it possible to maintain a security health system like the sgsss in the rural areas of Colombia? ii) Can this health care system address the effects on life conditions and the differences in terms of basic social needs? Finally, this document aims to propose new research and approaches to think about the rural context and its relationship with health.

-----*Keywords:* rural development, health, social determinants of health, Colombia.

Resumo

A saúde é um conceito que ha presentado diferentes transformações. Na atualidade no nível mundial se promove o termo: determinantes sociais, por tanto, tem sido acolhido por diferentes países para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde. Colômbia tem acolhido este conceito tanto no plano nacional de desenvolvimento como no plano decenal de saúde pública. Pelo outro lado, o conceito de ruralidade tem cambiado, o qual incide nas políticas públicas e as decisões que impactam nas populações. A investigação que cá se descreve se centrou num exercício de revisão sobre a ruralidade e o sistema de acesso á saúde em Colômbia, assim como das

propostas de desenvolvimento rural no país. O objetivo foi reflexionar sobre duas perguntas: i) ¿O que tão viável é manter um sistema de segurança com as características do sgsss na ruralidade colombiana? ii) ¿o ofertado por este regime pode dar solução aos impactos associados com condiciones de vida ás diferencias em necessidades básicas?. O anterior, busca propor novos exercícios investigativos, novos marcos de aproximar-se á ruralidade e a relação desta com a saúde.

-----*Palavras Chave:* desenvolvimento rural, saúde, determinantes sociais da saúde, Colômbia

Introducción

El concepto de salud ha sido ampliado desde la definición de la oms en 1948, tras la cual la salud es entendida como el estado completo de bienestar físico, mental y social; y no sólo como la ausencia de enfermedad. La definición ampliada se convierte entonces en un nuevo objeto de estudio para múltiples disciplinas y se superan las visiones etio-patológicas* centradas solamente en la curación de la enfermedad [1].

La ampliación fue posible por diferentes tensiones científicas e ideológicas, por ejemplo, en 1986 la oms [2] comunicó que los individuos pueden aumentar el control sobre la su salud si se generan cambios educativos y políticos. De acuerdo con algunos autores [3], eventos de carácter internacional contribuyeron al cambio del concepto de salud. La autora afirma que en la declaración de Ottawa se prestó mayor atención a las actividades preventivas que curativas, atendiendo el énfasis de la salud como dependiente de los medios y contextos político-sociales de los individuos. Otros autores afirman [4] que el informe Brundtland, la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Agenda 21, la declaración de las Naciones Unidas para los Objetivos del Milenio y la Evaluación ecosistémica del Milenio, evidenciaron la estrecha relación con el ambiente [5]. Estas reflexiones permitieron que, en 2010 por medio de la Declaración Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, la intersectorialidad fuera considerada necesaria para la formulación de políticas y programas, en tanto que el cuidado de la salud no es sólo responsabilidad del individuo y su comportamiento, sino de diferentes niveles de organización estatal [6].

Las anteriores perspectivas permitieron el desarrollo de múltiples herramientas para garantizar la salud como un derecho de todos los ciudadanos. Una de ellas está ligada a la provisión de servicios de baja complejidad para toda la población, articulada con una fuerte estructura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuya postura fue denominada “Atención Primaria en Salud” [7]. Otros enfoques promueven la gestión de riesgos sociales individuales y colectivos relacionados con la salud desde instituciones gubernamentales y aseguradoras con acciones costo-efectivas que disminuyan las complicaciones que generan elevados costos para los sistemas sanitarios [8].

También, se presentan visiones que superan la salud como un problema de las instituciones del sector y la plantean como la conclusión de una serie de interacciones en sistemas complejos. Desde esta perspectiva, las instituciones de salud no solo se encargan de la provisión de servicios para curar la enfermedad, sino también, a través de acciones transectoriales, se involucran en la provisión de alimentos sanos y seguros, vivienda adecuada, agua potable, un medio ambiente sano, condiciones de trabajo dignas y seguras, educación en salud y participación ciudadana, entre otros. Esta visión, conocida como determinantes sociales de la salud, permite entender la salud como un producto social, en donde diferentes saberes disciplinares interactúan para lograr la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos [9]. Asimismo, en ella se considera que los mayores determinantes de la salud son factores como la edad, renta, etnia, ocupación, posición económica, pobreza, etc., y que causan desigualdades en la misma [10].

* Según Emilio Quevedo, los postulados de Koch, Pasteur y otros más, abrirán una conceptualización de la enfermedad. Va a recuperar la vieja discusión hipocrático-galénica sobre las causas, que había sido abandonada por el influjo del empirismo y del positivismo en la patología y va a impulsar la investigación en este sentido. Las causas morbosas externas pueden ser no sólo microbiológicas sino también químicas y tóxicas. Los modelos etio-patológicos atribuyen el fenómeno de la salud y enfermedad a causas netamente biológicas y desconocen las condiciones sociales, económicas y políticas generadoras de enfermedad [1]

En América Latina existen desarrollos epistemológicos y metodológicos de la medicina social y la salud colectiva que reconocen la salud como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales como aspectos que deben ser analizados en el contexto social que las determina. La OMS expone la perspectiva de los determinantes sociales de la salud[†] como la desigualdad en la distribución del poder, renta, bienes y servicios, programas, políticas y arreglos económicos inadecuados son las condiciones que causan diversas desigualdades en salud; las cuales, al mismo tiempo, reflejan las inequidades entre y dentro de los países [11]. En esta aproximación las condiciones de vida se entienden como factores de riesgo bajo un enfoque probabilístico.

Existen determinantes sociales estructurales e intermediarios. Los primeros, agrupan la posición socioeconómica, estructura social, nivel educativo e ingreso; los segundos, hacen referencia a las condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, comportamientos, factores biológicos y psicosociales, además del sistema de salud [12]. La consideración de estos factores desafía a los Estados y tomadores de decisión para crear políticas sociales y económicas que reduzcan las inequidades y, también, en las que la salud sea considerada como un resultado o medida de bienestar del conjunto de otros arreglos sociales [10].

En Colombia, las definiciones y políticas en salud se encuentran ligadas a los lineamientos de orden internacional. En el plan nacional de desarrollo para el periodo comprendido entre 2002-2006 [13] se incluyó el término “determinantes”, que fue relacionado con el bienestar general o social. De esta manera se reconoció que el bienestar de la población no se encuentra completamente garantizado o presenta altas dificultades para ser alcanzado debido a las condiciones de inequidad, pobreza, brechas económicas y sociales, baja accesibilidad y otros. En los planes nacionales de desarrollo posteriores no se presentan mayores avances sobre el concepto; sin embargo, este es ampliamente desarrollado en el plan decenal de salud pública (2012-2021) [14], documento en el que se evidencia la importancia de crear las condiciones que garanticen el bienestar integral y de calidad de vida en el país a través de la convergencia de políticas públicas sectoriales. No obstante, debido a que la orientación de los determinantes aparece con una fuerte influencia de modelos epidemiológicos clásicos, las relaciones de determinación son reducidas a la exposición a factores de riesgo, razón por la cual los mecanismos de intervención

planteados para su implementación se traducen netamente en elementos de gestión del riesgo [15].

El Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) se articula con el Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014) [16], una vez que este último expresa que la pobreza no es solo tener un PIB bajo. También incluye las altas tasas de mortalidad infantil, limitado acceso a la educación o salud de calidad, no tener capacidades ni libertades del territorio que contribuyan con el mejoramiento de su calidad de vida. Cuando estas variables son comparadas entre los sectores urbanos y rurales se observan grandes diferencias que evidencian la existencia de brechas poblacionales y territoriales, las cuales influyen directamente en la salud.

Los planes de desarrollo han incidido en las condiciones de vida de las poblaciones. En el periodo comprendido entre 1994-2014 los planes de gobierno para el sector rural han transformado el campo favoreciendo procesos como la intensificación o empresarización. De esta forma, se modificaron las condiciones de trabajo, estilos y patrones de vida de las comunidades y trabajadores agrícolas, que resultaron dañinos para la salud [17]. Por otro lado, las características del sistema de salud tienen un papel determinante en las desigualdades de salud y en el bienestar, así como en los factores y circunstancias de los individuos. Entonces, la preocupación por las diferencias rurales y urbanas resulta evidente, dado que los procesos históricos han determinado las condiciones (sociales, ambientales y económicas) en las que se encuentran actualmente las poblaciones y, por otro lado, porque el modelo de salud asociado al ingreso de las personas puede no responder de forma asertiva a los perfiles de enfermedad de estas poblaciones. Por estas razones, en varios trabajos sobre este sistema colombiano se afirma que la cobertura en salud ha ido en detrimento de la calidad.

Existe amplia literatura colombiana en la cual se abordan las desigualdades y los determinantes sociales de la salud. El presente documento tiene por objetivo realizar una revisión sobre las particularidades del país e inequidades en salud y sus determinantes específicamente para el sector rural, las cuales han estado influidas también por las decisiones de desarrollo rural. Además, dado que las poblaciones rurales presentan perfiles de enfermedad específicos de acuerdo a sus determinantes sociales y que el sistema de salud está condicionado a los ingresos, se hace un llamado de atención sobre la necesidad de considerar un sistema de salud que se articule y responda a la realidad rural colombiana.

[†] La OMS en 2005 creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Metodología

Se realizó una búsqueda de literatura en los sitios web de organismos gubernamentales, no gubernamentales, documentos técnicos de entidades oficiales y documentos legislativos que fueron publicados entre 1994 y 2014. Se consideraron artículos científicos de la base de datos Scielo, libros y revisiones de literatura que vincularan la relación entre ruralidad y salud. Las palabras clave de búsqueda fueron “determinantes sociales de la salud”, “ruralidad”, “desarrollo rural” y “salud en Colombia”.

La información a considerar en el presente trabajo se enfocó en el contexto rural y las características socioeconómicas de este con el fin de identificar las posibles causas que pueden afectar la salud de las poblaciones que se encuentran en estos contextos. Finalmente fueron elaboradas tablas para analizar y presentar los datos obtenidos durante el periodo seleccionado.

Como resultados de la revisión se construyeron cinco apartados. En primer lugar, se describe cómo es entendido el sector rural en Colombia y sus sistemas de cobertura en salud. En segundo lugar, se exponen los modelos de desarrollo rural entre 1993-2014. Posteriormente, se realiza una comparación a la luz de los determinantes sociales de la salud entre los contextos rurales y urbanos en Colombia. Finalmente, se discuten las limitaciones de la atención en salud en el contexto rural colombiano.

Resultados

El sector rural y el sistema de afiliación a salud en Colombia

El término rural es frecuentemente usado en la literatura y en las discusiones políticas. Para su definición existen visiones desde lo geográfico, demográfico, cultural y político. En años recientes se ha presentado una discusión sobre la necesidad de redefinir lo rural, dado que resulta difícil establecer un único concepto considerando la diversidad entre regiones y países, por tanto, una definición debe estar contextualizada en la realidad de cada país. En Colombia, la diferenciación entre lo rural y lo urbano ha estado ligada a los censos; así, en los dos últimos censos lo rural fue definido como: i) áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal (censo de 1993) [18]; ii) zonas localizadas por fuera del perímetro urbano, es decir centros poblados y en el resto del municipio (censo de 2005) [19].

Sin embargo, es preciso resaltar consideraciones en las cuales lo rural se concibe como un proceso histórico de construcción social, que se sustenta y depende de los recursos naturales, en donde las concentraciones poblacionales, centros urbanos con funciones rurales, sectores económicos más allá de las actividades agrícolas o de encadenamientos productivos [20]. Este tipo de abordajes permiten considerar que existen diversos factores que confluyen en un contexto y, por lo tanto, las diferencias entre lo rural y lo urbano son amplias.

En 2014, por medio de la Misión para la Transformación del Campo [21] se propuso una reclasificación para la ruralidad colombiana. El estudio determinó que en el país se encuentran las siguientes categorías de ruralidad: i) ciudades y aglomeraciones; ii) intermedios; iii) rural; iv) rural disperso (Tabla 1). Entre 2013 y 2014 se realizó el tercer censo agrícola el cual acogió la categoría de rural disperso.

El mismo estudio permitió conocer que la población del país que vive en zonas rurales es de 30,4% y no del 23,7% como se aseguraba [21]. La actualización de estas informaciones es relevante para conocer las condiciones reales del país, pues las imprecisiones sobre la ruralidad colombiana pueden haber invisibilizado la especificidad de su perfil epidemiológico, cotidianidad y condiciones de vida, y convertirse en barreras para que estas poblaciones puedan gozar de salud.

Al considerar la estructura del sistema de salud como un factor que influye en los determinantes intermedios de la salud, resulta adecuado identificar cuál es dicha estructura en el caso colombiano. De acuerdo con la legislación por la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[‡] y se rige el acceso de servicios en salud en Colombia, las poblaciones rurales y urbanas cuentan con acceso a los servicios de la salud de acuerdo a dos regímenes de afiliación: régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS) [22].

La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas. Estas reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al RS [23]. El mecanismo de acceso al RC se realiza por medio de la vinculación laboral, así trabajadores independientes, pensionados o asalariados con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo deben vincularse a este régimen[§] [24]. De otra parte, las personas que acceden al RS son las que no cuentan con los ingresos (o vinculación laboral) para realizar

[‡] De acuerdo con el artículo 49 de la constitución nacional de Colombia de 1991 la salud es un servicio que el Estado debe organizar, dirigir y reglamentar

[§] Los pagos a realizar al sistema corresponden al 12,5% de los ingresos del trabajador. Si es independiente asume la totalidad del pago, en caso que asalariado o pensionado el empleador asume el 8,5% y el trabajador el 4%.

Tabla 1. Resultados de clasificación de ruralidad 2014

Categoría	Número de Municipios y Áreas no Municipalizadas (ANM)	Población Cabecera	Población Resto	Población Rural	Población Total
Ciudades y conglomerados	117	28.529.930	2.088.360	2.088.360	30.618.290
Intermedios	314	4.644.221	3.337.839	3.337.839	7.982.060
Rural	373	2.291.912	3.110.823	5.402.735	5.402.735
Rural disperso	318	893.205	2.765.497	3.658.702	3.658.702
Total general	1.122	36.359.268	11.302.519	14.487.636	47.661.787
Porcentaje de la población		76,3%	23,7%	30,4%	

Fuente: DDRS-Dirección Nacional de Planeación en el marco de la Misión para la Transformación del Campo (2014).

los pagos correspondientes. La identificación de esta población se realiza a través del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). El Estado se encarga de girar a las EPS (públicas o privadas) los montos del Plan Estandarizado de Beneficios, así cada EPS recibe un monto fijo por afiliado (Unidad de Pago por Capitación - UPC)**, que disminuye la competencia por precio y diferenciación del producto (mediante el POS) [24].

En cualquiera de los regímenes, los usuarios reciben atención en los servicios de salud, es decir, el POS incluye a los pacientes los mismos beneficios en tecnología, tratamientos médicos diagnósticos e intervenciones. No obstante, es importante aclarar que para acceder al sistema los usuarios deben tener o no capacidad de pago, razón por la cual algunos miembros de la población colombiana pueden quedar desvinculados del sistema una vez que no pueden cumplir con alguna de las dos condiciones. Así, ligar la protección al segmento formal, excluye un enorme porcentaje de personas [25].

Dadas las condiciones de precariedad en los contextos rurales, la nación estableció el Sistema General de Participación (SGP) con el fin de proveer apoyo en aspectos específicos del sector rural (salud, educación, agua potable y saneamiento básico y propósito general). La regulación del SGP se definió en la Ley 715 de 2001 [26] en la cual se especifica que el SGP es administrado por los municipios y distritos; así, estos entes territoriales tienen la responsabilidad de proveer a la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales los servicios de salud por el RS, además de realizar su seguimiento y control.

A su vez, en el artículo 48 de la Ley 715 de 2001 se señala que los recursos girados por medio del SGP deben ser distribuidos con el criterio de equidad, con el fin de contribuir a reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales y en la Ley 1176 de 2007 [27], se decretó que el porcentaje destinado específicamente para el sector salud a través del SGP correspondería al 24,5%.

Lo anterior expresa que la responsabilidad de la oferta y control de los servicios de salud no recae en los entes territoriales, sino que es el RS el principal mecanismo de acceso a este servicio para la población. No obstante, cabe cuestionar si la destinación específica para la salud se enfoca en los perfiles de enfermedad que las poblaciones rurales presentan, es decir, consideran tanto las condiciones de infraestructura como aquellas variables asociadas a las labores del campo que incluyen riesgos particulares. Además, la redefinición de lo rural podría obligar a una redistribución de los recursos a través del SGP dado que la población clasificada como rural aumentó.

En la actualidad se estima que en Colombia 42.142.571 de personas se encuentran activas en los sistemas de afiliación en salud, ya sea tanto en el R como en el RS [28]. De acuerdo con los indicadores, para 2014 el 43,56% de la población estaba afiliada al régimen contributivo, el 48,1% al régimen subsidiado y el 4,55% de la población se encuentra fuera del sistema de seguridad social en salud [29]. Estos indicadores evidencian que un mayor número de personas acceden al sistema de salud a través del sistema público y, por lo tanto, presentan limitaciones económicas o no cuentan con una vinculación laboral.

** La UPC es valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. Por otro lado, el FOSYGA o Fondo de Solidaridad y Garantía vincula el RC y RS dado que las EPS (públicas o privadas) entregan los fondos de las cotizaciones a este fondo, el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a UPC, ajustado por riesgo, de acuerdo al número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) [23]. En el RS la UPC es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno.

Específicamente para el sector rural se ha afirmado que uno de los principales problemas se relaciona con la exclusión productiva y social [30], es decir que estas poblaciones enfrentan situaciones en las cuales no pueden acceder a las estructuras definidas por el sistema económico y social que rige al país. Lo anterior configura una dinámica de desigualdad como, por ejemplo, que los trabajadores independientes en el área rural tienen ingresos que corresponden a una fracción del salario mínimo y, por otro lado, los trabajadores asalariados se encuentran mejor posicionados [31]. Al considerar que los trabajadores independientes o por cuenta propia corresponden al 51% de la población rural [32] y que los ingresos de estos no alcanzan el salario mínimo, las posibilidades que tienen para acceder a servicios de salud es solamente a través del RS. Bajo estas condiciones se ha afirmado que el 69% de la población rural ocupada es dependiente del sistema de salud subsidiado [32].

La anterior revisión permite identificar que las condiciones de acceso a la salud están mediadas por el dinero o ausencia del mismo; por otro lado, se ha afirmado que la seguridad social tradicional, asociada al empleo formal, es un mecanismo aún muy limitado para brindar protección a la mayor parte de los trabajadores rurales, pues la segmentación entre el sector formal y el resto de trabajadores se ahonda en los mercados de trabajo rurales, por las diferencias de estructura productiva, con estacionalidades y ciclos particulares, y variadas formas de vinculación a las labores propias de estas actividades [25].

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

Planes nacionales de desarrollo 1994-2014

Los modelos de desarrollo tienen grandes efectos en la construcción de una sociedad definida por una estructura de clases específica y, asimismo, en cómo dentro de la estructura de clases se identifican desigualdades en todos los niveles de vida de la sociedad [32]. En este orden de ideas, las desigualdades entre el sector rural y el urbano han sido resultado de diferentes modelos de desarrollo

económicos. En el presente trabajo se busca identificar algunas de las estrategias de los planes de desarrollo propuestos entre 1994 y 2014, particularmente para el sector rural (es decir modelos de desarrollo rural), y cómo estas pudieron desencadenar procesos de desigualdad. El periodo anterior fue seleccionado porque en este se realizaron profundas transformaciones del modelo económico rural basadas en la apertura económica que generó cambios en las dinámicas productivas y de comercialización en el país. Además, una modificación en la forma de garantizar el derecho a la salud en Colombia basada en el aseguramiento público privado y el pluralismo estructurado.

La década de los noventa fue caracterizada por la apertura económica (y el modelo neoliberal) representada por la necesidad de responder a la economía mundial con la intensificación de la producción, aumento de la tecnología, aumento de la participación del sector privado y acumulación de capital. Dadas las condiciones particulares de esta apertura se ha afirmado que los modelos de desarrollo rural se caracterizan por la pérdida de soberanía, tendencia a la monopolización de la tierra, agua, crédito e insumos; intensificación tecnológica, y descomposición de las relaciones sociales ancestrales y comunitarias, lo que lleva a una desagrarización del campo [33]. Así, durante este periodo en Colombia la salud pasó a ser regulada por el Estado, pero liderada por las entidades privadas. También los industriales cuentan con apoyo financiero para intensificar las demandas de producción que, de esta forma, rezagan a los pequeños productores [32]. Esto promovió que al final de la década se contara con una tasa de desempleo del 20% ya que el capital financiero favoreció la industria [32].

En la tabla 2 se realiza un resumen de los modelos de desarrollo propuestos en los diferentes planes de gobierno durante la década objeto de análisis. En la misma, es posible apreciar que en el plan de desarrollo de 1994-1998 se propone la dotación a los campesinos de recursos productivos, fortalecimiento de la capacidad técnica y empresarial y acceso a crédito. Este modelo de desarrollo rural se basó en la economía solidaria[†], perspectiva desde la cual se “posibilita un papel integrador de pequeños propietarios y productores, la capacidad de unir voluntades e intereses económicos y sociales, y a su potencial de participar con criterios equitativos en procesos que conducen a mejorar la calidad de vida” [34]. Sin embargo, mantiene la visión empresarial y requerimiento tecnológico para el trabajo.

Posteriormente, en el plan de gobierno de 1998-2002 el modelo de desarrollo rural se basó en el desarrollo endógeno el cual propende por la creación de

^{††} Si se considera la década en la que fue propuesto este enfoque se entenderá economía solidaria como prácticas que promueven el desarrollo individual y comunitario por medio del establecimiento de relaciones con los diversos actores del entorno.

Tabla 2. Comparación de los modelos de desarrollo rural propuestos en los planes de desarrollo nacionales

Gobierno Aspectos a considerar	El salto social (1994-1998)	Cambio para construir la paz (1998-2002)	Hacia un Estado Comunitario (2002- 2006)	Estado Comunitario: desarrollo para todos (2006-2010)	Prosperidad para todos (2010-2014)	Paz, Justicia, Equidad (2014-2018)
Teoría de desarrollo propuesta, objetivos y metas de la política	Promover el desarrollo rural por la economía solidaria	Promover el desarrollo endógeno	Promover el desarrollo regional	Promover generación de ingresos y programas sociales	Promover el desarrollo regional, competitividad base para el desarrollo	Gobierno reelecto que continúa con el desarrollo regional
Planes, programas y proyectos	Reforma agraria y créditos para acceso a la tierra, adecuación, desarrollo tecnológico, asistencia técnica, proyectos de acuicultura y pesca, riego, apoyo a la comercialización y desarrollo ambiental. Subsidios alimentarios, mejoramiento infraestructura domiciliaria	Ordenamiento territorial, involucrar en los problemas agrícolas y pecuarios las dinámicas sociales. Proyecto PLANTE, apoyo a pequeños y medianos productores, inclusión término salud ambiental	Proyectos que contemplan financiamiento, asistencia técnica, identificación de mercados y comercialización (PANDEMER)	Fortalecimiento de la empresarización, la promoción de la agroindustria y turismo rural y el desarrollo de microfinanzas rurales, subsidios para alimentación, educación y otros	Generación de conglomerados productivos, ciudad- región, Plan Nacional de Consolidación Territorial, la restitución de tierras, el fortalecimiento de programas como oportunidades rurales y alianzas productivas, el fortalecimiento institucional	Abordar 5 problemas clave del sector agropecuario: i) derechos sociales; ii) inclusión productiva; iii) competitividad; iv) sostenibilidad ambiental; v) cambio institucional. ZIDRES
Soporte institucional	FINAGRO	UMATAS, PRONATTA, FINDETER, INCORA	Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, reestructuración institucional	Agroingreso seguro	Oportunidades rurales	Estudio de Misión Rural Entidades de asistencia técnica agraria y de comercio Promover responsabilidad social empresarial y ambiental Sistema Nacional de Desarrollo Rural CONSEA

Continuación tabla 2

Gobierno Aspectos a considerar	El salto social (1994-1998)	Cambio para construir la paz (1998-2002)	Hacia un Estado Comunitario (2002- 2006)	Estado Comunitario: desarrollo para todos (2006-2010)	Prosperidad para todos (2010-2014)	Paz, Justicia, Equidad (2014-2018)
Contexto económico-político	Posterior a la apertura económica	Primera tentativa de acuerdo de paz, propuesta del TLC	Conflicto armado	Acuerdo con grupos armados como los paramilitares	Centralidad del modelo de desarrollo sobre la extracción mineral y petróleo Modulación desde los sectores populares sociales frente a un nuevo modelo de desarrollo rural (Paro agrario)	Mesa de diálogos de paz Posible escenario de posconflicto
Recursos políticos, económicos y sociales	Fondo DRI, Consejos municipales	Acueductos veredales, caminos vecinales, fondo DRI, SGP	Convocatorias para asignación de recursos	Utilización de predios de extinción de dominio, Incora, formulación política en salud ambiental	Reconocimiento de las incertidumbres del sector rural (precios y otros)	Disminución del valor del petróleo la cual es la principal fuente de ingresos o financiación para el desarrollo

redes sinérgicas en el territorio para la potencialización de las capacidades productivas a nivel local. De esta forma, en el plan se proyectan diferentes instituciones y programas para apoyar a pequeños y medianos productores. En el documento se afirma que “la política incluye, entre otros aspectos, los relacionados con educación, salud, cultura, ordenamiento territorial y desarrollo de las actividades productivas y sociales, rescatando los valores, tradiciones de las sociedades rurales y facilitando su preparación y capacitación para el manejo de la tecnología y los sistemas modernos de información” [35]. Por otro lado, durante este periodo de gobierno se estableció el Tratado de Libre Comercio (TLC) que, si bien este fue implementado en gobiernos posteriores, definieron dinámicas específicas de producción en el país al considerar los volúmenes y precios de los productos con los cuales se enfrentarían los productores agropecuarios.

En el periodo de gobierno de 2002-2006 [13] se propone el desarrollo regional como modelo de desarrollo rural. Desde este enfoque se propone la necesidad del crecimiento productivo, fortalecimiento institucional y comunitario, junto con el mejoramiento de la infraestructura física y social. Expresa, además, que este propósito será alcanzado a través de la ejecución de proyectos que contemplen financiamiento, asistencia técnica, identificación de mercados y comercialización, así como esquemas novedosos de acceso a tierras y otros recursos productivos, proyectos productivos forestales y agroforestales encaminados al manejo sostenible de los recursos localizados en las zonas, convocatorias públicas y la creación de la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial. Los recursos para los proyectos fueron principalmente otorgados por convocatorias, que si bien son procesos que buscan ser más justos y transparentes, podría alejarse de las posibilidades de productores que presentan analfabetismo o poca formación académica.

Durante 2006-2010, el plan de desarrollo [36] planteó una reforma institucional (eliminación de algunas instituciones relacionadas con el sector rural) y para la generación de ingresos a pequeños productores se propuso el fortalecimiento de la empresarización, la promoción de la agroindustria y turismo rural y el desarrollo de microfinanzas rurales. Durante este periodo se adelantaron acciones para atender desplazados y el problema de seguridad alimentaria a través de Acción Social, programa que, además de apoyar el desarrollo de algunos proyectos, proporciona subsidios de nutrición y educación a las familias beneficiarias.

Entre 2010 y 2014, se continúa con el desarrollo regional como modelo de desarrollo rural y se promueve el extractivismo de materias primas, principalmente hidrocarburos como la principal fuente de ingresos del país. Por otro lado, para los pequeños productores se propone nuevamente la economía solidaria como estrategia para el mejoramiento de las condiciones de estas poblaciones, de esta forma desarrolla programas como oportunidades rurales y alianzas productivas [37]. No obstante, los modelos de desarrollo basados en la extracción de materias primas son criticados por la desproporcionada capitalización de las utilidades que realizan los países desarrollados al manufacturar estos recursos, en tanto los países que realizan la extracción reciben menos ingresos y asumen las consecuencias sociales y ambientales de estos procesos [38].

En el actual periodo de gobierno 2014-2018 [16], el modelo de desarrollo rural continúa siendo el enfoque regional, sin embargo, para abordar las cuestiones del campo creó la Misión para la Transformación del Campo, el cual tiene como objetivo identificar tanto las limitaciones del sector rural como las alternativas para dinamizarlo. Como parte de esta estrategia, el 29 de enero de 2016 se aprobó la Ley 1776 [39] “Por la cual se crean y se desarrollan las zonas de interés de desarrollo rural, económico y social - ZIDRES”, zonas en las cuales se busca promover diferentes proyectos productivos “... soportados bajo parámetros de plena competitividad e inserción del recurso humano...”, razón por la cual deben responder a la internacionalización de la economía, alta competitividad, equidad, reciprocidad y convivencia nacional [39]. Es de resaltar que esta propuesta de gobierno no excluye la extracción de materias primas como principal fuente de obtención de ingresos.

En todos los planes de gobierno se reconocen las desigualdades que se presentan en el campo colombiano. Es decir, después de una década, los problemas continúan y los problemas de desigualdad no han sido resueltos, razón por la cual Colombia ocupa el tercer lugar en América Latina dentro de la lista de países más desiguales con un índice Gini de 56,15 [40]. También se puede reflejar en factores como la tenencia de la tierra, dado que en el país 69% de las áreas productivas tienen un área menor de 5 hectáreas y participan con el 4,8% de la producción del país. Por otro lado, las unidades productivas de 1000 hectáreas o más (que están concentradas en el 0,2% de la población) participan con el 32% de la producción** [41].

** De acuerdo con el tercer censo agropecuario el porcentaje restante de participación en la producción se distribuye así: unidades productoras agropecuarias (UPA) de 500 a menos de 1000 ha 8,8% (concentración 0,2%); de 100 a menos de 500 ha 23,7% (concentración 2,4%); de 50 a menos de 100 ha 10,5% (concentración 2,9%); de 10 a menos de 50 ha 16,1% (concentración 14%); de 5 a menos de 10 ha 3,8% (concentración 10,3%).

Los modelos propuestos influyeron en una organización del campo que respondiera a las demandas del mercado. Así, los productores pequeños fueron sujetos que quedaron en desventaja competitiva en relación con los industriales, situación que dificultó el acceso a bienes y servicios de un porcentaje de la población rural. Desde esta consideración, las oportunidades de acceso a la salud se verían restringidas una vez que el modelo colombiano se encuentra relacionado a la vinculación laboral, capacidad de pago o la incapacidad de realizar el mismo. Además, en la actualidad algunos indicadores (que se mostrarán en la siguiente sección) reflejan algunas condiciones de desigualdad que pueden influir en la salud.

Determinantes sociales de la salud en los sectores rural y urbano

El marco del desarrollo de la ruralidad puede ser analizado bajo la óptica de los determinantes. En el presente trabajo se realiza una salvedad, dado que la información consultada permite evidenciar la estrecha relación que existe entre los perfiles de enfermedad y los determinantes, sin embargo, son evidentes algunos datos que reflejan las tablas que a continuación se presentan. Por tal razón este trabajo responde al interés de proponer nuevos ejercicios investigativos, nuevos marcos de aproximarse a la ruralidad, y la relación de ésta con la salud; además de entender cómo la estructura de la sociedad enferma o mata de forma desigual [42]. Pero también contribuye con una perspectiva que aborda los efectos a largo plazo que pueden ser generados por una organización social y económica inequitativa que llegue a desencadenar en costos o externalidades.

En 2014 fue realizado el tercer censo agropecuario en Colombia, después de 44 años sin haber realizado alguno, y con el cual se proporcionan datos actualizados sobre las condiciones de este sector. De acuerdo con el boletín técnico No. 24 [41], con el censo se recopiló la información de todas las unidades productoras agropecuarias (UPA) existentes en la zona rural dispersa del territorio nacional. A continuación, se destacan datos del censo y otros complementarios que evidencian las condiciones de los determinantes estructurales e intermediarios en el país, dado que diferentes planes de gobierno consideraron la necesidad de disminuir las brechas existentes entre el sector rural y urbano del país.

Los determinantes estructurales como intermediarios presentan diferencias entre los sectores rural disperso y urbano. Factores como la pobreza, número de años escolares, analfabetismo y acceso a servicios como acueducto y alcantarillado presentan las más grandes diferencias. No obstante, el estado de la vivienda, la informalidad en el trabajo y consecuentemente la afiliación a la salud también presentan algunas variaciones que son importantes una vez que definen las condiciones de calidad de vida de los individuos.

Por otro lado, con el fin conocer algunos de los principales indicadores de la situación de salud se escogieron los principales perfiles de enfermedad que se relacionan con la habitabilidad o condiciones de acceso servicios básicos y acceso a atención en salud.

Los indicadores de salud son útiles para establecer algunas relaciones, por ejemplo, se ha asegurado que las poblaciones que presentan menores condiciones de vida, al mismo tiempo, presentan mayores índices de mortalidad por enfermedades como diarrea aguda (EDA) [43]. Es decir, que es posible establecer que los determinantes intermediarios reflejan una de las desigualdades a las cuales se enfrentan las poblaciones rurales, los cuales inciden directamente en el apareamiento de patrones de enfermedades. En ciudades como Bogotá, la EDA no es uno de los mayores problemas para la población infantil; no obstante, en el contexto rural de departamentos como Vichada, Vaupés, Guainía (departamentos más pobres de acuerdo al censo de 2014) las cifras son mucho más altas y es posible registrar una tasa de mortalidad en niños de máximo 33,4.

Al considerar que los determinantes estructurales e intermediarios influyen en los perfiles de enfermedad y la salud rural ¿qué tan viable es mantener un sistema de aseguramiento con las características del sgsss en la ruralidad colombiana? Ha sido reportado que el 69% de la población rural depende del RS [31], también que los obstáculos en cuanto al acceso se dan principalmente porque son poblaciones dispersas y alejadas de los centros de salud, situación por la que el acceso requiere de recursos adicionales con los que muchas veces no cuentan [25], así, ¿lo ofertado por este régimen puede dar solución a los impactos asociados con condiciones de vida y las diferencias en necesidades básicas?

Discusión

La ruralidad es un complejo escenario en el que confluyen diversos factores. En los planes de desarrollo del nivel nacional se han propuesto diferentes modelos de desarrollo rural, los cuales inciden en la economía solidaria, el desarrollo endógeno y regional, para abordar los problemas de crecimiento de este sector. Estos han estado basados en una racionalidad ligada al modelo neoliberal, razón por la cual la empresa y la intensificación de la producción han dejado a los productores pequeños en una dinámica de exclusión social y productiva. Por otro lado, aún existen barreras de acceso a los servicios como la salud, en la que son las poblaciones más alejadas del país las que presentan mayores problemas [44] en tanto que la calidad del servicio y la inaccesibilidad son condiciones precarias. Lo anterior evidencia que continúan algunas dificultades

para reflejar los beneficios económicos de los modelos propuestos en cambios sustanciales de la estructura social y que las lógicas de la empresa se alejan de la realidad de la mayoría de los productores del país los cuales concentran 69% de la propiedad de la tierra.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, los arreglos institucionales deben proporcionar las condiciones para que las inequidades disminuyan y, con esto, que las condiciones de bienestar para las comunidades sean similares. En Colombia el acceso a la salud se caracteriza por estar condicionado a la capacidad de ingreso, si bien existe una oferta de salud para quienes no cuentan con recursos suficientes, el RC o el RS no atiende las diferencias que se presentan en el contexto rural, en el cual las condiciones básicas de bienestar de estas poblaciones (vivienda, acceso a agua potable etc.) pueden desencadenar en procesos de salud-enfermedad muy específicos. Además, dado que no se da solución a los determinantes estructurales, intermediarios y particulares de la ruralidad, las enfermedades pueden persistir después de recibir alguna atención o tratamiento médico.

Bajo este enfoque centrado en la atención medicalizada y la gestión de riesgos individuales, se posibilita la perpetuación de condiciones adversas para las poblaciones. Además, al reconocer las barreras de acceso y las condiciones de atención en zonas rurales, se ha propuesto la necesidad de considerar una política que acerque la oferta a las poblaciones que más lo requieren y que desarrolle modelos de atención y organización institucional alternativos [45]. Lo anterior permite afirmar que es necesario crear arreglos institucionales diferentes para el sector salud, en particular para el sector rural. Asimismo, las características de dispersión, distancia y las epidemiológicas de las comunidades exigen que las estrategias de prevención en salud sean relevantes, así como fortalecer la intersectorialidad. También el Estado debe buscar transformar la inequidad y pobreza para prevenir, anticiparse a situaciones críticas de salud y transformar determinantes [45].

Por otro lado, los arreglos institucionales relacionados con la tenencia de la tierra, oferta de infraestructura, oferta de empleo, entre otros (determinantes estructurales), perpetúan modelos de desigualdad y consecuentemente desfavorecen el estado de salud. En particular, con la formalización laboral e ingresos, en países como Colombia, donde la heterogeneidad de la estructura productiva es tan alta, el mercado laboral termina por generar desigualdades en las remuneraciones y, adicionalmente, estas brechas vienen a reforzar las tendencias demográficas, la falta de capacidades, el escaso acceso a activos y la baja movilidad social, que perpetúan la desigualdad social que se inicia en la exclusión productiva [25].

El Ministerio de Salud ha afirmado que se requiere de políticas públicas para mejorar los determinantes del estado de salud de las poblaciones, propósito que obliga a pensar que la inclusión de la salud en todas las políticas es necesaria toda vez que los indicadores de salud pueden variar si se da solución a aquellas condiciones de vida y acceso a servicios que son garantía de bienestar. También, exige replantear la concepción de la ruralidad para el acceso y garantía de salud porque la afiliación no garantiza que los individuos sean saludables.

En este orden de ideas, una reconsideración de las necesidades en salud para el sector rural, desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud, podría dar alternativas para abordar los problemas de acuerdo a las necesidades específicas de los contextos rurales colombianos. No obstante, el problema no se resolvería solo como el cambio en el modelo de atención, sino también en reconocer las condiciones estructurales y procesos históricos que han construido la ruralidad colombiana, perspectiva que permitiría abrir un campo a nuevas investigaciones.

Conclusión

Los determinantes de la salud han sido estudiados a nivel mundial y en Colombia de estos se destaca el reconocimiento de su relación con la distribución desigual de los problemas entre las poblaciones y países. Resulta preocupante que los factores que pueden ser evitables aún en la actualidad generan problemas de salud con amplias diferencias entre las poblaciones rurales y urbanas. Es innegable que en el país los indicadores cambiaron y algunos han disminuido, sin embargo, los rezagos del sector rural comparado con el urbano, en condiciones como infraestructura básica son evidentes. Lo anterior permite reflexionar sobre la pertinencia de un modelo de salud que no tiene en cuenta las condiciones de vida de las poblaciones y, por lo tanto, no contribuye sustancialmente a la generación de cambios para las condiciones de salud de los individuos.

Por otro lado, en el presente artículo no se abordaron los factores de las redes sociales de apoyo, la participación social y política, al igual que la cohesión social como agentes intermediarios que proveen mejores condiciones para la salud, razón por la cual podría ser una oportunidad para ser abordada en otros estudios, entender cómo estas dinámicas sociales en el sector rural colombiano pueden contribuir o se relacionan con las variaciones en los indicadores de la situación de salud. Lo anterior, una vez que el país ha sufrido dinámicas de desplazamiento forzado, así como una perspectiva o esperanza de escenario de posconflicto que demandaría una apuesta diferente para la ruralidad.

Agradecimientos

Este proceso se realizó gracias a la colaboración financiera de la Universidad EAN a través de sus convocatorias de investigación.

Referencias

- 1 Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Bogotá. Zeus Asesores Ltda. 1992.
- 2 Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud: una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. OMS.
- 3 Dakubo, C. Y. Ecosystem approaches to human health: key concepts and principles. In *Ecosystems and Human Health*, New York, Springer Editorial; 2011. p. 37-53.
- 4 Rapport DJ, Constanza R, McMichael A J. Assessing ecosystem health. *Trends in Ecology & Evolution*, 1998; 13 (10): 397-402
- 5 Forget G, Lebel J. An ecosystem approach to human health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2001;7 (2): 3-38.
- 6 World Health Organization. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 2010. [Acceso 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- 7 ALMA-ATA, U.R.S.S. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. [Acceso 19 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- 8 Alzate MR, Espinosa SIA, Cardona ÁMS, Zea AT. Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. *Revista CES Medicina*; 2010; 24 (1).
- 9 Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. 2008. [Acceso 19 de octubre de 2015] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- 10 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365 (9464): 1099-1104.
- 11 Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008; 372 (9650): 1661-1669.
- 12 Memorias Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. México. (2008). [Acceso 12 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf
- 13 Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006: Hacia un Estado comunitario. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 14 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 15 Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*. 2013. [Acceso 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/a7f711cb0c984a1bc877be4a382f8bd9.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1468280775&Signature=ccqRJ7jHb8PIf2EnRhdnNOE8zGs%3D>
- 16 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Paz, Justicia, Equidad. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 17 Breilh, J. Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador. *Cien Saude Colet*, 2007; (12), p. 91-104.
- 18 CEPAL. Definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos. [Acceso 1 de febrero de 2016]. Sf. Disponible en: http://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf
- 19 DANE. Libro Censo 2005. [Acceso 1 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censos/libroCenso2005nacional.pdf>
- 20 Dirven M, Echeverri R, Sabalain C, Candia Baeza D, Faiguenbaum S, Rodríguez AG, Peña C. Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina. 2011. [Acceso 1 de febrero de 2016]. Disponible en: www.cepal.org/.../3858-nueva-definicion-rural-fines-estadisticos-america-latina
- 21 Dirección de Desarrollo Rural Sostenible. Equipo de la Misión para la Transformación del Campo Colombiano. Definición de categorías de ruralidad. 2014. [Acceso 1 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/2015ago6%20Documento%20de%20Ruralidad%20-%20DDRS-MTC.pdf>
- 22 Ley 100 de 1993. República de Colombia, 23 de diciembre de 1993. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 23 Guerrero R, Gallego A I, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *salud pública de México* 2011; 53, s144-s155.
- 24 Castaño Tamayo RA, Giedion U, Morales Sánchez LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. CEPAL. 2001. [Acceso 19 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5085/S0104340_es.pdf?sequence=1
- 25 Acosta O L, Botiva León MA, Ramírez J, Uribe L. La protección social de la población rural en Colombia: una propuesta desde la perspectiva de las familias y sus necesidades. 2015. [Acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39659/S1501025_es.pdf?sequence=1
- 26 Ley 715 de 2001. República de Colombia, 21 de diciembre de 2001. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 27 Ley 1176 de 2007. República de Colombia, 27 de diciembre de 2007 (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 28 Sistema Integral de Información de la Protección Social. Registro Único de Afiliados. [Acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: <http://ruafsvr2.sispro.gov.co/RUAF/Cliente/WebPublico/Consultas/D04AfiliacionesPersonaRUAF.aspx>
- 29 Así vamos en salud. Seguimiento al sector salud en Colombia. [Acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>
- 30 Ocampo JA. Misión Rural: una nueva ruta para el desarrollo del campo colombiano. *Revista Javeriana* 2014; 809: 15-19.
- 31 Merchán CA. Sector rural colombiano: dinámica laboral y opciones de afiliación a la seguridad social. *Archivos de Economía*. Dirección de Estudios Económicos. 2014. Documento

410. [Acceso 11 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/410.pdf>
- 32 Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia: informe técnico. 6a ed. Bogotá: INS. 2015; p 377.
- 33 Breilh, J. Lo agrario y las tres “S” de la vida; 2010. (Falta Ciudad, editorial)
- 34 Plan Nacional de desarrollo 1994-1998: El salto social. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 35 Plan Nacional de desarrollo 1998-2002: Cambio para construir la paz. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 36 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: Estado comunitario: desarrollo para todos. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 37 Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Paz, justicia, equidad. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 38 Göbel, B. Extractivismo y desigualdades sociales. *Iberoamericana* 2015; 15(58); 161-165.
- 39 Ley 1776 de 2016. República de Colombia, 29 de enero de 2016. (Completar: autor, Ciudad, Editorial, año publicación)
- 40 Banco Mundial. Índice Gini. [Acceso 11 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- 41 Tercer Censo Nacional Agropecuario. Boletín técnico 24. 2014. [Acceso 21 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.3ercensonacionalagropecuario.gov.co/content/bolet%C3%ADn-t%C3%A9cnico-24-de-noviembre>
- 42 Castaño L. Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia*. 2009; 69-79.
- 43 Ministerio Salud. Análisis de situación en salud en Colombia. ASIS. 2014. [Acceso 21 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf
- 44 Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia. Grupo ASIS. 2013. [Acceso 21 de diciembre de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>
- 45 Ramírez JC, Pardo R, Acosta O L, Uribe L J. Bienes y servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia: brechas y políticas públicas. 2015. [Acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38948/S1500725_es.pdf?sequence=4