

Índice de Salud Rural (ISR)

2024



Así Vamos
en Salud®



**Así Vamos
en Salud®**

CONTENIDO

08 GLOSARIO DE SIGLAS

09 INTRODUCCIÓN

10 OBJETIVOS

Objetivo General	11
Objetivos Específicos	1

11 METODOLOGÍA

Clasificación Ruralidad de Ocampo	15
Municipios PDET	15
Municipios ZOMAC	16

16 EJE CONDICIONES INICIALES

Dimensión Condiciones de Vida

Cobertura de conectividad por internet	17
Cobertura de agua potable	19
Cobertura de Alcantarillado	22
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	24

Dimensión Situación de Salud

Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo	25
Enfermedad Renal Crónica (ERC)	28
Prevalencia de VIH/SIDA	30
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	32
Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)	33
Toma de Citología	35
Toma de Mamografías	38
Tasa de incidencia de violencia contra las mujeres	39
Violencia intrafamiliar	40

Dimensión Talento Humano en Salud

Densidad de médicos generales	42
Densidad de enfermeras	43

Dimensión Microeconómica

Categorización de riesgo de ESE del nivel territorial para la vigencia 2019	44
Desempeño Fiscal	45

48 EJE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**Dimensión Acceso a Servicios**

Partos NO atendidos en instituciones de salud	49
Tutelas en Salud	51

Dimensión Efectividad del Acceso a Servicios

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año	53
Coberturas administrativas de vacunación pentavalente en menores de 1 año	54
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	56

57 EJE RESULTADOS EN SALUD**Dimensión Resultados en Salud**

Razón de mortalidad materna	58
Tasa de mortalidad neonatal	59
Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)	61
Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	62
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (BPN)	63
Mortalidad por cáncer de mama	65
Mortalidad por cáncer de cérvix	66
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	68
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	70
Tasa de mortalidad por suicidios	71
Tasa de mortalidad por EDA	73
Tasa de mortalidad por IRA	74
Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5	76

Dimensión Protección Financiera

Población afiliada a EPS's en vigilancia	77
--	----

79 RESULTADOS GENERALES**83 LIMITACIONES****84 CONCLUSIONES****86 RECOMENDACIONES****88 BIBLIOGRAFÍA**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución Índice Salud Rural

Tabla 2. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de internet en 2023. Fuente: Mintic. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 3. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de acueducto en 2023. Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 4. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de alcantarillado en 2023. Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 5. Municipios rurales con el menor desempeño en el IRCA para 2023. Fuente: INS (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 6. Municipios rurales con mayor y menor desempeño de personas atendidas por episodio depresivo en 2022. Fuente: SISPRO (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 7. Municipios rurales con mayor y menor desempeño prevalencia de ERC en 2022. Fuente: CAC (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 8. Prevalencias más altas por VIH en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: CAC. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 9. Valores extremos en prevalencia por EDA en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: INS. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 10. Valores extremos en prevalencia por IRA en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: INS. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 11. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de toma de citología en 2023. Fuente: imputación de datos en base a los datos publicados en SISPRO

Tabla 12. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de toma de mamografías en 2023. Fuente: imputación de datos en base de datos SISPRO

Tabla 13. Municipios rurales con reporte de mayor violencia contra la mujer. Fuente: Medicina Legal.

Tabla 14. Municipios rurales con reporte de mayor violencia intrafamiliar. Fuente: Medicina Legal.

Tabla 15. Municipios con más alto y más bajo desempeño en densidad de médicos. Fuente: Cubo Rethus.

Tabla 16. Municipios con más alto y más bajo desempeño en densidad de enfermeras. Fuente: Cubo Rethus

Tabla 17. Municipios con desempeños más altos y bajos en índice de desempeño fiscal. Fuente: DNP, vigencia 2022

Tabla 18. Municipios con más altos porcentajes de partos fuera de una institución de salud. Fuente: DANE, 2023

Tabla 19. Municipios rurales y dispersos con mayor cantidad de tutelas en 2023. Fuente: Defensoría del pueblo

Tabla 20. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de vacunación para triple viral. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 21. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de vacunación para DPT. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 22. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de control prenatal. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 23. Municipios rurales y dispersos con las razones de mortalidad materna más altas. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 24. Municipios rurales y dispersos con la tasa de mortalidad neonatal más altas. Fuente: Elaboración propia con cifras DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 25. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad infantil más altas. Fuente: Elaboración propia con cifras DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 26. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad en la niñez más altas. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 27. Valores extremos en bajo peso al nacer de los municipios rurales y dispersos. Fuente: Cubo SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 28. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por cáncer de mama. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 29. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por cáncer de cuello uterino. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 30. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por accidentes de tránsito. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 31. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por homicidio. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 32. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por suicidio. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 33. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por EDA. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 34. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por IRA. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 35. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por ERC. Fuente: Elaboración propia con datos de la CAC. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Tabla 36. Desempeño más alto y bajo en población afiliada a EPS en vigilancia. Fuente: Supersalud.

Tabla 37. Informe de medias por quintiles en las dimensiones del ISR

Tabla 38. Informe de medias por quintiles en los ejes del ISR

Tabla 39. Resultado del ISR, discriminado por ejes.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Rangos de desempeño fiscal en los 520 municipios rurales y dispersos

Gráfico 2. Tutelas interpuestas frente al número de atenciones en salud. Fuente: elaboración propia partir del informe de tutelas en salud de la oficina de calidad del MSPS

Gráfico 3. Cobertura de vacunación DPT. Fuente: SISPRO

Gráfico 4. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito. Fuente: Así Vamos en Salud en base a datos DANE

Gráfico 5. Pirámide poblacional de población afiliada en 520 municipios rurales y rurales dispersos. Fuente: Cubos SISPRO - BDUA

GLOSARIO DE SIGLAS

ADN: ácido desoxirribonucleico, es el material que contiene la información hereditaria en los humanos y casi todos los demás organismos.

ANM: Áreas No Municipalizadas.

AVS: Así Vamos en Salud.

BPN: Bajo peso al nacer.

DALYs: Años de vida ajustados por discapacidad por su sigla en inglés (Disability Adjusted Life Years)

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DNP: Departamento Nacional de Planeación.

DNP: Departamento Nacional de Planeación.

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

ESE: Empresa Social del Estado.

FORENSIS: Nombre de la revista del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Publicación anual

GLASS: programa de Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable (por sus siglas en inglés: Global Analysis and Assessment of Sanitation and drinking-Water.

INS: Instituto Nacional de Salud.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

IRCA: Índice de Riesgo de la Calidad del Agua.

IVAA: Inspección Visual con Ácido Acético.

IVSL: Inspección visual con solución visual con solución yodoyodurada de Lugol.

MinTIC: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

NIC: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), conocida como la lesión preinvasora más común del cuello uterino. Término que se usa para indicar que en una biopsia se encontraron células anormales en la superficie del cuello uterino.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la salud

PDET: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SGR: Sistema General de Regalías.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

TAR: Tratamiento antiretroviral.

UNFPA: Fondo de población de las Naciones Unidas por sus siglas en inglés United Nations Population Fund.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

VPH: Virus de papiloma humano.

ZOMAC: zonas más afectadas por el conflicto armado.

01 INTRODUCCIÓN

La salud rural es un elemento fundamental en la estructura de los sistemas de salud, especialmente en países con amplias zonas rurales como Colombia. A pesar de los avances en la atención médica y el desarrollo de políticas de salud, las comunidades rurales continúan enfrentando desafíos significativos en términos de acceso a servicios de salud, calidad de atención y disponibilidad de recursos. Estas dificultades se agravan por factores como la dispersión geográfica, las limitadas infraestructuras de transporte y comunicación, y la prevalencia de condiciones socioeconómicas desfavorables.

El acceso desigual a servicios de salud en las zonas rurales ha llevado a disparidades en los resultados de salud entre las poblaciones urbanas y rurales, con tasas más altas de enfermedades y desenlaces prevenibles como la mortalidad materno infantil, y una menor expectativa de vida en las áreas rurales. Además, la falta de profesionales de salud y de infraestructura adecuada complica aún más la prestación de servicios efectivos en estas regiones.

Este documento busca explorar las condiciones actuales de la salud rural, analizar los factores que contribuyen a las disparidades de salud entre las zonas rurales y urbanas, y proponer estrategias que puedan mejorar la equidad en salud para las poblaciones rurales. A través de un enfoque integral, se abordarán aspectos críticos como los determinantes sociales en salud que afectan la puerta de entrada al sistema, la efectividad de las instituciones sanitarias, y la necesidad de políticas públicas que fortalezcan los sistemas de salud en contextos rurales, con el objetivo de reducir las brechas y mejorar la calidad de vida de estas comunidades.

De los modelos existentes y que intentan explicar el comportamiento de los determinantes sociales en salud, el modelo de Dahlgren y Whitehead, es uno de los que más se ajusta al objetivo que se quiso desarrollar en la elaboración del Índice de Salud Rural, dado que organiza los determinantes en niveles jerárquicos, destacando cómo interactúan entre sí.

Así Vamos en Salud, desde hace más de cinco años ha procurado llevar a cabo la construcción de una herramienta que permita acercarse más a la realidad de la población rural a partir de datos oficiales, y que en forma resumida brinde la posibilidad

de tomar decisiones informadas al público de interés. Las limitaciones en la búsqueda de la información habían impedido al cabo de los años llevar a feliz término el proyecto, pero en 2024 y después de consultas continuas a las fuentes oficiales verificando su disponibilidad, finalmente se obtiene un producto que da cuenta de una realidad desconocida para muchos y que está centrada en casi un 80% de los municipios donde se ubica cerca del 90% de la población que habita las zonas geográficas denominadas como rurales y dispersas.

Se invita al lector a que a lo largo del documento vea la profundidad de las cifras contemplando esas realidades paralelas que muchos desconocen pero que son palpables a lo largo y ancho del país, con una conciencia proactiva ayudando a incentivar cambios profundos en estas poblaciones que por el solo hecho de residir en estas zonas ya se consideran vulnerables.

02

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación de salud de la población rural de Colombia a partir de indicadores trazadores en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la situación en salud de las poblaciones con mayor ruralidad del país.
- Hacer comparables los indicadores contenidos en cada uno de los ejes y dimensiones del índice.
- Identificar los territorios rurales que tienen mayor oportunidad de mejora en el desempeño de los indicadores relacionados directa o indirectamente en salud para optimar sus resultados.
- Generar recomendaciones a partir del comportamiento de los indicadores sintetizados en el índice de salud rural.

03 METODOLOGÍA

Para la elaboración del Índice de Salud Rural 2024, se adopta una metodología validada, que ha sido utilizada para los diferentes índices al interior de Así Vamos en Salud (AVS) y que consiste en la ejecución de un proceso de varias etapas:

Etapa 1. Elaboración de la estructura básica del índice. Esta etapa consiste en la propuesta y revisión de los indicadores contemplados inicialmente y de forma empírica por parte de varios expertos de la mesa de trabajo de salud rural y del comité técnico de Así Vamos en Salud, en cada una de las dimensiones y ejes que hacen parte de la estructura básica para el cálculo del índice. En esta fase, se llevaron a cabo algunos encuentros donde los expertos analizaron cerca de 70 indicadores propuestos, los cuales se priorizaron de acuerdo con los objetivos planteados para finalmente llegar a 48 indicadores los cuales se distribuyeron en las dimensiones y ejes correspondientes.

Etapa 2. Recopilación de la información. Una vez aprobada la estructura del índice, se procede a recopilar la información en las distintas fuentes oficiales del país, encontrando al igual que hace 2 años, una importante dificultad para la consecución de los datos a nivel municipal, pero en esta oportunidad ha sido mayor la cantidad de información recopilada. Cabe resaltar que esta recolección de datos se inició en enero de 2024 y finalizó en julio de este mismo año (2024).

Finalizado este proceso, se encontró información completa para 37 indicadores en 520 municipios que corresponden al 87% del total rural y rural disperso, teniendo que retirar del ejercicio 20 territorios que son catalogados como Áreas No Municipalizadas (ANM) y que pertenecen a Amazonas, Guainía y Vaupés, dado que la información reportada por estos departamentos a las fuentes oficiales es muy escasa. Un panorama similar se presenta en los 151 municipios restantes y que tuvieron que ser excluidos del ejercicio, por ausencia de datos en la mayoría de los indicadores propuestos, lo que llevó a disminuir el grupo de indicadores a 37 (ver tabla 1) y dejar para el ejercicio del índice una muestra de 520 municipios.

Es importante aclarar que si bien, se excluyen 171 municipios (ver anexo 1) y la representación completa de un departamento,

al revisar el ejercicio de manera poblacional, hay que tener en cuenta que la muestra de los 520 municipios contiene el 87% de la población rural y rural dispersa del país, mientras la información recopilada en 2022 alcanzó apenas el 60% de la población rural.

De manera definitiva quedan 37 indicadores + 3 de contexto sociodemográfico (clasificación de ruralidad, PDET y ZOMAC). Dentro de los indicadores que se retiraron de la proyección inicial por insuficiencia o inexistencia de información a nivel municipal, son los siguientes:

1. Índice de Pobreza Multidimensional.
2. Porcentaje de Analfabetismo en personas de 15 años y más.
3. Tiempo de traslado desde la comunidad más alejada hasta la cabecera municipal o departamental.
4. Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad.
5. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS-Resolución 256/16.
6. Tiempo promedio de espera de atención en medicina general.
7. Tiempo promedio para la entrega de medicamentos “¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que solicitó la autorización de los medicamentos ante la EPS, hasta el momento en que le dieron la autorización?”.
8. % de personas que calificó el proceso de autorización de entrega de medicamentos, como bueno y muy bueno.
9. % de personas que calificó el servicio de medicina especializada: cardiología, neurología y ortopedia como bueno y muy bueno.
10. % de personas que calificó el servicio de Consulta de medicina general, como bueno y muy bueno.
11. % de personas que calificó a su EPS en cuanto a su Experiencia global (respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS) en los últimos 6 meses, como bueno y muy bueno.

Si bien los indicadores dados de baja componen más de 2 dimensiones, se considera que la validez del ejercicio no se ve afectada, después de realizar el análisis estadístico de la información existente.

No obstante, y para tener una visión global de una de las dimensiones que desaparece (percepción ciudadana), se realizó un ejercicio cualitativo consistente en la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas, que permite un

acercamiento al sentir de la población en los territorios por medio de entrevistas semiestructuradas, que fueron analizadas pero que serán objeto de una publicación diferente.

Condición inicial	Condiciones de vida	Cobertura conectividad en internet
		Cobertura de acueducto
		Cobertura de alcantarillado
		Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)
	Microeconómica	Categorización del riesgo de las empresas sociales del estado del nivel territorial
		Índice de desempeño fiscal
	Situación de salud	Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo
		Prevalencia de enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5
		Prevalencia de VIH/SIDA
		Prevalencia por EDA
		Prevalencia por IRA
		Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año por IPS
		Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años por IPS
		Tasa de incidencia de violencia contra la mujer
Talento humano en salud	Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	
	Razón de enfermeros profesionales por diez mil habitantes	
Desempeño institucional	Acceso a servicios	Razón de médicos generales por diez mil habitantes
		% de partos NO atendidos en instituciones de salud
	Efectividad del acceso a servicios	Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes
		Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año
		Coberturas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año
		Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
Protección financiera	% población afiliada a EPS's en vigilancia - Regimen Contributivo y Subsidiado	
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	
	Razón de mortalidad materna	
	Tasa de mortalidad en la niñez (1 a 4 años)	

Resultado en salud	Resultados en salud pública	Tasa de mortalidad infantil (Menor de 1 año)
		Tasa de mortalidad neonatal (Menor de 1 hora a 27 días)
		Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre
		Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)
		Tasa de mortalidad por EDA
		Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5
		Tasa de mortalidad por IRA
		Tasa de mortalidad por suicidios
		Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama
		Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino
		Tasa de mortalidad por VIH

Tabla 1. Distribución Índice Salud Rural

Etapa 3. Estandarización de datos. En esta etapa se sigue la metodología para el proceso de estandarización de datos utilizada en los diferentes índices de AVS y que es la misma empleada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el cálculo del Índice Desarrollo Humano (ONU, 2006), que consiste en ubicar los datos crudos en una escala de 0 a 100, por medio de la siguiente fórmula:

$$x = \frac{\text{valor bruto} - \text{peor valor}}{\text{mejor valor} - \text{peor valor}} \times 100$$

Al estandarizar los resultados de todos los indicadores para hacerlos comparables, es necesario realizar 3 precisiones:

1. La lectura de los valores estandarizados es en puntos, NO en porcentaje.

2. No se considera un indicador con 100 puntos como perfecto o uno en 0 como sin gestión, solamente son aquellos que presentan el mejor y peor comportamiento relativo en el período de medición dentro del grupo comparativo, aunque este valor sea bajo o alto en su escala original de medida.
3. Los datos estandarizados se encuentran redondeados y aproximados a su límite superior.

Etapa 4. Interpretación del dato. Una vez los datos se hacen comparables después de la estandarización, se procede a analizar los resultados de forma descriptiva en el contexto municipal, procurando hacerlo frente a resultados de otros niveles territoriales, con el fin de hallar situaciones de mejora y experiencias exitosas que permitan finalmente emitir información que pueda servir de insumo para los territorios. En este paso se busca clasificar a los municipios dentro de unos cuartiles preestablecidos, de acuerdo con el puntaje obtenido en la estandarización:



Paralelamente y con el fin de validar la estructura interna del índice (37 indicadores, 8 dimensiones y 3 ejes) se realizó un análisis factorial el cual reduce los indicadores propuestos en 3 componentes principales, con los cuales para esta versión se puede explicar más del 80% del modelo propuesto y que para efectos del índice se le llaman ejes.

Para la ponderación interna de los subíndices, se utiliza el método de agregaciones simples que “consiste básicamente en asignar a cada subindicador el mismo peso que a los demás, agregando la información mediante una suma. La ponderación y agregación suele hacerse en niveles sucesivos de manera que previamente se ponderan y agregan una serie de variables

para construir los subindicadores relativos a una determinada dimensión y, posteriormente, se agregan éstos para construir el indicador sintético” (1).

Posteriormente se procede a realizar una clasificación de grupos por medio del análisis de clúster que permite escoger unos conjuntos de municipios bajo algún criterio de homogeneidad dado por el método Ward, al cual se le indicó el número de grupos a analizar después de haber realizado el procedimiento de elección por medio del dendograma en el clúster jerárquico simple, definiendo así 4 clúster (ver anexo 2).

En la presente etapa del análisis, el primer paso metodológico que se realizó fue una prueba de normalidad a todas las variables aplicando la prueba Kolmogorov-Smirnov, lo que manifestó evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula en todos los casos, corroborando así la anormalidad de dichos datos dando luces a la prueba de correlación que se debía realizar.

En esta oportunidad, en la que se realizó el cálculo del índice, se considera pertinente revisar también la existencia de posibles correlaciones entre las variables de los ejes condiciones iniciales y desempeño institucional, frente a las de resultados en salud, entendiendo que algunas de ellas incluyen eventos determinantes para dichos cálculos. Este análisis complementario busca fortalecer el resultado del índice, validando los mismos resultados recolectados en los diferentes municipios y en la medida que se relacionan estas variables establecer posibles soluciones.

Etapa 5. Publicación de resultados. El último paso, consiste en la expedición de un documento que compila toda la información, con el fin de aportar insumo para la toma de decisiones en los diferentes niveles territoriales.

CLASIFICACIÓN RURALIDAD DE OCAMPO

Para la categorización de ruralidad del presente índice, se tuvo en cuenta la clasificación emitida por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en la denominada Misión Rural, donde se analizaron los comportamientos de cada uno de los 1123 municipios, con el objetivo de determinar si son urbanos o rurales clasificándolo de acuerdo a los siguientes parámetros (2):

- **Ciudades y aglomeraciones:** En esta categoría, excluyeron 6 de las 18 aglomeraciones del Sistema de

Ciudades y adicionalmente a las capitales de departamento que no cuentan con una población en la cabecera mayor a 100.000 habitantes. Los municipios considerados en esta categoría son 117.

- **Intermedios:** catalogados como intermedios por la importancia regional y la capacidad de acceso a diversos bienes y servicios. Se caracterizan por tener entre 25.000 y 100.000 habitantes en la cabecera o que, a pesar de tener cabeceras menores, presentan una densidad poblacional de más de 10 hab./km². Este grupo está conformado por 314 municipios, su área corresponde al 8,9 % del total nacional.
- **Rural:** encierra a los municipios que tienen cabeceras de menor tamaño (menos de 25.000 habitantes) y presentan densidades poblacionales intermedias (entre 10 hab./km² y 100 hab./km²). En total son 373 municipios con una población de 5.402.735 habitantes y corresponde al 19,8 % del territorio nacional. (2)
- **Rural disperso:** comprendido por municipios y Áreas No Municipalizadas (ANM) que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab./km²). 318 territorios son considerados en la categoría de “rural disperso” para el 2014, están asociados a una población rural de 3.658.702 y el área es del 64,9 % del total nacional. (2)

En esta clasificación realizada por el DNP, se ubican 691 municipios catalogados como rurales (n=373) o rurales dispersos (n=318). Para la muestra que se tomó en el presente índice se ubican 317 municipios rurales que corresponde al 85% del total de este grupo y 203 dispersos que a su vez corresponden al 64% de ese subconjunto (ver anexo 3).

MUNICIPIOS PDET

Mediante el Decreto 893 de 2017 se crearon los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (3), que tienen como principal fin priorizar en el acuerdo a los territorios que cumplen con criterios como:

- mayores niveles de pobreza
- mayor debilidad institucional
- alto grado de afectación por el conflicto armado
- presencia de cultivos de uso ilícito

En esta priorización se clasificaron 170 municipios, en los que el gobierno espera una transformación progresiva a lo largo de 15 años, por medio de diversas estrategias que buscan impulsar el desarrollo de los territorios a través del mejoramiento de

vías, cobertura de agua potable y alcantarillado, energía, salud y educación (4).

Los municipios priorizados para estos programas se encuentran distribuidos en 16 subregiones, fraccionados en 19 departamentos. Los municipios escogidos para el programa se consideran importantes por comprender la tercera parte del territorio colombiano, residiendo allí alrededor del 24% de la población rural, la mayor proporción de víctimas de conflicto armado y más del 50% de la pobreza multidimensional del país (5).

En los 520 municipios analizados, 106 pertenecen a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), lo que corresponde al 62% de este grupo y al 20% del total de municipios que son sujeto de análisis.

MUNICIPIOS ZOMAC

Mediante el Decreto 1650 de 2017 (6), el gobierno nacional clasificó las zonas más afectadas por el conflicto armado y priorizó 344 municipios con el fin de brindar beneficios tributarios que estimulen el desarrollo económico multisectorial de estos territorios. Para el presente índice, aunque la variable tiene un componente descriptivo, se utiliza para evidenciar el grado de vulnerabilidad de estos municipios, teniendo en cuenta que el contexto del conflicto armado puede actuar como barrera para acceder a los servicios de salud.

La conformación de los ZOMAC resulta de un esfuerzo conjunto de varias instituciones como el Ministerio de Hacienda, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Agenda de Renovación del Territorio, las cuales tuvieron en cuenta los siguientes criterios (7):

- Índice de Desempeño Fiscal
- Municipios considerados dentro del grupo de PDET
- Índice de Pobreza Multidimensional
- Distancia en vehículo a la capital departamental
- Aglomeraciones del sistema de ciudades
- Categorías de ruralidad
- Índice de incidencia del conflicto armado
- Baja densidad poblacional.

Del grupo de municipios caracterizados como ZOMAC, el 63% ingresó al análisis del Índice de Salud Rural, correspondiendo a su vez, al 42% de los municipios analizados, evidenciando una vulnerabilidad importante en los territorios estudiados.

04

EJE CONDICIONES INICIALES

Eje que aborda aquellas condiciones que influyen en el bienestar de las comunidades, conteniendo en su interior 4 subíndices o dimensiones: condiciones de vida, situación de salud, microeconómica y talento humano en salud, todas buscando visibilizar las condiciones dadas por el entorno de las comunidades antes de ingresar al sistema de salud.

DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA

Dimensión que aborda de forma priorizada aquellos determinantes estructurales e intermedios indispensables para el adecuado desarrollo de las comunidades. En el grupo de indicadores analizados dentro de esta dimensión se encuentran:

- Cobertura conectividad en internet
- Cobertura de acueducto
- Cobertura de alcantarillado
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

Cobertura de conectividad por internet

La conectividad se ha convertido para el sector salud en una herramienta importante y complementaria que tiene la capacidad de aumentar las coberturas de atención, es por lo que ha sido contemplada desde la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud de Alma - Ata como una estrategia fundamental en salud pública (8).

La Broadband Commission, estableció 7 objetivos en conectividad para 2025, inicialmente propuso 4 en 2011, uno más en 2013 y finalmente 2 más en 2018, dentro de los cuales se proponen (9):

1. Hacer universal la política de banda ancha. *“Plan Nacional de Banda Ancha en todos los países”.*
2. Hacer la banda ancha asequible. *“Para 2025, los servicios básicos de banda ancha deberían ser asequibles en los países de ingresos bajos y medios a menos del 2% del ingreso nacional bruto (INB) mensual per cápita”.*
3. Poner a todos en línea. *“la penetración de usuarios de Internet de banda ancha debería alcanzar el 75% en todo el mundo”.*
4. Promover el desarrollo de habilidades digitales. *“El 60% de los jóvenes y adultos deberían haber alcanzado al menos un nivel mínimo”.*
5. Aumentar el uso de finanzas electrónicas. *“El 40% de la población mundial debería utilizar servicios financieros digitales”.*
6. Mipymes en línea. *“Mejorar la conectividad de las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMES) en un 50%, por sector”.*
7. Superar la brecha digital de género. *“Se debe lograr igualdad de género en todos los objetivos”.*

La misma entidad en su último reporte correspondiente al año 2023, evidenció el crecimiento a nivel mundial de las coberturas de banda ancha durante la pandemia, inicialmente en un 11%, incrementando en solo los países de medianos y bajos ingresos un 15%, esto, sin desconocer los grandes desafíos a los que aún se enfrenta la tecnología, como la falta de habilidades digitales y el analfabetismo tecnológico, entre otros que se generan en menor proporción. De igual forma, el informe enseña que las cifras después de pandemia empezaron a descender, fenómeno ocasionado por la caída de la economía generada por el Covid - 19 a la que se tuvieron que enfrentar los diferentes países, para 2023 se reseñan 100 millones de personas menos con conectividad que en 2022 (10) (11).

El servicio de banda ancha, que en Colombia se introdujo en el año 1997, corresponde a una red de internet que permite navegar con velocidades significativamente más rápidas y que desde 2019 se normó con velocidades mínimas de 25 megabits por segundo (Mbps) de bajada y 5 Mbps de subida. De acuerdo con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU por sus siglas en inglés), Colombia ha disminuido la compra de

paquetes de banda ancha, para 2008 se reporta un promedio de 33,90 USD en los paquetes más económicos que ofrecen al menos 5GB de datos mensuales de alta velocidad (2,2 Mgps) del operador con mayor participación del mercado, cifra que descendió a 17,15 USD en 2023, comportamiento similar en otros paquetes de menor alcance evaluados por la misma entidad (12).

De acuerdo con las cifras publicadas por MinTIC, los 691 municipios categorizados como rurales y dispersos cuentan con reporte de cobertura de internet o puntos de acceso fijo a internet por persona. En el reporte de 2023, se encuentra que el 37,4% de estos municipios presenta porcentajes de cobertura de internet por debajo del 1%. Dentro del grupo que registra valores por debajo del 1%, se observa que el 59% de estos corresponden a municipios dispersos y que más de la mitad de los municipios (58,4%) pertenecen a los departamentos de Nariño, Santander, Boyacá, Cauca, Chocó, Tolima, Bolívar y Norte de Santander.

En la muestra que es sujeto del presente análisis (520 municipios rurales y dispersos), el porcentaje de cobertura más

alto, registrado por MinTIC en 2023 es de 39,4% en Caparrapí (Cundinamarca), seguido de Cocorná (Antioquia) con 39,3%, San Luis (Antioquia) con 27,9% y Sabanalarga (Casanare) con el 22,7%, los municipios restantes se encuentran por debajo del 22% de cobertura. En el último cuartil se encuentra el 90,6% de los municipios con coberturas por debajo del 10%, encontrando que los 3 últimos municipios de la tabla registran ausencia de cobertura (ver tabla 2): La Vega (Cauca), Cumaribo (Vichada) y Zapayán (Magdalena).

En el país, del total de municipios existentes, solamente 85 de ellos (7,6%) se encuentran por encima del 20% de cobertura, de los cuales tan solo 8 (0,7%) se encuentran clasificados como rurales y rurales dispersos (Caparrapí, Cocorná, Manta, San Luis, Sabanalarga, Sesquilé, Paicol y Entrerriós), los municipios restantes, pertenecen en su mayoría (59%) a ciudades y aglomeraciones e intermedios (32%). La cobertura más alta se registra en el Peñol (Antioquia) con una cobertura del 56%. Estas cifras revelan la inequidad que se presenta actualmente en coberturas de internet frente a las áreas urbanas siendo esto una barrera más para el acceso adecuado a los servicios de salud.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN COBERTURA DE INTERNET						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Caparrapí	Cundinamarca	R D	NO	NO	39,4	100
Cocorná	Antioquia	R	NO	SI	39,3	100
San Luis	Antioquia	R	NO	SI	27,9	71
Sabanalarga	Casanare	R D	NO	SI	22,7	58
Sesquilé	Cundinamarca	R	NO	NO	21,4	54
Paicol	Huila	R	NO	NO	20,8	53
Entrerriós	Antioquia	R	NO	NO	20,6	52
Restrepo	Meta	R	NO	NO	18,1	46
Cucunubá	Cundinamarca	R	NO	NO	17,9	45
Dagua	Valle del Cauca	R D	NO	SI	17,7	45
Armero	Tolima	R	NO	NO	17,2	44
La Cumbre	Valle del Cauca	R	NO	NO	17,1	43
Monterrey	Casanare	R	NO	SI	16,2	41
Villanueva	Casanare	R	NO	SI	16,2	41
Machetá	Cundinamarca	R D	NO	NO	15,9	40
Guaca	Santander	R	NO	NO	15,7	40

Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	15,5	39
San Francisco	Antioquia	R	NO	SI	15,3	39
Acevedo	Huila	R D	NO	SI	14,8	38
Gachetá	Cundinamarca	R	NO	NO	14,7	37
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN COBERTURA DE INTERNET						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Inzá	Cauca	R D	NO	NO	0,2%	0
Saboyá	Boyacá	R D	NO	NO	0,2%	0
La Primavera	Vichada	R D	NO	NO	0,2%	0
Pinillos	Bolívar	R D	NO	NO	0,1%	0
Silvia	Cauca	R	NO	NO	0,1%	0
Ricaurte	Nariño	R D	SÍ	SI	0,1%	0
Piamonte	Cauca	R D	NO	SI	0,1%	0
San José del Fragua	Caquetá	R	SÍ	SI	0,1%	0
San Bernardo	Cundinamarca	R	NO	NO	0,1%	0
San Jacinto del Cauca	Bolívar	R D	NO	NO	0,1%	0
Cerro San Antonio	Magdalena	R	NO	NO	0,1%	0
Aldana	Nariño	R	NO	NO	0,1%	0
Balboa	Cauca	R	SÍ	SI	0,1%	0
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	0,1%	0
Sotará	Cauca	R D	NO	NO	0,1%	0
Almaguer	Cauca	R	NO	NO	0,1%	0
Pedraza	Magdalena	R	NO	NO	0,1%	0
La Vega	Cauca	R	NO	NO	0,0%	0
Cumaribo	Vichada	R D	NO	SI	0,0%	0
Zapayán	Magdalena	R	NO	NO	0,0%	0

Tabla 2. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de internet en 2023. Fuente: Mintic. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Cobertura de agua potable

La meta 6.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), habla de “lograr el acceso universal y equitativo al agua potable, a un precio asequible para todos” (13), logro que según informe de la OMS mejoró en zonas rurales, pero se estancó en las urbanas. Partiendo de la cifra base de 2015 (69%), la cifra para finales de 2022 mostró el aumento de 4 puntos porcentuales

(73%) de la población mundial con acceso a servicios de agua potable gestionados de manera segura, lo que se traduce en 687 millones de personas, de las cuales en las áreas urbanas se calcula un aumento de 0,1 miles de millones de población sin agua potable, mientras que en las áreas rurales disminuyó 0,2 miles de millones (14).

El acceso a este derecho fundamental se ha convertido con el paso de los años en un reto mayor, para unas poblaciones más que para otras, pero la totalidad de la población mundial

está expuesta a la ausencia del preciado líquido si su uso no es gestionado de manera eficiente, ya que el cambio climático empieza a generar repercusiones importantes en la disponibilidad de este, evidenciado en los altos niveles de estrés hídrico reportado por regiones como Asia central y meridional además de África septentrional, que se encuentran por encima del 75%. Según la fuente de información, a mayor gasto, mayor es la eficacia en el uso del recurso hídrico lo que a su vez disminuye el estrés hídrico, evidenciando que el promedio de uso eficiente del agua en el mundo aumentó un 9% con relación al valor reportado en 2015, llegando a 18,9 dólares/m³ en 2020. Desafortunadamente el comportamiento de América Latina y el Caribe no es similar, mostrando al contrario una disminución del 12% con respecto a la cifra base del 2015 y registrando para 2020 apenas 11,8 dólares/m³, valor por debajo del registrado en África subsahariana Asia oriental y sudoriental, Europa, América del Norte y Oceanía.

En el último informe Sanitation and water for all Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, consigna la siguiente afirmación:

“Nos enfrentamos a una crisis urgente: el acceso deficiente al agua potable, el saneamiento y la higiene se cobran millones de vidas cada año, mientras que la creciente frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos relacionados con el clima siguen obstaculizando la prestación de servicios seguros de agua, saneamiento e higiene. Hacemos un llamamiento a los gobiernos y a los socios para el desarrollo para que fortalezcan los sistemas de agua, saneamiento e higiene y aumenten drásticamente las inversiones para ampliar el acceso a servicios de agua potable y saneamiento gestionados de forma segura para todos de aquí a 2030, empezando por los más vulnerables” (15).

Reflexión que lleva a todos los países a medir y evaluar el grado de avance en la potabilización del agua y las estrategias de saneamiento que se están utilizando especialmente en territorios apartados, dado que esto claramente impacta de forma directa en la morbimortalidad de las poblaciones.

En Colombia, para el grupo de 691 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, no se encuentra información disponible del 3 % de los municipios y la que se encuentra a disposición oscila en un rango de 0 a 100% de cobertura. En el grupo, 5 municipios presentan ausencia total de cobertura: Murindó (Antioquia), Vigía del Fuerte (Antioquia), Puerto Salgar (Cundinamarca), Istmina (Chocó) y Barranco Minas (ANM, Guainía), mientras en el otro extremo el 8% de los municipios reportan coberturas del 100%, los cuales pertenecen en su mayoría a Tolima, Boyacá, Nariño, Chocó, Santander, Antioquia, Bolívar, Córdoba, Magdalena y Cundinamarca.

Para los 520 municipios que son sujetos del presente análisis, se encuentra que el 29,2% de los territorios se ubican en el primer cuartil con coberturas de 75,1 a 100% y de los cuales el 34,9% registran coberturas totales. En el segundo cuartil, se encuentra el 31,5% de los territorios, moviéndose en un rango de 49,6 a 74,4%, en el tercer cuartil se localiza el 28,7% de los municipios, con coberturas entre el 24,6 y el 48,9% y en el último cuartil se ubica el 10,6% de estos territorios con las coberturas más deficientes de la muestra analizada (ver tabla 3), encontrando en los últimos lugares a El Peñón (Cundinamarca), Bolívar (Santander), Tona (Santander), Molagavita (Santander), Buenavista (Boyacá), Vigía del Fuerte (Antioquia) y Puerto Salgar (Cundinamarca), datos que llevan a reflexionar acerca de lo lejos que Colombia se encuentra en la meta del ODS 6. y que las mediciones no se pueden basar solamente en resultados departamentales, desconociendo cifras en los territorios que reflejan grandes inequidades en el interior de estos.

El análisis de las cifras de cobertura de los municipios rurales de Colombia, evidencia profundas desigualdades en la cobertura de servicios básicos en estos territorios del país. Aunque un grupo reducido ha alcanzado coberturas altas o totales, la mayoría enfrenta barreras significativas que reflejan la marginación histórica de las zonas geográficas apartadas. Esto resalta la necesidad de adoptar enfoques más precisos y focalizados para cumplir las metas del ODS 6, abordando las inequidades estructurales en el acceso a servicios esenciales, por lo que urge priorizar políticas que fortalezcan la infraestructura y gestión local en los municipios más vulnerables.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN COBERTURA DE ACUEDUCTO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Briceño	Antioquia	R D	SÍ	SI	100,0	100
Caicedo	Antioquia	R D	NO	SI	100,0	100
Peque	Antioquia	R D	NO	NO	100,0	100
Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	100,0	100
Piojó	Atlántico	R	NO	NO	100,0	100
Barranco de Loba	Bolívar	R	NO	NO	100,0	100
Campohermoso	Boyacá	R D	NO	NO	100,0	100
Chíquiza	Boyacá	R D	NO	NO	100,0	100
Floresta	Boyacá	R	NO	NO	100,0	100
Saboyá	Boyacá	R D	NO	NO	100,0	100
San José de Pare	Boyacá	R	NO	NO	100,0	100
Siachoque	Boyacá	R	NO	NO	100,0	100
El Paso	Cesar	R D	NO	NO	100,0	100
Nuquí	Chocó	R D	NO	NO	100,0	100
Río Quito	Chocó	R D	NO	NO	100,0	100
Los Córdoba	Córdoba	R	NO	NO	100,0	100
Puerto Escondido	Córdoba	R	NO	NO	100,0	100
Cucunubá	Cundinamarca	R	NO	NO	100,0	100
Machetá	Cundinamarca	R D	NO	NO	100,0	100
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	100,0	100
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN COBERTURA DE ACUEDUCTO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Guapi	Cauca	R	SÍ	SI	13,3	13
Los Santos	Santander	R D	NO	NO	13,1	13
Güicán	Boyacá	R D	NO	NO	12,6	13
Tasco	Boyacá	R D	NO	NO	12,5	12
Arboledas	Norte de Santander	R D	NO	NO	12,4	12
Gachetá	Cundinamarca	R	NO	NO	11,6	12
Jesús María	Santander	R D	NO	NO	11,4	11
Soracá	Boyacá	R	NO	NO	11,3	11
Albania	Santander	R D	NO	NO	11,2	11
Milán	Caquetá	R D	SÍ	SI	10,6	11

Tabla 3. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de acueducto en 2023. Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Támara	Casanare	R D	NO	SI	10,4	10
San Miguel	Santander	R D	NO	NO	10,2	10
Ricaurte	Nariño	R D	SÍ	SI	9,7	10
El Peñón	Cundinamarca	R D	NO	SI	8,0	8
Bolívar	Santander	R D	NO	SI	7,9	8
Tona	Santander	R D	NO	NO	7,7	8
Molagavita	Santander	R D	NO	NO	6,8	7
Buenavista	Boyacá	R	NO	NO	6,5	6
Vigía del Fuerte	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,0	0
Puerto Salgar	Cundinamarca	R	NO	NO	0,0	0

Cobertura de Alcantarillado

Al igual que el agua potable, el saneamiento ambiental ingresó a las agendas de los países a partir de políticas internacionales como los ODS, siendo parte fundamental en la disminución de enfermedades infecciosas como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Según la OMS, cerca de 1,4 millones de personas mueren cada año por la precariedad en la disposición de agua potable y saneamiento básico. De acuerdo con la misma entidad, para 2022 se registró un aumento de 4 puntos porcentuales con respecto a 2015, evidenciando que tan solo un poco más de la mitad de la población mundial cuenta con un servicio de saneamiento gestionado de forma adecuada, alrededor de 3.500 millones no tienen saneamiento que se gestione de manera segura y 1.500 millones de personas no tienen ningún tipo de acceso a servicios de saneamiento, situación que preocupa especialmente a países de medianos y bajos ingresos (14).

En Colombia, pese al robusto marco normativo con el que cuenta el país, son muchos los territorios que se encuentran sin los mínimos básicos requeridos para un saneamiento adecuado. De acuerdo con el reporte de portal de datos del programa de Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable (GLASS), Colombia cuenta con tan solo el 52% de aguas residuales tratadas en las áreas urbanas y no registra reporte de las áreas rurales, cifra que se irá contrastando con los resultados encontrados en el presente análisis.

De acuerdo con los datos recopilados en los territorios colombianos, no hay disponibilidad de información del 2,5% de los municipios rurales y dispersos, todos correspondientes a Áreas No Municipalizadas (ANM) de Amazonas, Guainía y

Vaupés. Los 674 municipios que reportan su cobertura se encuentran dentro del rango de 0 a 100%, en el que el 3,8% reporta la totalidad de su cobertura y el 4,1% la ausencia total de esta, lo que significa que cerca de 500 mil personas de las zonas rurales y dispersas no cuentan con ningún tipo de acceso a servicio de saneamiento.

En la muestra sujeto de análisis (520 municipios), se observa que en promedio el 41,13% de esta población tiene acceso a servicios de alcantarillado y que la mitad de la población tiene una cobertura inferior al 37,34%. Aunque la cobertura media es ligeramente mayor en los municipios PDET (44%), la diferencia no es extremadamente significativa, pero sí podría indicar una tendencia de mejor acceso en zonas con programas específicos de desarrollo. Los municipios ZOMAC, que son áreas más afectadas por el conflicto, parecen tener una mejor cobertura de alcantarillado que aquellos que no pertenecen a este grupo, lo que puede deberse a esfuerzos específicos de reconstrucción y desarrollo en estas zonas.

En los 520 municipios rurales y dispersos, se encuentra que para alcantarillado el 12,1% se localiza en el primer cuartil de la tabla (ver tabla 4), con valores entre 74,6% y el 100%, teniendo en cuenta que de este cuartil el 35% corresponde a coberturas completas o del 100%. En el siguiente cuartil, es el 21% de los territorios los que se ubican en esta posición, con porcentajes de cobertura entre 49,6 y 74,3%. Para el cuartil 3 se ubica el 36,3% de los municipios con coberturas entre 25,5 y 50,2%, por último, en el cuartil restante se encuentra el 30,6% de los municipios quienes se mueven entre una cobertura nula (cero) y el 24,2%, siendo el 4% de los territorios los que notifican no tener cobertura alguna de alcantarillado.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN COBERTURA DE ALCANTARILLADO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Briceño	Antioquia	R D	SÍ	SI	100,0	100
Caicedo	Antioquia	R D	NO	SI	100,0	100
Peque	Antioquia	R D	NO	NO	100,0	100
Campohermoso	Boyacá	R D	NO	NO	100,0	100
Floresta	Boyacá	R	NO	NO	100,0	100
Saboyá	Boyacá	R D	NO	NO	100,0	100
El Paso	Cesar	R D	NO	NO	100,0	100
Nuquí	Chocó	R D	NO	NO	100,0	100
Río Quito	Chocó	R D	NO	NO	100,0	100
Los Córdoba	Córdoba	R	NO	NO	100,0	100
Ariguaní	Magdalena	R	NO	NO	100,0	100
El Zulia	Norte de Santander	R	NO	SI	100,0	100
San Miguel	Putumayo	R	SÍ	SI	100,0	100
Santiago	Putumayo	R	NO	NO	100,0	100
Coello	Tolima	R D	NO	NO	100,0	100
Cunday	Tolima	R D	NO	NO	100,0	100
Dolores	Tolima	R	NO	SI	100,0	100
Herveo	Tolima	R D	NO	SI	100,0	100
Villahermosa	Tolima	R	NO	SI	100,0	100
Mitú	Vaupés	R D	NO	NO	100,0	100
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN COBERTURA DE ALCANTARILLADO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Nechí	Antioquia	R	SÍ	SI	0,0	0
Vigía del Fuerte	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,0	0
Piojó	Atlántico	R	NO	NO	0,0	0
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	0,0	0
El Peñón	Bolívar	R	NO	NO	0,0	0
Montecristo	Bolívar	R D	NO	SI	0,0	0
San Jacinto	Bolívar	R	SÍ	SI	0,0	0
San Jacinto del Cauca	Bolívar	R D	NO	NO	0,0	0
Simití	Bolívar	R	SÍ	SI	0,0	0
Tiquisio	Bolívar	R D	NO	SI	0,0	0
Zambrano	Bolívar	R	SÍ	SI	0,0	0

Tabla 4. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de alcantarillado en 2023.
Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (R: Rural; RD: Rural (Disperso)).

Puerto Escondido	Córdoba	R	NO	NO	0,0	0
San Carlos	Córdoba	R	NO	NO	0,0	0
Puerto Salgar	Cundinamarca	R	NO	NO	0,0	0
Cerro San Antonio	Magdalena	R	NO	NO	0,0	0
Puebloviejo	Magdalena	R	NO	NO	0,0	0
Remolino	Magdalena	R	NO	NO	0,0	0
Sitionuevo	Magdalena	R	NO	NO	0,0	0
San Benito Abad	Sucre	R D	NO	NO	0,0	0
La Primavera	Vichada	R D	NO	NO	0,0	0
Puerto Carreño	Vichada	R D	NO	NO	0,0	0

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

La resolución 2115 de 2007, establece los instrumentos y frecuencias para el control y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, determinando una clasificación del nivel de riesgo:

Clasificación IRCA (%)	Nivel de Riesgo
80.1 - 100	Inviabile Sanitariamente
35.1 - 80	Alto
14.1 - 35	Medio
5.1 - 14	Bajo
0 - 5	Sin Riesgo

Tabla 7. Clasificación del riesgo IRCA.

Uno de los principales desafíos que enfrenta Colombia en cuanto a la calidad del agua es la desigualdad en el acceso a agua potable segura. Las zonas rurales y las comunidades indígenas son las más vulnerables, y en muchos casos, dependen de fuentes de agua no tratada. Además, la contaminación de las fuentes hídricas por actividades mineras, agrícolas y domésticas sigue siendo un problema grave. La deforestación y la mala gestión de las cuencas hidrográficas también contribuyen a la degradación de la calidad del agua en muchas partes del país.

Los datos para el indicador fueron abstraídos del informe consolidado del IRCA anual por municipio, en el que se observa que de los 691 municipios objeto de análisis, reportan 661 y no hay información de los 30 restantes, de los cuales el 66,6% corresponde a áreas no municipalizadas (ANM), en su gran mayoría por no contar con agua potable.

En la muestra de los 520 municipios rurales y dispersos se encuentra que el 73,3% reportan IRCA en 0%, que sumados a los demás territorios que conforman el primer cuartil, representan un 86,7% de los municipios que se mueven entre 0 y 25,1%, encontrándose en una categorización sin riesgo el 77% de los territorios. En el rango bajo, se clasifican al 4% de los municipios, en el medio el 8,8% y en el alto el 7,7%.

En el rango que se considera inadmisibles por ser inviable para consumo humano se encuentra al 2,3% de los municipios, conformado por 12 territorios, 7 de ellos con un valor de IRCA en 100% (ver tabla 5). En este último grupo se encuentran los siguientes municipios: El Guamo (100%), Hatillo de Loba (100%), San Fernando (100%), San Jacinto del Cauca (100%), Chiriguaná (100%), Gamarra (100%), Pijiño del Carmen (100%), Zaragoza (95%), Canalete (85%), Sardinata (84%), Puerto Wilches (82%) y Caruru (82%).

Es urgente implementar acciones en los municipios que presentan análisis del agua dentro de la clasificación de inviabilidad, de igual forma en los que están en riesgo alto ya que para el próximo período podrían encontrarse dentro del siguiente grupo, con consecuencias desafortunadas en el bienestar de las poblaciones.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN EL ÍNDICE DE RIESGO DE LA CALIDAD DEL AGUA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Norcasia	Caldas	R	NO	SI	61,9	38
Córdoba	Bolívar	R D	SÍ	SI	66,7	33
San Jacinto	Bolívar	R	SÍ	SI	66,7	33
Labranzagrande	Boyacá	R D	NO	SI	67,5	33
Leiva	Nariño	R	SÍ	SI	68,3	32
Cajamarca	Tolima	R	NO	SI	70,9	29
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	72,8	27
Santa Bárbara de Pinto	Magdalena	R	NO	NO	79,2	21
Puerto Wilches	Santander	R	NO	NO	82,3	18
Carurú	Vaupés	R D	NO	SI	82,3	18
Sardinata	Norte de Santander	R	SÍ	SI	84,0	16
Canalete	Córdoba	R	NO	NO	85,0	15
Zaragoza	Antioquia	R	SÍ	SI	95,2	5
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	100,0	0
Hatillo de Loba	Bolívar	R	NO	NO	100,0	0
San Fernando	Bolívar	R D	NO	NO	100,0	0
San Jacinto del Cauca	Bolívar	R D	NO	NO	100,0	0
Chiriguaná	Cesar	R	NO	SI	100,0	0
Gamarra	Cesar	R	NO	NO	100,0	0
Pijiño del Carmen	Magdalena	R	NO	NO	100,0	0

Tabla 5. Municipios rurales con el menor desempeño en el IRCA para 2023. Fuente: INS (R: Rural; RD: Rural Disperso).

DIMENSIÓN SITUACIÓN DE SALUD

Dimensión que da cuenta de las medidas de promoción y prevención en indicadores trazadores y evidencia el contexto en salud de las principales patologías y/o eventos que se presentan en el país. En esta dimensión se tienen en cuenta los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo
2. Prevalencia de enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5
3. Prevalencia de VIH/SIDA
4. Prevalencia por EDA
5. Prevalencia por IRA

6. Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último
7. Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años
8. Tasa de incidencia de violencia contra la mujer
9. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo

La depresión es un trastorno mental, que se comporta muchas veces de manera silenciosa, y que en ocasiones se

puede evidenciar por estado de ánimo triste o pérdida del interés en las actividades que se realizan de forma cotidiana durante tiempos prolongados. De acuerdo con la OMS, en 2023 cerca del 5% de la población mundial padeció de depresión, de la cual se suicidaron más de 700.000 personas, 1 cada 40 segundos afectando en mayor proporción a las mujeres que a los hombres (16). Las pérdidas que se derivan de este evento no solo abarcan el perjuicio en la dimensión humana y social, sino que también afecta de manera importante la económica ya que, según la misma entidad, la enfermedad por sí misma hace que se pierda aproximadamente 1 billón de dólares cada año, coste derivado de la pérdida de días de trabajo productivo (17).

Este trastorno ha incrementado de forma preocupante en todo el mundo, evidenciándose con mayor énfasis en la post pandemia. El ente rector en salud en el mundo actualizó en 2013 el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental con una vigencia a 2030, planteando 4 objetivos (18):

1. *Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.*
2. *Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios.*
3. *Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.*
4. *Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.*

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, Colombia se encuentra en mora de algunos de ellos, especialmente en las rutas o estrategias para llegar a las metas trazadas.

En el análisis realizado a los municipios rurales del país, se encontró que de los 691 territorios 26 no generan ningún tipo de reporte, ni positivo ni negativo, la mayoría de estos corresponden a las Áreas No Municipalizadas (ANM), 8 pertenecientes al departamento de Amazonas (La Chorrera, La Pedrera, La Victoria, Miriti - Paraná, Puerto Alegría, Puerto Arica, Puerto Santander y Tarapacá), 3 al departamento de Chocó (El Litoral del San Juan, Juradó, Sipí), 8 a Guainía (Barranco Minas, Cacahual, La Guadalupe, Mapiripana, Morichal, Pana Pana, Puerto Colombia y San Felipe) y 2 a Vaupés (Pacoa, Yavaraté).

Cabe resaltar que el 92% de los datos tienen como fecha de último reporte el año 2022, 4,6% de 2021, 1,5% de 2020, 1% de 2019, 0,4% de 2018 y 0,3% de 2017, razón por la cual se realizó imputación de datos a los que no son de 2022.

El porcentaje de personas atendidas por depresión es bajo en los municipios rurales y dispersos, observando cifras que se mueven entre 0 y 4%, donde la mayoría de los datos se encuentran por debajo del 1% (97,2%). El municipio

que registra el valor más alto de atención por depresión es Papunaua (Vaupés) con un valor del 4%, población catalogada como rural dispersa y con la tasa más alta por suicidio en el país.

En la muestra de 520 municipios rurales y dispersos objeto del presente análisis, se observa que el rango de resultados se encuentra entre 0 y 2%, de los cuales el 3,5% reporta porcentajes muy bajos que deja a estos territorios con un puntaje de 100 en la estandarización de datos. En el primer cuartil del grupo analizado se ubica el 82,9% de los municipios, en el segundo cuartil se localiza el 13,8% de estos territorios con un rango de atención del 0,48% al 0,94% y en los 2 últimos cuartiles se identifica el 3,3% de los municipios restantes, con las cifras más altas de atención por episodio depresivo, siendo Salamina (Caldas) el que registra el porcentaje de atención más alto (ver tabla 6). Se espera que este indicador a futuro se convierta en un factor protector para esta población, si se conserva y continúa creciendo, sabiendo que hay un alto porcentaje de población que no asiste a los servicios de salud mental, pero también deja entrever la demanda que se puede estar presentando en los municipios. A este territorio le sigue Alvarado (Tolima), municipio catalogado como ZOMAC al igual que el 50% de los municipios que se encuentran en los 2 últimos cuartiles.

Son múltiples los estudios realizados en Colombia para tratar de entender la repercusión del conflicto armado en la salud mental de la población, pero aún no hay ninguno que evidencie con claridad el estado real de las poblaciones en conflicto o postconflicto. Un estudio realizado en 2021, “establece que, en el conflicto, se evidencian síntomas regresivos, conductuales y cognitivos, como enuresis, miedo, tristeza, agresión, hiperactividad e inatención, entre otros y consecuencias directas, como trastornos de adaptación, depresión, ansiedad y estrés postraumático” (19), otros estudios sugieren prevalencias de cerca del 30% para trastorno depresivo mayor. Teniendo en cuenta que los municipios rurales y dispersos son los que configuran las áreas de mayor conflicto en Colombia (20), son pocas las atenciones en salud mental que se registran en el presente informe.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN % DE PERSONAS ATENDIDAS EN EPISODIO DEPRESIVO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Abejorral	Antioquia	R	NO	SI	0,004	100
Abriaquí	Antioquia	R D	NO	SI	0,003	100
Alejandro	Antioquia	R	NO	SI	0,001	100
Amalfi	Antioquia	R	SÍ	SI	0,003	100
Angostura	Antioquia	R D	NO	SI	0,003	100
Armenia	Antioquia	R	NO	NO	0,004	100
Belmira	Antioquia	R D	NO	NO	0,003	100
Briceño	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,002	100
Buriticá	Antioquia	R D	NO	NO	0,002	100
Cáceres	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,001	100
Caicedo	Antioquia	R D	NO	SI	0,002	100
Campamento	Antioquia	R	NO	SI	0,005	100
Cañasgordas	Antioquia	R	NO	NO	0,005	100
Cocorná	Antioquia	R	NO	SI	0,004	100
Concepción	Antioquia	R	NO	SI	0,004	100
Dabeiba	Antioquia	R	SÍ	SI	0,002	100
Ebéjico	Antioquia	R	NO	NO	0,003	100
Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	0,003	100
Altos del Rosario	Bolívar	R	NO	NO	0,027	99
Barranco de Loba	Bolívar	R	NO	NO	0,028	99
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN % DE PERSONAS ATENDIDAS EN EPISODIO DEPRESIVO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Puerres	Nariño	R	NO	SI	0,93	51
Salento	Quindío	R	NO	SI	0,94	51
Santa Rosa de Osos	Antioquia	R	NO	NO	0,95	50
Támara	Casanare	R D	NO	SI	0,99	48
Sora	Boyacá	R	NO	NO	1,01	47
Barranca de Upía	Meta	R D	NO	SI	1,09	43
Linares	Nariño	R	NO	SI	1,10	43
Ancuyá	Nariño	R	NO	NO	1,11	42
Campohermoso	Boyacá	R D	NO	NO	1,12	41
Pácora	Caldas	R	NO	NO	1,15	40

Tabla 6. Municipios rurales con mayor y menor desempeño de personas atendidas por episodio depresivo en 2022. Fuente: SISPRO (R: Rural; RD: Rural Disperso).

La Cumbre	Valle del Cauca	R	NO	NO	1,16	40
Urrao	Antioquia	R	NO	SI	1,16	39
Aguadas	Caldas	R	NO	NO	1,17	39
Santo Domingo	Antioquia	R D	NO	SI	1,18	38
Cajamarca	Tolima	R	NO	SI	1,18	38
Santiago	Putumayo	R	NO	NO	1,28	33
El Peñol	Nariño	R	NO	SI	1,35	30
Betulia	Santander	R D	NO	NO	1,36	29
Alvarado	Tolima	R	NO	SI	1,55	19
Salamina	Caldas	R	NO	NO	1,91	0

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Enfermedad que describe la pérdida gradual del riñón y que en la mayoría de las veces es secundaria a otras enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial entre otras. Si esta enfermedad no es tratada de manera oportuna, evoluciona de forma progresiva y en sus etapas avanzadas las personas generan acumulación peligrosa de líquidos, electrolitos y desechos, requiriendo tratamientos invasivos como la diálisis, pudiendo llegar incluso hasta la muerte.

De acuerdo con la OPS, para 2019 en las Américas se reportaron 254.028 defunciones por esta causa, siendo la cifra más elevada en el sexo masculino. Para el mismo año, los países de la región que mayor tasa de mortalidad x 100.000 hab. reportaron fueron Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Guatemala, Suriname, Honduras y Ecuador, con tasas que oscilan entre 74 y 37 muertes x 100.000 hab. Por su parte Colombia registra una tasa de 12,3 en esa fuente. En cuanto a los años de vida con discapacidad, la región registra una mediana de 187,4 años por cada 100.000 hab., encontrándose Colombia por debajo de la misma con 146 (21).

En Colombia el 68,5% de los 691 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, registran prevalencias por debajo del 1%, la cantidad restante oscila entre 1% y 6,16%. Los municipios que registran las prevalencias más altas son El Guacamayo (Santander), Quipile (Cundinamarca), Guapotá (Santander), Coromoro (Santander), La Victoria (Boyacá), Pácora (Caldas), Patía (Cauca), Pachavita (Boyacá), San Mateo (Boyacá), y Natagaima (Tolima).

Cabe resaltar que, en el grupo de 691 municipios, 5 no registran ningún dato desde el año 2018, todos correspondientes a territorios catalogados como áreas no municipalizadas. Dentro de este grupo se encuentran: Puerto Arica (Amazonas), Mapiripana (Guainía), La Guadalupe (Guainía), Papunaua (Vaupés) y Yavaraté (Vaupés).

Para el grupo de análisis (520 municipios), se identifica una media de la prevalencia de 0,85% y que en el primer cuartil se ubican el 84% de los municipios que se mueven en un rango de 0 a 1,52%. En el siguiente cuartil se encuentra un 13,3% de la muestra con valores de prevalencia entre 1,53 y 3,06%, por último, en los cuartiles restantes se localiza el 2,7% donde se relacionan los municipios con las prevalencias más altas del grupo, los 3 últimos catalogados como dispersos (ver tabla 7), en los últimos puestos se percibe a Pácora (Caldas), La Victoria (Boyacá), Coromoro (Santander), Guapotá (Santander) y El Guacamayo (Santander).

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN PREVALENCIA DE ERC						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Puerto Rondón	Arauca	R D	NO	SI	0,000	100
La Macarena	Meta	R D	SÍ	SI	0,021	100
Molagavita	Santander	R D	NO	NO	0,023	100
Puerto Parra	Santander	R D	NO	NO	0,025	100
Carurú	Vaupés	R D	NO	SI	0,000	100
Mitú	Vaupés	R D	NO	NO	0,015	100
Cumaribo	Vichada	R D	NO	SI	0,013	100
Vigía del Fuerte	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,052	99
Cravo Norte	Arauca	R D	NO	SI	0,045	99
Fortul	Arauca	R	SÍ	SI	0,072	99
San Martín de Loba	Bolívar	R	NO	NO	0,057	99
Santa Rosa del Sur	Bolívar	R	SÍ	SI	0,048	99
Simití	Bolívar	R	SÍ	SI	0,050	99
Gameza	Boyacá	R	NO	NO	0,059	99
La Uvita	Boyacá	R	NO	NO	0,032	99
Labranzagrande	Boyacá	R D	NO	SI	0,054	99
Sora	Boyacá	R	NO	NO	0,063	99
Umbita	Boyacá	R	NO	NO	0,088	99
Sácama	Casanare	R D	NO	SI	0,087	99
Toribio	Cauca	R	SÍ	SI	0,092	99
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN PREVALENCIA DE ERC						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Ovejas	Sucre	R	SÍ	SI	2,807	54
Marulanda	Caldas	R D	NO	SI	2,889	53
El Tambo	Nariño	R	NO	NO	2,912	53
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	3,013	51
Galán	Santander	R D	NO	NO	3,037	51
El Molino	La Guajira	R	NO	SI	3,057	50
Curití	Santander	R	NO	NO	3,332	46
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	3,359	45
San Juan de Río Seco	Cundinamarca	R	NO	NO	3,845	38
Simacota	Santander	R D	NO	NO	3,811	38

Tabla 7. Municipios rurales con mayor y menor desempeño prevalencia de ERC en 2022. Fuente: CAC (R: Rural; RD: Rural Disperso).

San Jacinto	Bolívar	R	SÍ	SI	3,854	37
Boavita	Boyacá	R	NO	NO	4,047	34
Natagaima	Tolima	R	NO	NO	4,165	32
San Mateo	Boyacá	R	NO	NO	4,551	26
Patía	Cauca	R	SÍ	SI	4,708	24
Pácora	Caldas	R	NO	NO	5,018	19
La Victoria	Boyacá	R	NO	NO	5,276	14
Coromoro	Santander	R D	NO	NO	5,284	14
Guapotá	Santander	R D	NO	NO	5,297	14
El Guacamayo	Santander	R D	NO	NO	6,164	0

Prevalencia de VIH/SIDA

La infección de VIH afecta el sistema inmunitario y en fase avanzada pasa a ser el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH se puede prevenir o manejar con tratamiento antirretroviral (TAR), el cual actúa inhibiendo el crecimiento o multiplicación del virus (22).

Según la OPS, en los últimos 10 años América Latina registró un crecimiento de nuevos casos del 4,7% y por el contrario el Caribe presentó una reducción del 28%, con un desconocimiento del diagnóstico que se estima alrededor del 18% (23). De acuerdo con la misma fuente, el porcentaje de cobertura de TAR en la región de las Américas ha incrementado progresivamente pasando de un 15% de cobertura en 2015 al 71% en 2022.

Las estrategias publicadas por la OMS contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual con vigencia 2022 - 2030, hablan de disposiciones focalizadas en servicios de alta calidad, optimización de los sistemas de salud, generación de datos para la toma de decisiones, involucramiento de la sociedad civil y el fomento de la innovación para lograr un mayor impacto (24). Dichas disposiciones o estrategias se han implementado en su gran mayoría, en casi todos los países, lo que realmente preocupa es sí dichas estrategias alcanzan a llegar o a impactar territorios apartados como con los que cuenta la Colombia rural.

En el país, la prevalencia nacional de VIH/SIDA en 2023 se registró en 0,33% (n= 95.745), con mayores prevalencias en Quindío (0,57%, n= 1.979), Risaralda (0,52%, n= 2.519), Bogotá (0,48%, n= 22.160), Valle del Cauca (0,447%, n=

12.311) y Antioquia (0,44%, n= 16.310). Cabe resaltar que, de la prevalencia a nivel nacional el 0,37% corresponde al régimen contributivo y el 0,29% en subsidiado.

A nivel municipal, es Medellín el que reporta la prevalencia más alta en el país, seguido de Chita, Boyacá. Al revisar los municipios que competen al presente análisis, se observan 41 municipios que reportan prevalencias para 2023 en 0%, por lo tanto, en la normalización cuentan con 100 puntos por configurar el mejor desempeño del grupo. El 94,6% de los municipios rurales y dispersos se encuentran en el primer cuartil con 75 y más puntos, el 5% entre 50 y 74 puntos, el 0,2% entre 25 y 49 puntos y el último 0,2% restante con menos de 25 puntos (ver tabla 8).

Si bien son bajas las prevalencias reportadas para VIH/SIDA en estos municipios rurales, es importante tener en cuenta que aún el desconocimiento de esta enfermedad es alto, más aún cuando las comunidades rurales tienen menos acceso a campañas educativas, información de internet, etc., lo que genera desconocimiento sobre la enfermedad y sus formas de prevención y tratamiento.

Además de esto, algunas de las barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud, como la ubicación geográfica, condición económica, entre otras, limitan la capacidad de ingresar a consultas médicas, o tratamientos que, aunque gratuitos en teoría, requieren recursos indirectos para ser accesibles, lo que claramente impide una detección y tratamiento oportuno.

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN PREVALENCIA DE VIH/SIDA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Paz de Ariporo	Casanare	R D	NO	SI	0,2	74
Chiriguana	Cesar	R	NO	SI	0,2	74
El Peñón	Santander	R D	NO	NO	0,2	74
Ovejas	Sucre	R	SÍ	SI	0,2	74
Curumaní	Cesar	R	NO	SI	0,2	73
Leticia	Amazonas	R	NO	NO	0,2	72
San Alberto	Cesar	R	NO	NO	0,2	72
Puebloviejo	Magdalena	R	NO	NO	0,2	72
Santa Ana	Magdalena	R	NO	NO	0,2	72
Barranco de Loba	Bolívar	R	NO	NO	0,2	71
Salento	Quindío	R	NO	SI	0,2	71
Cáceres	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,2	70
Cómbita	Boyacá	R	NO	NO	0,2	70
Balboa	Risaralda	R D	NO	SI	0,2	70
Mutatá	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,2	69
Uramita	Antioquia	R	NO	SI	0,2	69
Tolú Viejo	Sucre	R	SÍ	SI	0,2	69
Cajamarca	Tolima	R	NO	SI	0,2	69
La Victoria	Valle del Cauca	R	NO	NO	0,2	69
Yotoco	Valle del Cauca	R	NO	SI	0,2	69
San José del Guaviare	Guaviare	R	SÍ	NO	0,2	67
Chimá	Córdoba	R D	NO	NO	0,2	66
Pijao	Quindío	R	NO	SI	0,3	64
Génova	Quindío	R	NO	SI	0,3	58
Armenia	Antioquia	R	NO	NO	0,3	55
Zaragoza	Antioquia	R	SÍ	SI	0,3	55
San Carlos	Córdoba	R	NO	NO	0,4	49
Chita	Boyacá	R D	NO	NO	0,7	0

Tabla 8. Prevalencias más altas por VIH en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: CAC. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Enfermedad definida por la OMS como la presencia de 3 o más deposiciones en 24 horas con una consistencia menor a la habitual suelta o líquida y corresponde a la tercera causa de muerte en niños menores de 5 años, matando en el mundo cerca de 450 mil niños anualmente (25). En un evento difícil de controlar, más aún cuando se deriva de situaciones que no se encuentran bajo la responsabilidad directa del sector sanitario, como el hecho que más o menos el 10% de la población mundial consume alimentos regados con aguas residuales (26), situación que compete a otros sectores pero que repercute directamente sobre la situación de salud de la población.

Anualmente se calcula que se presentan alrededor de 1700 millones de casos de esta enfermedad en niños menores de 5 años, pero que debidamente tratadas no deberían generar

mueres. De acuerdo con el Instituto nacional de Salud (INS), en Colombia para la última semana epidemiológica del 2023 se reportaron en total 2.532.383/año casos de EDA, con una tasa nacional de mortalidad por esta causa de 2,40 casos por 100.000 menores de 5 años (n= 122 casos), mientras que para 2022 la misma tasa se notificó en 2,23 (27).

En la revisión realizada a nivel municipal, se encontró información a 2023 de 675 municipios, a 2022 de 14 municipios, 1 municipio (California, Santander) con última información a 2021 y 1 sin datos.

De los 690 municipios analizados, se encontraron prevalencias dentro del rango de 0,01% y 17,37%. Los territorios que registraron las prevalencias más altas son Topaipí, Páez, Caloto, Cabrera, Briceño, Manta, Sesquilé, Puerto Libertador, Tibirita, Cerrito, Puerto Alegría (ANM), San Luis y Pueblo Rico. En el extremo contrario con las prevalencias más bajas se observa a San Carlos, Norosí, Nunchía, Tadó, Tona, Abriaquí, Mercaderes, Cáceres, Bojayá y Guavatá (ver tabla 9).

MENOR PREVALENCIA EN EDA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Abriaquí	Antioquia	R D	NO	SI	0,0	100
Los Córdoba	Córdoba	R	NO	NO	0,0	100
Sasaima	Cundinamarca	R	NO	NO	0,0	100
California	Santander	R	NO	NO	0,0	100
El Peñón	Santander	R D	NO	NO	0,0	100
Cunday	Tolima	R D	NO	NO	0,0	100
San Carlos	Antioquia	R	NO	SI	0,0	100
Nunchía	Casanare	R D	NO	NO	0,0	100
Tadó	Chocó	R	NO	SI	0,0	100
Tona	Santander	R D	NO	NO	0,0	100
MAYOR PREVALENCIA EN EDA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Tununguá	Boyacá	R D	NO	NO	4,6	70
Santa Bárbara de Pinto	Magdalena	R	NO	NO	4,7	69
Pueblo Rico	Risaralda	R D	NO	SI	5,5	64
Cerrito	Santander	R	NO	NO	5,7	62
Tibirita	Cundinamarca	R	NO	NO	6,2	59

Tabla 9. Valores extremos en prevalencia por EDA en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: INS. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Puerto Libertador	Córdoba	R	SÍ	SI	7,9	48
Sesquilé	Cundinamarca	R	NO	NO	7,9	48
Briceño	Boyacá	R	NO	NO	10,6	30
Caloto	Cauca	R	SÍ	SI	11,8	22
Paez	Cauca	R D	NO	NO	15,2	0

La variabilidad de los datos es baja (9,3%), encontrando que la mayoría de ellos (58,2%) se ubica por debajo del 1%. En el primer cuartil, el 60% de los municipios que más reportan casos de EDA en menores de 5 años son clasificados como rurales y el 40% restante como dispersos.

Es importante la gestión intersectorial para avanzar en proyectos que mejoren la disponibilidad y calidad del agua, además del saneamiento adecuado, ya que la enfermedad diarreica aguda depende en gran medida del mejoramiento de esos factores que inciden directamente en el bienestar de la población, especialmente en la de los niños y niñas de estas regiones.

Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

El grupo de infecciones respiratorias agudas está conformado por varias enfermedades del aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, pasando de simples resfriados hasta neumonías cuando las primeras se complican. Entre los factores que contribuyen a la carga de las IRA se encuentran la desnutrición infantil, la contaminación del aire en el hogar y la falta de acceso a instalaciones de lavado de manos, lo que subraya la necesidad de programas preventivos focalizados, especialmente en países en desarrollo.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en particular las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo una causa importante de mortalidad a nivel global. En 2019, se estimaron 2.4 millones de muertes debido a infecciones respiratorias bajas, con una reducción del 48,5% en la tasa de mortalidad desde 1990. Las IRA afectan de manera indiscriminada a niños menores de cinco años y adultos mayores (28).

En América Latina, la incidencia ha disminuido, pero sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en comunidades vulnerables con acceso limitado a servicios

sanitarios, a pesar de que algunos países han logrado una reducción importante en la incidencia de IRA, gracias a mejoras en el acceso a servicios de salud y campañas de vacunación. Sin embargo, la región aún enfrenta desafíos en áreas con alta pobreza y desigualdad (29)

En el proceso de obtención de datos, se recopiló información de los 691 municipios, que registran una media de 3,89% y una mediana de 2,81%. En el primer cuartil se encuentra el 99% de municipios con valores entre 0 y 20,8%, en tanto los otros 3 cuartiles reúnen el 1% restante que contiene prevalencias entre el 22,8 y el 85,9%, encontrando allí municipios en su mayoría dispersos (ver tabla 10).

Las hospitalizaciones por infecciones respiratorias graves han disminuido, pero persisten brechas importantes en el acceso a cuidados intensivos en las zonas rurales, donde la escasez de profesionales médicos y equipos de diagnóstico sigue siendo un obstáculo significativo.

Además, la conectividad limitada y la falta de infraestructura en estas áreas dificultan la implementación de estrategias de telesalud y programas preventivos. Iniciativas recientes, como capacitaciones regionales lideradas por el Instituto Nacional de Salud, buscan fortalecer la capacidad de respuesta a emergencias respiratorias, especialmente frente a amenazas como la influenza y el virus sincitial respiratorio.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN PREVALENCIA DE IRA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Unguía	Chocó	R	SÍ	SI	0,01	100
El Tarra	Norte de Santander	R	SÍ	SI	0,06	100
Briceño	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,27	99
Briceño	Boyacá	R	NO	NO	0,44	99
La Victoria	Boyacá	R	NO	NO	0,34	99
Nuquí	Chocó	R D	NO	NO	0,19	99
Tadó	Chocó	R	NO	SI	0,34	99
San Bernardo	Cundinamarca	R	NO	NO	0,37	99
Vergara	Cundinamarca	R	NO	NO	0,46	99
Ariguaní	Magdalena	R	NO	NO	0,39	99
El Castillo	Meta	R	NO	SI	0,47	99
La Macarena	Meta	R D	SÍ	SI	0,23	99
Mapiripán	Meta	R D	SÍ	SI	0,36	99
Uribe	Meta	R D	SÍ	NO	0,23	99
Arboledas	Norte de Santander	R D	NO	NO	0,43	99
Guavatá	Santander	R	NO	NO	0,23	99
Tona	Santander	R D	NO	NO	0,38	99
La Primavera	Vichada	R D	NO	NO	0,35	99
Amalfi	Antioquia	R	SÍ	SI	0,64	98
Salgar	Antioquia	R	NO	SI	0,69	98
DESEMPEÑO MÁS BAJO EN PREVALENCIA DE IRA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Natagaima	Tolima	R	NO	NO	11,22	63
La Victoria	Valle del Cauca	R	NO	NO	11,45	63
Piamonte	Cauca	R D	NO	SI	12,06	61
Puerto Libertador	Córdoba	R	SÍ	SI	12,08	61
San Jacinto	Bolívar	R	SÍ	SI	12,41	60
San Sebastián de Buenavista	Magdalena	R	NO	NO	12,32	60
Guatavita	Cundinamarca	R D	NO	NO	12,53	59
El Molino	La Guajira	R	NO	SI	12,53	59
Caloto	Cauca	R	SÍ	SI	13,30	57
Puerto Carreño	Vichada	R D	NO	NO	13,44	56

Tabla 10. Valores extremos en prevalencia por IRA en municipios rurales de Colombia 2023. Fuente: INS. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Zambrano	Bolívar	R	SÍ	SI	14,40	53
Albania	La Guajira	R	NO	NO	14,78	52
Cubará	Boyacá	R D	NO	NO	16,31	47
Rovira	Tolima	R	NO	SI	16,88	45
Santa Bárbara de Pinto	Magdalena	R	NO	NO	17,83	42
Guapi	Cauca	R	SÍ	SI	18,17	41
Uribia	La Guajira	R D	NO	NO	18,43	40
Linares	Nariño	R	NO	SI	22,82	26
Pinillos	Bolívar	R D	NO	NO	30,34	1
Saladoblanco	Huila	R D	NO	NO	30,68	0

Toma de Citología

Hasta el momento, considerada como la prueba de oro para detección de cáncer cervicouterino en todo el mundo, tiene como principal objetivo detectar de forma temprana células anómalas del cuello uterino. Hasta el momento la citología cervicouterina es la más utilizada desde mediados del siglo pasado por su costo efectividad, pero también se encuentran nuevas pruebas de tamizaje, como las visuales (IVAA e IVSL) o de ADN del VPH (30).

De acuerdo con la OMS para 2022 se registraron 660.000 casos incidentes de cáncer de cérvix (31) y en la región de las Américas anualmente mueren por esta causa más de 35.000 mujeres, el 80% de estas pertenecientes a América Latina y el Caribe (32). Por esta razón las entidades rectoras en salud continúan promoviendo la vacunación contra el VPH y la tamización por citología para detección temprana, desafortunadamente las coberturas de vacunación no alcanzan al 80% de la población y no se registran cifras de las coberturas de citología en la región.

En 2020, la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS) emitió nuevas recomendaciones acerca de la prevención y detección del cáncer (33):

1. “La estrategia de detección preferida es la prueba primaria de VPH cada 5 años, con cotest y citología”.
2. “La edad recomendada para comenzar la detección es 25 años en lugar de 21 años”.
3. “La prueba primaria de VPH, así como cotest o citología sola cuando la prueba primaria no está disponible, se recomienda a partir de los 25 años en lugar de los 30 años”.

4. “La directriz es transitoria, es decir, se proporcionan opciones para la detección con cotest o citología sola, pero deben eliminarse gradualmente una vez que el acceso completo a la prueba primaria de VPH para la detección del cáncer de cuello uterino esté disponible sin barreras”.
5. “Las mujeres mayores de 65 años, que no tengan antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 o un diagnóstico más grave en los últimos 25 años y que hayan documentado una detección previa negativa adecuada en el período de 10 años antes de los 65 años interrumpan la detección del cáncer de cuello uterino con cualquier modalidad”.
6. “Se considera que un cribado previo adecuado es negativo si se han realizado 2 pruebas de VPH negativas consecutivas, 2 copuebas negativas consecutivas o 3 pruebas citológicas negativas consecutivas en los últimos 10 años, y la prueba más reciente se ha realizado dentro del intervalo recomendado para la prueba utilizada”.
7. “Las personas mayores de 65 años sin afecciones que limitan su expectativa de vida y para quienes no se dispone de documentación suficiente de exámenes de detección previos deben ser sometidas a exámenes de detección hasta que se cumplan los criterios para suspenderlos”.
8. “La detección del cáncer de cuello uterino puede interrumpirse en personas de cualquier edad con una expectativa de vida limitada”.

Para Colombia, de acuerdo con la resolución 3280 de 2016, las directrices que se manejan son las siguientes (34):

1. “De los 25 - 29 años: Citología de cuello uterino bajo el esquema 1-3-3 (una citología cada 3 años) ante resultados negativos”.

2. “De los 30 - 65 años: pruebas de detección el ADN de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, en esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos”.
3. “Mujeres entre 30 - 50 años, residentes en zonas de difícil acceso a servicios de salud: técnicas de inspección visual del cuello uterino, se deben realizar en esquema 1-3-3 ante resultados negativos”.

La vacunación para VPH es el inicio de un tamizaje responsable que más adelante se complementa con la citología y/o los diferentes recursos que se encuentran para este fin, se considera que el 99% de los casos de cáncer de cuello uterino se encuentra vinculado a infección por VPH (35), por ende, estas dos actividades de promoción y prevención son imprescindibles en toda la población susceptible a realizar.

Desafortunadamente el indicador en Colombia tiene como último año de actualización 2020 en todos los municipios, situación por la cual se recurrió a imputación de datos por medio de un promedio móvil teniendo en cuenta el histórico desde 2016.

En los datos municipales analizados, se encontraron fichas atípicas que sobrepasan el 100% en todo el histórico revisado y que después de ajustar el indicador cambiando sus denominadores de la fuente primaria, por registrar denominadores muy bajos con respecto a los publicados por el DANE, en el proceso de normalización, fue necesario dejarlos al 100% para no castigar el resultado de otros municipios, los cuales quedaban en el último cuartil de la tabla por una comparación con resultados sobreestimados. Estos municipios son: Bojayá (Chocó) con 221%, Abriaquí (Antioquia) con 197%, San Carlos (Antioquia) con 167%, Boavita (Boyacá) con 147%, Bugalagrande (Valle del Cauca) con 136%, Tauramena (Casanare) con 121%, Restrepo (Meta) 118%, Cumbitara (Nariño) con 114%, Isnos

(Huila) con 110%, San Alberto (Cesar) con 109%, Tame (Arauca) con 106% y Cácuta (Norte de Santander) con 102%.

Es importante resaltar la necesidad de contar con indicadores que den cuenta de un reporte validado desde la fuente, ya que no se encuentra coherencia en la notificación de coberturas por encima del 100%. Se entiende que este fenómeno puede estar dado por la afluencia de población desde otros territorios dada la oferta de servicio, pero el diligenciamiento de la caracterización poblacional debe ser estricto y diferencial, de manera que se identifique el lugar de residencia y se notifique debidamente.

Aparte de los municipios ya descritos anteriormente y que quedaron clasificados con 100 puntos de desempeño por evidenciar las coberturas más altas, le siguen los municipios Córdoba (Nariño), San José del Guaviare (Guaviare), Potosí (Nariño), Puerto Wilches (Santander), Villanueva (Casanare), Aldana (Nariño), Bagadó (Chocó), La Victoria (Valle del Cauca), Piamonte (Cauca), Santa Rosa de Osos (Antioquia), Siachoque (Boyacá), Guadalupe (Huila), Guachucal (Nariño), Soracá (Boyacá), Gameza (Boyacá), Teruel (Huila), Labranzagrande (Boyacá), El Cairo (Valle del Cauca), Tota (Boyacá) y Cachirá (Norte de Santander), que presentan puntajes entre 80 y 99.

El promedio del indicador en los 520 municipios se encuentra en 49 puntos y el 49% de cobertura, lo que implica que, en zonas rurales y dispersas en promedio por cada 100 mujeres entre los 25 y 69 años, tan solo 49 se realizan la citología cervicouterina. Es de resaltar que el 80% de los municipios se encuentran ubicados en los cuartiles 2 y 3, entre el 25% y el 75%. El percentil más bajo contiene municipios que en gran parte pertenecen a Cundinamarca, departamento del cual se esperarían buenas coberturas, dada la cercanía con Bogotá (ver tabla 11).

MUNICIPIOS CON MÁS ALTO DESEMPEÑO EN TOMA DE CITOLOGÍA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	221%	100
Abriaquí	Antioquia	R D	NO	SI	197%	100
San Carlos	Antioquia	R	NO	SI	167%	100
Boavita	Boyacá	R	NO	NO	147%	100
Bugalagrande	Valle del Cauca	R	NO	NO	136%	100
Tauramena	Casanare	R D	NO	SI	121%	100
Restrepo	Meta	R	NO	NO	118%	100
Cumbitara	Nariño	R D	SÍ	SI	114%	100

Isnos	Huila	R D	NO	SI	110%	100
San Alberto	Cesar	R	NO	NO	109%	100
Tame	Arauca	R D	SÍ	SI	106%	100
Cácota	Norte de Santander	R D	NO	NO	102%	100
Natagaima	Tolima	R	NO	NO	100%	100
Bochalema	Norte de Santander	R	NO	NO	100%	100
Córdoba	Nariño	R D	NO	NO	99%	99
San José del Guaviare	Guaviare	R	SÍ	NO	92%	92
Potosí	Nariño	R D	NO	NO	92%	92
Puerto Wilches	Santander	R	NO	NO	92%	92
Villanueva	Casanare	R	NO	SI	91%	91
Aldana	Nariño	R	NO	NO	91%	91
MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN TOMA DE CITOLOGÍA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Magüi	Nariño	R D	SÍ	SI	7%	7
Ubaque	Cundinamarca	R	NO	NO	6%	6
Puerto Salgar	Cundinamarca	R	NO	NO	6%	6
San Cayetano	Norte de Santander	R	NO	NO	6%	6
Paratebuena	Cundinamarca	R D	NO	SI	6%	6
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	6%	5
Machetá	Cundinamarca	R D	NO	NO	5%	4
Caparrapí	Cundinamarca	R D	NO	NO	4%	4
La Victoria	Boyacá	R	NO	NO	3%	3
Albania	Santander	R D	NO	NO	3%	3
Yacopí	Cundinamarca	R D	NO	NO	3%	3
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	3%	3
Lenguazaque	Cundinamarca	R	NO	NO	2%	2
San Bernardo	Cundinamarca	R	NO	NO	1%	1
Tibirita	Cundinamarca	R	NO	NO	1%	1
La Esperanza	Norte de Santander	R D	NO	NO	1%	1
Chipaque	Cundinamarca	R	NO	NO	1%	1
Fúquene	Cundinamarca	R	NO	NO	0%	0
Chaguani	Cundinamarca	R D	NO	SI	0%	0
Villagómez	Cundinamarca	R D	NO	NO	0%	0

Tabla 11. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de toma de citología en 2023. Fuente: imputación de datos en base a los datos publicados en SISPRO.

Toma de Mamografías

Considerada como la prueba reina para la detección temprana de cáncer de seno en mujeres, siendo esta la primera de otras pruebas confirmatorias para un diagnóstico definitivo. Usualmente se presenta oferta de mamografías de detección y de diagnóstico, en la primera se toman dos imágenes de cada mama y de acuerdo con el resultado se solicita una de diagnóstico y una ecografía, con lo que se busca confirmar la presencia de cáncer (36). En Colombia se toma cada 2 años a partir de los 50 y hasta los 69 años de acuerdo con la normatividad vigente (37). Con una oferta poco suficiente de acuerdo con la última cifra publicada por la OCDE, que reporta 12 unidades de mamografía por cada millón de mujeres entre los 50 y 69 años, cifra muy precaria si se compara con otros países de la región como Panamá (278,5 x millón), Uruguay (172 x millón) o México (74,5 x millón) (38). En Colombia no hay una fuente oficial que contabilice las unidades de mamografía, pero sí se registra la cobertura de toma de mamografía, que es el indicador objeto de este acápite. Desafortunadamente

el indicador tiene como último año de actualización 2020 en todos los municipios, situación por la cual se recurrió a imputación de datos por medio de un promedio móvil teniendo en cuenta el histórico desde 2016.

En el análisis de los 520 municipios que son susceptibles de evaluación en este índice se observa que tan solo un municipio registra un porcentaje total, incluso con exceso de cobertura, considerando que puede deberse a que atiende población del rural disperso ya que en 2020 reportó un 202% de cobertura y desde 2017 se ha notificado por encima del 100%. Este municipio es Hato (Santander), que lidera la tabla de los 520 territorios locales, seguido por San José del Guaviare (74%), Leticia (68%), Villagarzón, Abriaquí, Aldana, Tangua, San Juan del Cesar, Mallama, Córdoba, San Alberto y Policarpa, los municipios que les preceden se encuentran por debajo del 50%. Por debajo del 1% se registraron 60 municipios, de los cuales 33 fueron aproximados a 1%, todos territorios que durante el histórico de datos registran cifras muy bajas de cobertura (ver tabla 12).

MUNICIPIOS CON MÁS ALTO DESEMPEÑO EN TOMA DE MAMOGRAFÍA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Hato	Santander	R	NO	NO	191%	100
San José del Guaviare	Guaviare	R	SÍ	NO	74%	39
Leticia	Amazonas	R	NO	NO	68%	36
Villagarzón	Putumayo	R	SÍ	SI	66%	35
Abriaquí	Antioquia	R D	NO	SI	63%	34
Aldana	Nariño	R	NO	NO	61%	32
Tangua	Nariño	R D	NO	NO	60%	32
San Juan del Cesar	La Guajira	R	SÍ	SI	54%	29
Mallama	Nariño	R D	NO	SI	54%	29
Córdoba	Nariño	R D	NO	NO	53%	28
MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN TOMA DE MAMOGRAFÍA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Santa Sofía	Boyacá	R D	NO	NO	0%	1
Villagómez	Cundinamarca	R D	NO	NO	0%	1
Yacopí	Cundinamarca	R D	NO	NO	0%	1
San José del Palmar	Chocó	R D	NO	SI	0%	1
Zapayán	Magdalena	R	NO	NO	0%	1

Tabla 12. Municipios rurales con la más alta y baja cobertura de toma de mamografías en 2023. Fuente: imputación de datos en base de datos SISPRO.

La Esperanza	Norte de Santander	R D	NO	NO	0%	1
Fúquene	Cundinamarca	R	NO	NO	0%	1
Valparaíso	Antioquia	R	NO	NO	0%	1
Almaguer	Cauca	R	NO	NO	0%	0
Guaduas	Cundinamarca	R	NO	NO	-1%	0

El panorama no es muy alentador cuando se observan apenas 12 de 520 municipios con coberturas por encima del 50%, teniendo en cuenta que el cáncer de mama genera cifras importantes de mortalidad en la población femenina. No se contabilizan los 171 municipios rurales y dispersos de los que no se tiene información, ya que uno de los indicadores con mayor ausencia de datos oficiales es precisamente el de toma de mamografías. Cabe resaltar que no hay claridad en la razón por la que se da la falta de reporte por parte de estos municipios a las entidades responsables del seguimiento como el Ministerio de Salud.

Tasa de incidencia de violencia contra las mujeres

La violencia contra la mujer ha sido definida por las Naciones Unidas como *“todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”* y adoptada por entidades como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (39).

Los tipos más comunes de violencia contra la mujer corresponden a la violencia sexual y la violencia de pareja, o por lo menos los más notificados. De acuerdo con la OMS, se estima que 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o de algún externo, afectando de forma negativa la salud de la mujer⁰¹.

Según UN Women, en Colombia se han implementado alrededor de 50 medidas para contrarrestar las violencias contra la mujer, desde asignaciones presupuestales, políticas públicas, mecanismos institucionales, leyes, monitoreo y evaluación, programa de perpetradores y prevención, que se espera empiecen a bajar los altos índices registrados desde

años atrás (40). Según el Índice de Desarrollo Humano, el país se encuentra en el puesto 95 de 162 países evaluados en el índice de desigualdad de género que se mide a través de 3 dimensiones: salud, empoderamiento y participación en el mercado laboral (41).

Para diciembre de 2023, Medicina Legal en su informe de Forensis, reporta un total de 89.668 casos de violencia interpersonal donde la lesionada es una mujer frente a 59.770 casos donde el lesionado es un hombre. Del total de reportes, 12.125 corresponden a casos de violencia de pareja, de estos el 63,5% fueron hacia la mujer con mayor énfasis en el grupo etario de 25 a 29 años. Por otro lado, es importante resaltar que se notificaron 992 muertes de mujeres en todo el territorio nacional de las cuales 51 se catalogaron como violencia de pareja y 70 como feminicidios, perteneciendo 2 de estos casos al grupo etario de menores de 18 años (42).

Al revisar el indicador de incidencia de violencia contra las mujeres a nivel municipal para los territorios rurales y rurales dispersos, se identifica que este fenómeno se presenta con mayores tasas en municipios pertenecientes en su gran mayoría a la región andina, llevándolos a obtener los puntajes más bajos de la tabla, como Pajarito (Boyacá), Oicatá (Boyacá) y San José de Miranda (Santander), que mantienen tasas por encima de 370 casos por 100 mil habitantes.

El indicador cuenta con una tasa media de 64,22 casos x 100 mil hab., una mínima de 0 y una máxima de 655,74. El 22,5% de los municipios reportan el indicador en 0 y el 91% de los municipios se ubica en el primer cuartil con tasas de 0 a 163,8 x 100.000 hab. (ver tabla 13). De los 520 municipios analizados 214 corresponden a municipios caracterizados como ZOMAC, de los cuales apenas 36 reportan en 0 y los demás se mueven en tasas entre 4,37 y 655,74, con una media de 79,1 x 100.00 hab., lo que puede sugerir que ambientes de conflicto armado favorecen los tipos de violencia contra la mujer, ya que es en este tipo de territorios donde se registran las tasas más altas.

01 Ibid.

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Chitaraque	Boyacá	R D	NO	NO	234,51	64
Cabuyaro	Meta	R D	NO	NO	236,25	64
Carmen de Apicalá	Tolima	R	NO	NO	232,81	64
Rovira	Tolima	R	NO	SI	247,96	62
Chipaque	Cundinamarca	R	NO	NO	256,74	61
Ubaque	Cundinamarca	R	NO	NO	271,44	59
Ambalema	Tolima	R	NO	NO	266,19	59
Fosca	Cundinamarca	R	NO	NO	276,24	58
Une	Cundinamarca	R	NO	NO	287,58	56
Sesquilé	Cundinamarca	R	NO	NO	297,18	55
Baraya	Huila	R	NO	SI	296,88	55
Yaguará	Huila	R	NO	NO	296,00	55
San José de La Montaña	Antioquia	R	NO	NO	302,42	54
Soracá	Boyacá	R	NO	NO	312,89	52
Lenguazaque	Cundinamarca	R	NO	NO	316,68	52
El Peñón	Cundinamarca	R D	NO	SI	352,53	46
Natagaima	Tolima	R	NO	NO	362,37	45
San José de Miranda	Santander	R	NO	NO	376,29	43
Oicatá	Boyacá	R D	NO	NO	405,95	38
Pajarito	Boyacá	R D	NO	SI	655,74	0

Tabla 13. Municipios rurales con reporte de mayor violencia contra la mujer. Fuente: Medicina Legal.

Violencia intrafamiliar

Son diversos los conceptos que se han plasmado acerca de la violencia intrafamiliar, la Organización Mundial de la Salud la considera como, “*toda acción en la que se maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro del núcleo familiar o, cuando la persona que realice el maltrato esté encargada del cuidado de uno o varios miembros de una familia en su domicilio o residencia*” (43), Medicina Legal de Colombia lo cataloga como “*toda acción u omisión protagonizada por uno o varios miembros de la familia, a otros parientes infringiendo daño físico, psicoemocional, sexual, económico o social*” (44) y Cámara de Comercio de Bogotá los define como “*cualquier tipo de abuso de poder cometido por algún miembro de la familia sobre otro; para dominar, someter, controlar o agredir*

física, psíquica, sexual, patrimonial o económicamente. Puede ocurrir fuera o dentro del domicilio familiar” (45).

En la literatura se abordan un sinnúmero de definiciones, pero lo realmente importante es que todas indican que es un acto de diferentes grados de maltrato evidenciado en diversas formas de fuerza física o de poder de dominio, generada por 1 o varios integrantes de una misma familia en contra de sus consanguíneos.

Si bien la violencia contra la mujer puede considerarse fuera del contexto familiar, son tantos y tan particulares los casos presentados en la mayoría de los países que se han separado en grupos de vigilancia diferentes, por lo tanto, en este ámbito se encuentran los casos de violencia de pareja (hombre / mujer), niños, niñas y adolescentes, adultos

mayores y personas en situación de vulnerabilidad, que se localicen en un ambiente o núcleo familiar. De acuerdo con las estadísticas mundiales 1 de cada 2 niñas y niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año (46) y 1 de cada 3 mujeres son violentadas física o sexualmente por su pareja, este último con el agravante que el 38% de los asesinatos de mujeres en el mundo son cometidos por la pareja sentimental masculina. En Colombia, la tasa de violencia intrafamiliar disminuyó drásticamente, pasando de una tasa de 156,5 en 2019 a una tasa de 32,9 x 100.000 hab. en 2020, la cual se ha mantenido por debajo de 41 casos x 100 mil hab., fenómeno que no ha sido explicado aún y que requiere mayores estudios a profundidad.

Según el más reciente informe de la OMS, la violencia de pareja y especialmente la dirigida a la mujer está iniciando de forma temprana, ya que casi una cuarta parte de las

adolescentes que han sostenido una relación sentimental han sufrido violencia física o sexual, lo que genera daños profundos en las personas que la padecen, convirtiéndose al mismo tiempo en una cadena de maltrato (47) y frustración futura.

En el análisis realizado en la muestra de los municipios rurales y rurales dispersos, se observa que el 28% de los municipios registra con valores en 0, el 83% se ubica dentro del primer cuartil con puntajes entre 76 y 100 puntos, el 13% se ubica en el segundo cuartil, el 3% en el tercer cuartil y el 2% en el último cuartil, con las puntuaciones más bajas (ver tabla 14), de los cuales el 60% corresponde a rural disperso y apenas 8 corresponden a municipios ZOMAC, Salgar (Antioquia), Barranca de Upía (Meta), Suratá (Santander), Alvarado (Tolima), Abejorral (Antioquia), Chaguaní (Cundinamarca), Hobo (Huila) y Paz de Ariporo (Casanare).

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Fosca	Cundinamarca	R	NO	NO	105,37	42
Guatavita	Cundinamarca	R D	NO	NO	108,37	41
Alvarado	Tolima	R	NO	SI	107,79	41
Macanal	Boyacá	R D	NO	NO	113,31	38
Puerto López	Meta	R D	NO	NO	120,92	34
Guapotá	Santander	R D	NO	NO	120,87	34
Natagaima	Tolima	R	NO	NO	121,20	34
Pesca	Boyacá	R D	NO	NO	126,48	31
Coyaima	Tolima	R D	NO	NO	140,44	23
Leticia	Amazonas	R	NO	NO	144,15	21
Suratá	Santander	R D	NO	SI	145,99	20
Villagómez	Cundinamarca	R D	NO	NO	148,66	19
Barranca de Upía	Meta	R D	NO	SI	155,39	15
Chitaraque	Boyacá	R D	NO	NO	161,68	12
Falan	Tolima	R D	NO	NO	163,87	10
Cucunubá	Cundinamarca	R	NO	NO	179,78	2
Salgar	Antioquia	R	NO	SI	182,74	0

Tabla 14. Municipios rurales con reporte de mayor violencia intrafamiliar. Fuente: Medicina Legal.

DIMENSIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD

En esta dimensión se pretende medir los mínimos del talento humano en salud desde las disciplinas con mayor demanda como son medicina y enfermería. El talento humano en salud es el pilar indispensable para la constitución de sistemas de salud robustos que propendan por el continuo bienestar de la población, de allí la importancia de incentivar adecuadamente la fuerza laboral sanitaria. De acuerdo con la estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud, el reconocimiento de la importante tarea del talento humano en salud es indispensable para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 e insta a los gobiernos a invertir en el personal sanitario ya que no solamente contribuye a los resultados en salud de las poblaciones sino también al crecimiento económico (48).

Para la recopilación de información de los indicadores de esta dimensión, se recurrió no solamente a la fuente del cubo Rethus, sino también al contacto directo con las Secretarías de Salud y las ESE encargadas de los municipios que no reportan en el aplicativo.

Densidad de médicos generales

La profesión de medicina, considerada como una ciencia de protección de la salud en la comunidad es considerada relevante

para conservar y recuperar el bienestar colectivo e individual, ya que se encuentra presente en todos los ciclos vitales, incluso antes del nacimiento y posterior al fallecimiento, es por esto por lo que toma mayor relevancia la presencia de un profesional de medicina en las áreas rurales y apartadas del país (49).

Según las estadísticas mundiales de personal sanitario, para 2022 la región que presenta la mayor densidad de Médicos es Europa con 37,6 profesionales por 10.000 habitantes, seguida por las Américas con 28 y la región del Pacífico Occidental con 23,2 (50). En Colombia para 2023 el observatorio de talento humano reporta una densidad de 25,4 médicos por cada 10 mil habitantes, con mayor concentración en Bogotá (48,6 x 10.000) y los departamentos Atlántico (32 x 10.000), Risaralda (31 x 10.000) Valle del Cauca (30,2 x 10.000) y Antioquia (29,3 x 10.000) (51).

Al analizar la densidad de médicos que se encuentran registrados en los territorios, la perspectiva cambia de manera importante. De los 520 municipios analizados, hay 3 municipios que reportan densidades por encima de 100 médicos por 10.000 habitantes, los cuales registran una frecuencia de médicos muy por encima de los demás territorios, estos son Santafé de Antioquia con 1.692 médicos, Abejorral con 1.251 y Bolívar con 184 (ver tabla 15).

Al otro extremo de la tabla se ubican 116 municipios que son aquellos que cuentan con un solo médico en los registros del Rethus, muchos de ellos presentando densidades entre 1 y 8 médicos por 10 mil habitantes, esto, por contener un denominador muy bajo que diluye el resultado del indicador, cabe resaltar que estos municipios pertenecen en su mayoría a Cundinamarca (25%), Santander (15%) y Norte de Santander (10%).

MUNICIPIOS CON MÁS ALTO DESEMPEÑO EN DENSIDAD DE MÉDICOS						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 10.000)	PUNTAJE
Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	603,23	100
Abejorral	Antioquia	R	NO	SI	582,73	97
Córdoba	Bolívar	R D	SÍ	SI	104,75	17
San Juan del Cesar	La Guajira	R	SÍ	SI	97,83	16
Almaguer	Cauca	R	NO	NO	79,40	13
Landázuri	Santander	R D	NO	SI	72,78	12
Alpujarra	Tolima	R D	NO	NO	42,20	7
Contratación	Santander	R	NO	NO	33,70	6
La Vega	Cauca	R	NO	NO	33,47	6
Belén de Los Andaquies	Caquetá	R	SÍ	SI	31,15	5

Tabla 15. Municipios con más alto y más bajo desempeño en densidad de médicos. Fuente: Cubo Rethus.

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN DENSIDAD DE MÉDICOS						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 10.000)	PUNTAJE
Mercaderes	Cauca	R D	SÍ	SI	0,40	0
Puerto Escondido	Córdoba	R	NO	NO	0,39	0
Argelia	Cauca	R D	SÍ	SI	0,36	0
San Carlos	Córdoba	R	NO	NO	0,34	0
La Macarena	Meta	R D	SÍ	SI	0,34	0
Caloto	Cauca	R	SÍ	SI	0,32	0
Buenos Aires	Cauca	R	SÍ	SI	0,28	0
Toribio	Cauca	R	SÍ	SI	0,27	0
Morales	Cauca	R	SÍ	SI	0,24	0
Cajibío	Cauca	R	SÍ	SI	0,22	0
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	0,21	0

Densidad de enfermeras

Considerada la rama de la salud experta en el cuidado, es una profesión que, aunque es independiente en algunos espacios, usualmente trabaja de la mano con medicina para realizar las atenciones pertinentes en los diferentes ámbitos. De igual forma es calificada por la OMS como la columna vertebral de los sistemas de atención, fundamentales en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (52)

De acuerdo con la OMS, en sus estadísticas sanitarias, al igual que en la densidad de médicos es Europa la región que estima la mayor densidad con un valor de 82,6 enfermeras por cada 10.000 habitantes, seguido de las Américas con 67,1 y el Pacífico Occidental con 43,4 (50). En la región de las Américas se estiman 7 millones de profesionales de enfermería, de las cuales cerca del 90% son mujeres (52). En Colombia para 2023 se registran las mayores densidades de personal profesional de enfermería en Archipiélago de San Andrés (33,7 x 10.000), Bogotá (28 x 10.000), Vichada (26,3 x 10.000), Risaralda (21,7 x 10.000) y Santander (19,5 x 10.000) (51).

En la población rural y rural dispersa analizada, se encontró que, si bien solamente un municipio se ubica en el primer cuartil de la tabla (ver tabla 16), hay 19 municipios más, que, aunque en la normalización no pudieron ubicarse en este cuartil, presentan densidades entre 20 y 93 enfermeros por 10.000 habitantes, dado que el municipio que encabeza la

tabla (Santafé de Antioquia) registra una densidad de 253 enfermeros por 10.000. Los territorios que registran densidades por encima de 10 enfermeros x 10 mil habitantes, pertenecen en su gran mayoría a Boyacá (36%), Nariño (14%), Santander (11%) y Antioquia (5%).

Por el contrario, son 119 los municipios que registran con 1 enfermero, en algunos casos no se afecta la densidad porque son territorios con muy baja cantidad de habitantes. Dentro de este mismo grupo son 83 los que registran densidades por debajo de 2 enfermeros por 10 mil hab., situación que lleva a reflexionar acerca esa labor de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin contar con todo lo que tiene que ver con la parte clínica que realiza este tipo de profesionales.

MUNICIPIOS CON MÁS ALTO DESEMPEÑO EN DENSIDAD DE ENFERMEROS X 10.000 HAB.						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 10.000)	PUNTAJE
Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	253,13	100
Abejorral	Antioquia	R	NO	SI	93,63	37
San Juan del Cesar	La Guajira	R	SÍ	SI	78,52	31
Almaguer	Cauca	R	NO	NO	59,04	23
Hobo	Huila	R	NO	SI	48,46	19
Briceño	Boyacá	R	NO	NO	34,53	14
Paya	Boyacá	R D	NO	NO	28,62	11
San Miguel de Sema	Boyacá	R D	NO	SI	28,10	11
Campohermoso	Boyacá	R	NO	NO	27,28	11
Córdoba	Bolívar	R D	SÍ	SI	26,19	10
MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN DENSIDAD DE ENFERMEROS X 10.000 HAB.						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 10.000)	PUNTAJE
Salgar	Antioquia	R	NO	SI	0,52	0
Tadó	Chocó	R	NO	SI	0,50	0
Puerto Libertador	Córdoba	R	SÍ	SI	0,44	0
Necoclí	Antioquia	R D	SÍ	SI	0,44	0
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	0,43	0
Dabeiba	Antioquia	R	SÍ	SI	0,41	0
San Carlos	Córdoba	R	NO	NO	0,34	0
Sitionuevo	Magdalena	R	NO	NO	0,32	0
Buenos Aires	Cauca	R	SÍ	SI	0,28	0
Cajibío	Cauca	R	SÍ	SI	0,22	0

Tabla 16. Municipios con más alto y más bajo desempeño en densidad de enfermeras. Fuente: Cubo Rethus.

DIMENSIÓN MICROECONÓMICA

En la dimensión microeconómica se establecen 2 indicadores que permiten ser medidos para cada uno de los municipios contemplados en el índice, y que son resultado de una acción individual alrededor de la gestión financiera como un aspecto a medir en la gestión de la salud. Dentro de los indicadores planteados se encuentra la categorización del riesgo para las Empresas Sociales del Estado (ESE) a nivel territorial y el índice de desempeño fiscal. En esta oportunidad no se contempló el índice de pobreza multidimensional,

indicador que se midió en el ejercicio realizado en 2022, porque no fue emitido desde su fuente original (Encuesta Nacional de Hogares) para esta edición.

Categorización de riesgo de ESE del nivel territorial para la vigencia 2024

Según lo establece el artículo 80 de la ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) teniendo en cuenta las

condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera a partir de los indicadores financieros de las ESE (53).

Para la vigencia 2024 el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS expidió la Resolución 980 de 2024; en la cual se efectúa la categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial, resultado de aplicar la metodología que establece el MSPS para los efectos y que se encuentra consignada en la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2249 de 2018.

Es importante señalar que 75 municipios que hacen parte de la selección total de municipios analizados en el índice, no se registran en el anexo técnico de la Resolución 980 de 2024, por lo cual a este pequeño grupo se le asignó como clasificación del riesgo, el obtenido por la ESE donde se encuentran adscritos. Por otra parte, es importante resaltar que se identificaron 3 municipios (Santa Rosa, Zaragoza y Zapatoca) a los que no fue posible realizar asignación del riesgo de la forma expuesta anteriormente, por tal motivo se asignó un riesgo alto, considerando lo que señala la resolución 980 de 2024 respecto a los municipios que no reportan.

Los municipios que fueron clasificados en riesgo alto en la resolución, corresponden a los que se encuentran en el programa de saneamiento fiscal y financiero, por presentar incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y se encuentran en acuerdo de reestructuración ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Es importante resaltar que el indicador se comporta de forma negativa, a mayor riesgo menor capacidad de gestión efectiva en salud, por lo tanto, menor puntaje de desempeño en la estandarización de los valores.

De los 520 municipios analizados, 194 se encuentran con riesgo alto (37,3%), 255 catalogados sin riesgo (49%), 11 en riesgo medio (2,1%) y 60 municipios en riesgo bajo (11,5%) (Abrego, Abriaquí, Algarrobo, Aquitania, Arboledas, Baraya, Bolívar, Cocorná, Consaca, Convención, Corrales, Cubará, Dibulla, El Carmen, El Carmen de Chucurí, El Paso, Floresta, Frontino, Guaca, Guamal, Ituango, Jericó, Linares, Los Santos, Milán, Molagavita, Natagaima, Nueva Granada, Olaya, Paicol, Pensilvania, Pueblo Bello, Puerres, Remedios, Samaná, San Antonio, San Cayetano, San José de La Montaña, San Lorenzo, San Pelayo, San Rafael, San Roque, San Vicente de Chucurí, Santafé de Antioquia, Santiago, Sesquilé, Solano, Solita, Taminango, Tangua, Tausa, Tello, Tibaná, Umbita, Une, Uribia, Valparaíso, Versalles, Villa Caro y Yacuanquer).

Respecto a la pasada edición, específicamente sobre los 386 municipios analizados en el índice publicado en la vigencia 2022, se debe señalar que el 16,8% de los municipios se encontraban clasificados con riesgo alto, lo que sugiere

un aumento de 20 puntos porcentuales con respecto al resultado del presente análisis (37,3%). Respecto al riesgo bajo, en la pasada edición del índice, el 12,7% de los municipios se catalogaba en riesgo bajo, y en la presente medición corresponde al 11,5%.

Desempeño Fiscal

El desempeño fiscal, es un indicador sintético publicado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Es importante resaltar que la metodología para el cálculo del Índice de Desempeño Fiscal cambió y ya no contiene 6 dimensiones, sin embargo, el IDF continúa evaluando el desempeño de la gestión financiera de las entidades territoriales en función de:

- Viabilidad fiscal
- Capacidad de generación de recursos propios
- Endeudamiento
- Niveles de inversión
- Capacidad de gestión financiera en los municipios y departamentos del país

El nuevo IDF está conformado por 2 dimensiones:

1. Resultados Fiscales (80%) en el cual se ubican los siguientes indicadores:
 - “Dependencia de las transferencias, indicador que determina la importancia de las transferencias nacionales para financiar el desarrollo territorial”.
 - “Relevancia de la formación bruta de capital fijo (FBKF), indicador que consiste en cuantificar la participación de la inversión en FBKF que ejecuta cada Entidad Territorial (ET) con relación a su gasto de inversión”.
 - “Endeudamiento. Mide el endeudamiento de las ET desde el punto de vista contable a través de la relación activos totales y pasivos totales”.
 - “Ahorro corriente. Determina el grado en el cual se liberan excedentes para financiar la inversión, luego de cubrir el funcionamiento y el pago de intereses de deuda”.
 - “Resultado fiscal. Calcula el equilibrio en el balance fiscal de las ET a través de la proporción del déficit o superávit total considerando los recursos del balance sobre los ingresos totales adicionando desembolsos de crédito”.
2. Gestión Financiera Territorial (20%) en el cual se ubican los siguientes indicadores:

- “Capacidad de programación y ejecución de ingresos, el cual mide la capacidad de la entidad territorial para hacer una correcta planeación de sus ingresos corrientes”.
- “Capacidad de ejecución del gasto de inversión, que mide la capacidad de la entidad territorial para ejecutar los recursos comprometidos para inversión”.
- “Nivel de “Holgura”, el cual mide el grado de suficiencia para cumplir con los límites impuestos por la Ley 617 de 2000 respecto de la participación de los gastos de funcionamiento sobre los Ingresos Corrientes de Libre Destinación”.
- “Bonificación de esfuerzo propio, el cual determina la capacidad de las ET para aumentar sus recursos propios durante dos vigencias consecutivas”.
- “Bonificación Actualización Catastral. Se encarga de identificar si las ET tienen el catastro municipal en estado actualizado”.

El resultado de la ponderación de los anteriores indicadores se ubica en rangos de desempeño se deben interpretar de la siguiente manera:

“IDF Sostenible >80 puntos. Significa que las finanzas de la ET son saludables, cumplen con límites legales de deuda y gasto, generan recursos propios y alto gasto en FBKF”.

“Solvente 70-80 puntos. Significa que tienen finanzas saludables y existen oportunidades de mejora en algunos de sus indicadores”.

“Vulnerable 60-70 puntos. Significa que cumplen con los límites legales de deuda y gasto, aún tienen alta dependencia de las transferencias y bajos niveles de inversión en FBKF”.

“Riesgo 40-60 puntos. Significa que se encuentran en riesgo de déficit o presentan alto endeudamiento o fallas en su reporte de deuda. Tienen alta dependencia de las transferencias y bajos niveles de inversión en FBKF”.

“Deterioro <40 puntos. Significa que se encuentran en riesgo de déficit o presentan alto endeudamiento. Tienen alta dependencia de las transferencias y bajos niveles de gasto en FBKF”.

De acuerdo con los resultados del índice de desempeño fiscal 2022 publicados por el DNP, los ingresos tributarios municipales incrementaron 15% . Desde la vigencia 2020, la tendencia de estos ingresos ha venido aumentando, con mayor relevancia del año 2021 a 2022, pasando de 29,8% a 34,5%. El incremento de los recursos propios del municipio creció, reduciendo la dependencia de las transferencias nacionales (55).

La participación de los ingresos municipales se distribuye en: 40% provenientes de la industria y comercio, 31% del impuesto predial, 6% sobretasa a la gasolina y otros correspondientes al 23%.

El ahorro corriente en los municipios fue de 24,84 billones de pesos, con un crecimiento del 23% con relación al año 2021. Entre tanto, el saldo de la deuda presentó un incremento real del 17% con relación al año 2021.

El municipio que puso el techo del indicador, y que por lo mismo obtuvo 100 puntos en el ejercicio de estandarización, es Macanal (Boyacá), con un desempeño fiscal del 82,9 puntos, seguido de Chipaque (Cundinamarca), Tuta (Boyacá) y Yotoco (Valle del Cauca), municipios entre los 86 y 93 puntos. Por encima del Cuartil 3 (59 puntos), se ubican 133 municipios de los cuales el 17,2% pertenece al departamento de Boyacá, el 11,28% al departamento de Santander, el 9,7% a Cundinamarca, el departamento de Antioquia concentra el 9,02% y un 7,5% para Casanare, el resto de los departamentos tienen una participación menor al 7% en este fragmento superior.

La media del desempeño fiscal en el grupo de los 520 municipios se encuentra en 55,1 puntos, con una mínima de 29,0 puntos y una máxima de 82,9 puntos. De acuerdo con los rangos de desempeño fiscal, solo un (1) municipio es sostenible (Macanal, Boyacá), el 3,8% (20 municipios) se encuentra en el rango de solventes, lo que sugiere finanzas saludables con algunas oportunidades de mejora, el 24,0% (125 municipios) son vulnerables o con alta dependencia de las transferencias y bajos niveles de inversión en FBKF, el 68,1% está clasificado en riesgo (354 municipios) y el 3,8% (20 municipios) en deterioro. La media de desempeño fiscal de los municipios rurales dispersos es levemente superior al de los municipios rurales, con 55,4 y 54,9 puntos respectivamente.

Es importante resaltar que la mayor cantidad de municipios se encuentran clasificados en riesgo (354 municipios), de los cuales el 62,1% son catalogados como rurales y el restante 37,9% son rurales dispersos:

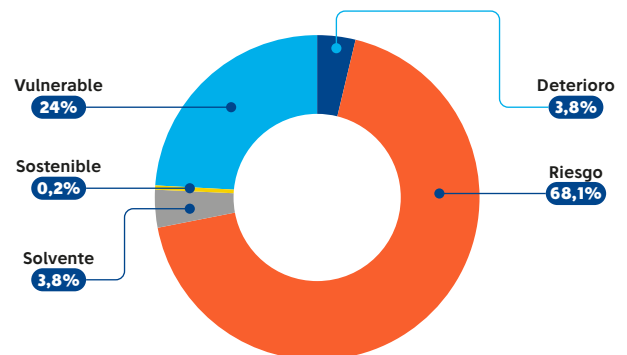


Gráfico 1. Rangos de desempeño fiscal en los 520 municipios rurales y dispersos

ÍNDICE DE DESEMPEÑO FISCAL				
MUNICIPIOS CON DESEMPEÑO MÁS ALTO				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN OCAMPO	IDF	PUNTAJE
Boyacá	Macanal	Rural disperso	82,9	100
Cundinamarca	Chipaque	Rural	79,4	93
Boyacá	Tuta	Rural	76,9	89
Valle del Cauca	Yotoco	Rural	75,3	86
Casanare	Orocué	Rural disperso	74,7	85
Boyacá	Socha	Rural	74,1	84
Meta	Castilla la Nueva	Rural	73,7	83
Casanare	Recetor	Rural	73,1	82
Antioquia	Olaya	Rural disperso	72,7	81
Santander	Cimitarra	Rural	72,7	81
Meta	La Macarena	Rural disperso	72,3	80
Santander	Puerto Parra	Rural disperso	72,1	80
Cundinamarca	Paratebueno	Rural disperso	71,8	79
Boyacá	Gameza	Rural	70,5	77
Boyacá	Sotaquirá	Rural disperso	70,7	77
Cesar	Becerril	Rural	70,6	77
Cesar	San Martín	Rural	70,3	77
La Guajira	El Molino	Rural	70,7	77
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	70,5	77
Tolima	Coello	Rural disperso	70,3	77
MUNICIPIOS CON DESEMPEÑO MÁS BAJO				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN OCAMPO	IDF	PUNTAJE
Nariño	San Lorenzo	Rural	40,1	20
Boyacá	Somondoco	Rural	39,5	19
Boyacá	Tipacoque	Rural disperso	39,3	19
Tolima	Cunday	Rural disperso	39,5	19
Antioquia	Alejandría	Rural	38,9	18
Caldas	Marulanda	Rural disperso	38,9	18
Cauca	Totoró	Rural	38,6	18
Chocó	Bahía Solano	Rural disperso	38,8	18
Magdalena	San Zenón	Rural disperso	38,9	18

Tabla 17. Municipios con desempeños más altos y bajos en índice de desempeño fiscal. Fuente: DNP, vigencia 2022

Magdalena	Zapayán	Rural	38,5	18
Norte de Santander	Abrego	Rural	38,2	17
Risaralda	Balboa	Rural disperso	37,5	16
Boyacá	La Victoria	Rural	35,0	11
Magdalena	Guamal	Rural disperso	33,3	8
Magdalena	Pivijay	Rural	33,4	8
Santander	California	Rural	33,2	8
Bolívar	Achí	Rural disperso	32,7	7
Atlántico	Piojó	Rural	32,2	6
Magdalena	Pedraza	Rural	31,6	5
Sucre	Sucre	Rural	29,1	0

05

EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Subíndice que busca por medio de 2 dimensiones, alcanzar a divisar el desempeño de las instituciones de salud. Estas dimensiones son acceso a servicios y efectividad del acceso a servicios. Originariamente contenía 1 dimensión más (oportunidad de la atención), pero ante la falta de información a nivel municipal se tuvo que prescindir de esta información.

DIMENSIÓN ACCESO A SERVICIOS

Dimensión que, por medio de 2 indicadores (partos no atendidos en instituciones de salud y tutelas en salud), espera hacer un acercamiento al acceso que tiene la población a los servicios de salud, estos indicadores son:

Partos NO atendidos en instituciones de salud

Según la UNFPA, la presencia de parteras o matronas como son designadas en otras partes del mundo es necesaria para dar cobertura suficiente a la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente, ya que se estima una escasez global actual de 1.1 millones de personas que desempeñen este rol en la sociedad, que de contar con las personas suficientes se tendría una cobertura para este ámbito de más del 80% (56).

Este indicador pretende reflejar la realidad que se evidencia en territorios apartados en donde por cultura y en la actualidad por mayor reconocimiento, se tiende a recurrir con mayor frecuencia a la partería tradicional que a las instituciones. En la actualidad no solamente se hace reconocimiento a la partería como una labor, sino que es tenida en cuenta para el registro de estadísticas vitales del DANE, pasando de un 0,98% de

partos atendidos por parteras que fueron reconocidos como tal, a 1,86% en 2021, con un pico de 1,92% en 2020 (57).

La partería en Colombia empezó a visibilizarse a partir de la resolución 1077 de 2017, cuando se declaró la partería tradicional afro del pacífico como patrimonio inmaterial de la nación, abriendo el camino de mayor reconocimiento a esta labor como lo hace el decreto 356 de 2017 por medio del cual se establece que la certificación del nacimiento para el registro civil puede ser realizada por un médico, enfermero (a) o partero (a). Posteriormente surgieron una serie de normativas que fortalecieron y ratificaron esta labor en todo el territorio nacional, buscando mayor formación tanto en la tarea en sí misma, como en el diligenciamiento de documentación legal como lo es el registro civil de nacimiento⁰².

En las estadísticas oficiales de nacimiento ya se registra a la partera dentro del grupo de profesionales que atiende el parto. En 2023 con datos preliminares, el DANE reporta 510.357 nacimientos, de los cuales el 0,7% (n=3.778) fueron atendidos por parteras, con el domicilio como sitio de mayor ocurrencia.

Al analizar la situación local, teniendo en cuenta los municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, se encontró información preliminar con actualización de junio de los 691 municipios en la fuente oficial, pero se tendrá en cuenta la muestra a la que se le ha realizado seguimiento en todo el documento (520 municipios).

En la muestra, son 221 municipios los que reportan no haber tenido partos fuera de una institución de salud por lo que en la estandarización quedaron con 100 puntos. De este grupo de municipios la gran mayoría pertenecen al departamento de Boyacá con un 18,5% (n=41), seguido de Santander con un 15,3% (n=34) y Antioquia con un 10,8% (n=24).

⁰² Ibid.

Por el contrario, en el final de tabla se divisan 15 municipios en los que se registra el 100% de sus partos fuera de una institución de salud (ver tabla 18), la mayoría de estos municipios corresponden a zonas catalogadas como rural disperso (60%), 2 de ellos dentro de la clasificación de zonas de mayor conflicto armado, La Salina (Casanare) y Chaguaní (Cundinamarca).

En el presente análisis se considera como conducta de riesgo atender un parto fuera de la institución de salud, dado que aún

no se cuenta con las herramientas necesarias que aumenten la capacidad de respuesta de las parteras ante una emergencia y el limitado acceso a recursos tecnológicos, pero no quiere decir que el proceso que se ha emprendido de reconocimiento a la partería sea errado, al contrario, es un recurso que puede aportar de forma importante a la salud materno infantil.

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN PARTOS NO INSTITUCIONALES						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	%	PUNTAJE
Caloto	Cauca	R	SÍ	SI	52%	48
El Dovio	Valle del Cauca	R	NO	SI	52%	48
Silvia	Cauca	R	NO	NO	54%	46
El Retorno	Guaviare	R D	SÍ	SI	56%	44
Bolívar	Valle del Cauca	R D	NO	SI	56%	44
Cumaribo	Vichada	R D	NO	SI	59%	41
Íquira	Huila	R D	NO	NO	60%	40
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	60%	40
Paez	Cauca	R D	NO	NO	61%	39
Pueblo Rico	Risaralda	R D	NO	SI	61%	39
Río Quito	Chocó	R D	NO	NO	64%	36
Versalles	Valle del Cauca	R	NO	NO	64%	36
Paya	Boyacá	R D	NO	SI	67%	33
La Esperanza	Norte de Santander	R D	NO	NO	67%	33
Mistrató	Risaralda	R D	NO	SI	69%	31
Caldono	Cauca	R	SÍ	SI	71%	29
Morales	Cauca	R	SÍ	SI	76%	24
Villagarzón	Putumayo	R	SÍ	SI	76%	24
Güicán	Boyacá	R D	NO	NO	77%	23
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	86%	14
Chíquiza	Boyacá	R D	NO	NO	100%	0
Corrales	Boyacá	R	NO	NO	100%	0
Ráquira	Boyacá	R	NO	NO	100%	0
Saboyá	Boyacá	R D	NO	NO	100%	0
Soracá	Boyacá	R	NO	NO	100%	0
Sotaquirá	Boyacá	R D	NO	NO	100%	0

Tabla 18. Municipios con más altos porcentajes de partos fuera de una institución de salud. Fuente: DANE, 2023.

Susacón	Boyacá	R	NO	NO	100%	0
Sutamarchán	Boyacá	R	NO	NO	100%	0
Tasco	Boyacá	R D	NO	NO	100%	0
Tota	Boyacá	R D	NO	NO	100%	0
La Salina	Casanare	R D	NO	SI	100%	0
Chaguaní	Cundinamarca	R D	NO	SI	100%	0
San Zenón	Magdalena	R D	NO	NO	100%	0
Santiago	Putumayo	R	NO	NO	100%	0
Falan	Tolima	R D	NO	NO	100%	0

Tutelas en Salud

Mecanismo que tiene Colombia para defender o exigir los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de Colombia en el momento en que se vean vulnerados por acción u omisión y que nació con la Asamblea Constituyente de 1991 (58).

Desde 1991 y a junio de 2024, en el país se han interpuesto 10.204.100 tutelas para todos los derechos fundamentales. Para

2023, es Archipiélago de San Andrés el departamento con la tasa general de tutelas x 1.000 hab. más alta del país (25,5), seguido de Caquetá, Norte de Santander, Caldas y Risaralda (59).

De acuerdo con SISPRO, en 2023 se interpusieron 742.876 tutelas en el país, de las que el 26,7% corresponden al sector salud (197.609 acciones), presentándose con mayor frecuencia en Bogotá (164.587), Medellín (116.604) y Valle del Cauca (73.019). En el mismo año, se realizaron más de 26 millones de atenciones en salud y por cada mil de ellas se recibieron 7 tutelas (ver gráfico 2).

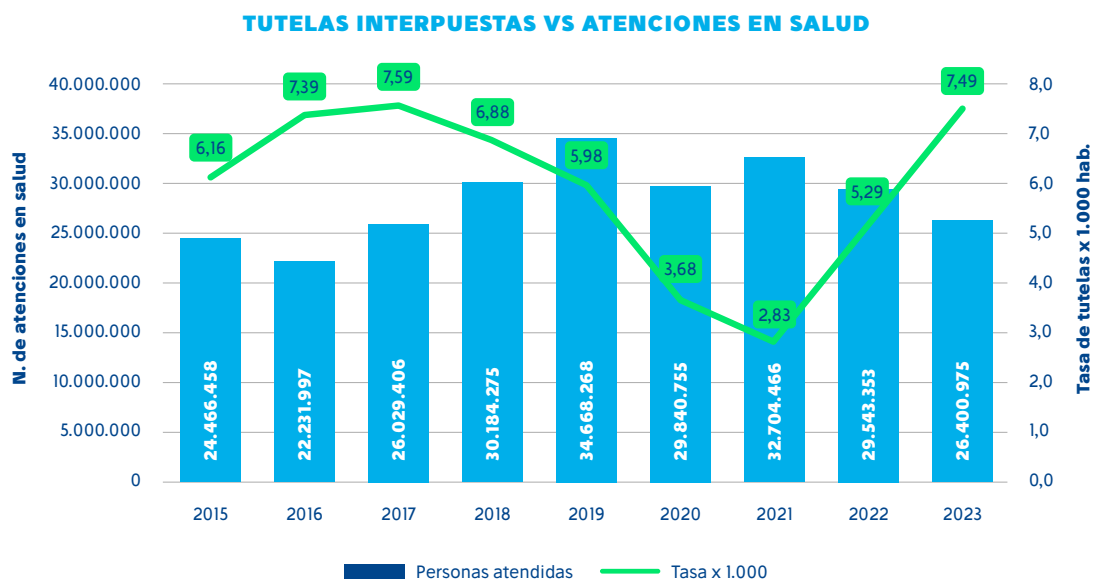


Gráfico 2. Tutelas interpuestas frente al número de atenciones en salud. Fuente: elaboración propia partir del informe de tutelas en salud de la oficina de calidad del MSPS.

Al revisar los 691 municipios rurales y rurales dispersos, se encuentra un solo municipio sin dato (Mapiripana, Guainía) y 5 municipios con frecuencias por encima de 250 tutelas que son Leticia (Amazonas), Abrego (Norte de Santander), Simití (Bolívar), Salamina (Caldas) y Fortul (Arauca). En el otro extremo se observan 68 territorios que reportan en 0 el indicador, el grupo en su mayoría está compuesto por municipios de Boyacá (14,4%), Chocó (13%) y Amazonas (11,5%), casi todas con Áreas No Municipalizadas (ANM).

En la muestra sujeto de este análisis, se observa que en el primer cuartil se ubica el 91% de los territorios que se mueven entre 75 y 100 puntos, apenas el 7,5% se mueve entre 50 y 74 puntos y el 1,6% se encuentra en los 2 últimos cuartiles (ver tabla 19). Aparentemente el indicador presenta un buen desempeño en los municipios rurales y dispersos del país ya que no es tan alta la interposición de tutelas en salud, pero con esto se abren grandes interrogantes ante resultados deficientes bajo el mismo derecho de estas mismas poblaciones.

MUNICIPIOS CON MÁS BAJO DESEMPEÑO EN TUTELAS INTERPUESTAS A 2023						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 10.000)	PUNTAJE
Samaná	Caldas	R D	NO	SI	85,48	65
Leticia	Amazonas	R	NO	NO	87,04	64
Enciso	Santander	R D	NO	NO	88,18	64
Concepción	Antioquia	R	NO	SI	89,64	63
Marulanda	Caldas	R D	NO	SI	92,59	62
Pelaya	Cesar	R	NO	SI	95,46	61
San Luis	Antioquia	R	NO	SI	95,69	61
Vegachí	Antioquia	R	NO	SI	96,36	60
Puerto Salgar	Cundinamarca	R	NO	NO	112,21	54
Talaigua Nuevo	Bolívar	R	NO	NO	117,22	52
Fortul	Arauca	R	SÍ	SI	118,99	51
Cerrito	Santander	R	NO	NO	121,78	50
Abrego	Norte de Santander	R	NO	NO	123,83	49
Toledo	Antioquia	R D	NO	SI	143,54	41
San José de Miranda	Santander	R	NO	NO	160,31	34
Salamina	Caldas	R	NO	NO	172,85	29
Simití	Bolívar	R	SÍ	SI	221,59	9
San Francisco	Antioquia	R	NO	SI	222,04	9
San Andrés	Santander	R	NO	NO	223,49	8
Concepción	Santander	R	NO	NO	242,69	0

Tabla 19. Municipios rurales y dispersos con mayor cantidad de tutelas en 2023. Fuente: Defensoría del pueblo.

DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS

En esta dimensión se espera que, por medio de 3 indicadores trazadores basados en actividades de prevención, se tenga una aproximación a la efectividad del acceso a los servicios institucionales.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año

La triple viral es una vacuna que contiene 3 virus atenuados que ayudan a inmunizar contra sarampión, parotiditis y rubéola. En 1995 se incorporó la parotiditis y la rubéola a la vacuna antisarampionosa, logrando altas eficacias, del 95% para sarampión y parotiditis, y del 98% para rubéola.

En 2020, a nivel global se presentó un aumento importante en el número de casos y muertes de sarampión, lo que llevó a todos los países a implementar nuevas estrategias para minimizar el impacto. En Colombia, desde el año 2023 el refuerzo de la vacuna de triple viral que se ponía a los 5 años se cambió y en la actualidad se aplica a los 18 meses, además se realizan campañas constantes para inducir especialmente a los padres de los infantes a que los acerquen a los centros de vacunación para completar los esquemas para la edad.

La cobertura de vacunación para triple viral a nivel nacional empezó a disminuir a partir del año 2020 que registró un 80,8%, después de haber tenido una cobertura en 2019 de 94,3% a (60), sin lograr un porcentaje similar hasta el momento de la presente publicación.

En el nivel local, el último dato disponible en la fuente corresponde al año 2022 y al igual que en otros indicadores donde la cobertura supera el 100% reportado, se ajustaron esos porcentajes al 100% para no castigar el dato de los demás municipios, entendiendo que se pueden estar presentando errores en la notificación al momento de diligenciar el lugar de residencia ya que para este tipo de actividades de prevención, las comunidades se movilizan de una población a otra para obtener el servicio.

De la muestra analizada, se encuentra que el 85,6% de los municipios catalogados como rurales y dispersos están en el primer cuartil de la tabla moviéndose entre los 75 y 100 puntos

y de estos el 39% registra coberturas del 100% y hasta del 172,7% como es el caso de Almaguer (Cauca).

En el otro extremo de la tabla, se aprecia un solo municipio en el último cuartil, Bolívar (Valle del Cauca) que reporta una cobertura del 5,7%. En el siguiente cuartil con valores por debajo del 50% se ubican Recetor (Casanare), Salento (Quindío), Santa Bárbara (Santander), Chaguani (Cundinamarca), Albania (Santander) y Tununguá (Boyacá) casi todos catalogados como rurales dispersos. Ya en el segundo cuartil se ubica el 13,1% de los municipios con valores entre 50 y 74 puntos (ver tabla 20).

A pesar de los casos importados de enfermedades infecciosas, Colombia en 2023 recibió nuevamente la certificación anual de estatus sanitario libre del sarampión y rubéola por cuarto año consecutivo, por parte de la OPS, certificación que se recibe por *“mantener la tasa de notificación, realizar actividades de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio con calidad, dar una respuesta inmediata para contener los brotes importados de estos virus y mantener buenas coberturas de vacunación”* (61). Teniendo en cuenta lo anterior y que las cifras de coberturas han disminuido, es relevante tomar las medidas necesarias para mejorar dichas coberturas especialmente en los territorios apartados, más aún cuando los casos importados registran cifras importantes.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN COBERTURA DE TRIPLE VIRAL						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (DENSIDAD X 100.000)	PUNTAJE
Alpujarra	Tolima	R D	NO	NO	63,0	61
Ebéjico	Antioquia	R	NO	NO	62,6	60
California	Santander	R	NO	NO	61,9	60
Guachucal	Nariño	R	NO	NO	61,7	59
Florián	Santander	R D	NO	NO	61,3	59
San José de Miranda	Santander	R	NO	NO	60,9	59
Tipacoque	Boyacá	R D	NO	NO	60,5	58
Machetá	Cundinamarca	R D	NO	NO	60,3	58
Aldana	Nariño	R	NO	NO	59,7	57
Herveo	Tolima	R D	NO	SI	59,7	57
Umbita	Boyacá	R	NO	NO	58,3	56
Páez	Boyacá	R D	NO	NO	56,7	54
Cepitá	Santander	R D	NO	NO	55,0	52
Tununguá	Boyacá	R D	NO	NO	47,8	45
Albania	Santander	R D	NO	NO	44,8	41
Chaguani	Cundinamarca	R D	NO	SI	44,4	41
Santa Bárbara	Santander	R D	NO	NO	44,0	41
Salento	Quindío	R	NO	SI	43,6	40
Recetor	Casanare	R	NO	SI	36,8	33
Bolívar	Valle del Cauca	R D	NO	SI	5,7	0

Tabla 20. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de vacunación para triple viral. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso)

Coberturas administrativas de vacunación pentavalente en menores de 1 año

La vacuna pentavalente o DPT, es un biológico que protege contra 5 enfermedades, la difteria, tos convulsa, tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B. De acuerdo con la OPS, la región de las Américas se ha mantenido con un promedio de cobertura por encima del 90% en los últimos 5 años y en el 2022 del 85%, mientras solo la América Latina llegó al 81% para el mismo período de tiempo, proyectando que cerca de 1,2 millones de niños aún no han recibido su primera dosis (62) (63).

En Colombia, la cobertura nacional para DPT en diciembre de 2022 como última cifra oficial, se registró en 87,5%, aumentando lentamente las coberturas después del descenso tan marcado que se presentó en el primer año de pandemia (ver gráfico 3).

COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT EN COLOMBIA (2016-2022)

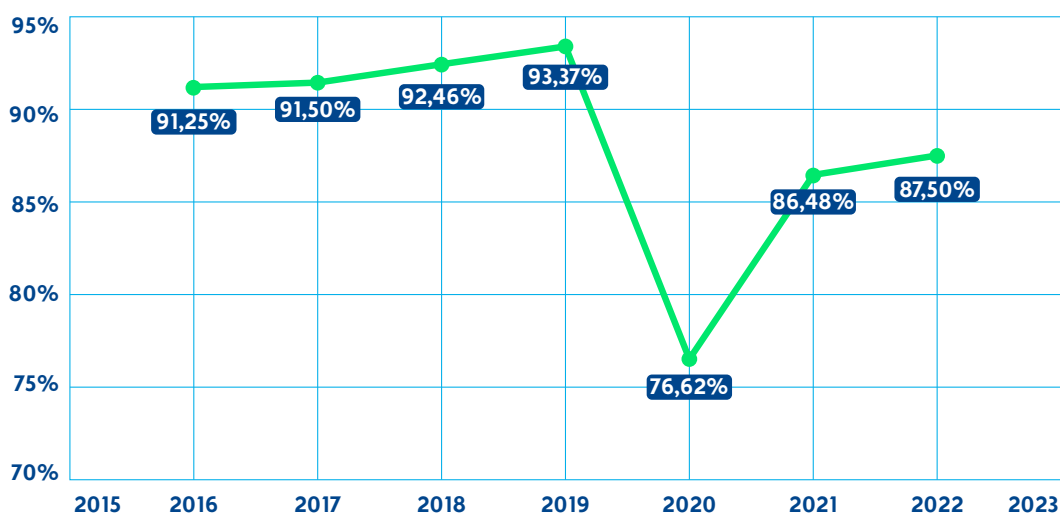


Gráfico 3. Cobertura de vacunación DPT. Fuente: SISPRO.

Para este indicador se encuentra información de los 691 municipios rurales y rurales dispersos a excepción de Mapiripana (Guainía). Los mejores resultados se observan en Aguada (Santander), La Victoria (Boyacá), Almaguer (Cauca), Maripí (Boyacá) y Yavaraté (ANM, Vaupés) y por el contrario los resultados más deficientes se registran en Puerto Colombia (ANM, Guainía), La Guadalupe (ANM, Guainía), Bolívar (Valle del Cauca), Pana Pana (ANM, Guainía) y Papunaua (ANM) Vaupés.

En la muestra de los 520 municipios el 84,8% de los municipios se encuentran en el primer cuartil (75-100 puntos)

con coberturas entre el 76,4% y el 114,9%, razón por la cual, y como se ha realizado en indicadores anteriores, se ajustó el porcentaje a 100% con el fin de no castigar el desempeño de otros municipios, dado que es posible que estas cifras estén sobrestimadas por un mal diligenciamiento desde la fuente. En el segundo cuartil (50-74 puntos) se ubica el 14% de los municipios y en los 2 últimos cuartiles el 1,2% con los municipios de tienen el desempeño más bajo: Bolívar (Valle del Cauca), Bagadó (Chocó), Salento (Quindío), Tipacoque (Boyacá), Cumaribo (Vichada), Tununguá (Santander) y Yacuanquer (Nariño) (ver tabla 21).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN COBERTURA DE DPT

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (%)	PUNTAJE
San Joaquín	Santander	R D	NO	NO	64,3	62
Herveo	Tolima	R D	NO	SI	64,2	62
San José de La Montaña	Antioquia	R	NO	NO	63,3	61
Machetá	Cundinamarca	R D	NO	NO	63,0	61
Medio San Juan	Chocó	R	SÍ	SI	61,9	60
Villagómez	Cundinamarca	R D	NO	NO	61,1	59
San Miguel	Santander	R D	NO	NO	61,5	59

La Uvita	Boyacá	R	NO	NO	58,1	56
Aldana	Nariño	R	NO	NO	58,4	56
Arcabuco	Boyacá	R	NO	NO	57,6	55
Cepitá	Santander	R D	NO	NO	57,9	55
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	55,2	53
California	Santander	R	NO	NO	55,6	53
Yacuanquer	Nariño	R	NO	NO	54,7	52
Tununguá	Boyacá	R D	NO	NO	50,0	47
Cumaribo	Vichada	R D	NO	SI	46,2	43
Tipacoque	Boyacá	R D	NO	NO	43,2	40
Salento	Quindío	R	NO	SI	32,1	28
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	18,1	13
Bolívar	Valle del Cauca	R D	NO	SI	5,6	0

Tabla 21. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de vacunación para DPT. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal

El control prenatal es considerado como una de las medidas más efectivas para llevar un embarazo a feliz término, dado el seguimiento que se hace para reducir todos los posibles riesgos que se pueden presentar en este período tan importante para el binomio, reduciendo en un 16% la probabilidad de morir del recién nacido y un 24% de presentar un parto prematuro (64). La recomendación que realiza la OMS es de mínimo 8 contactos de la gestante con el personal sanitario, lo que según diversos estudios disminuye la probabilidad de muerte perinatal de alguno de los 2 actores, ya que según las Naciones Unidas en el mundo cada 2 minutos muere una mujer por complicaciones derivadas del embarazo. Los contactos que se recomiendan son en las semanas 12, 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (65) (66).

Antes del 2016 se consideraba que la cantidad de controles para llevar a cabo un embarazo sano, eran 4, cifra que sigue siendo permitida en países de medianos y bajos ingresos o en zonas vulnerables como las que son sujeto de análisis en el presente documento.

De acuerdo con la resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, se estipula que el control prenatal debe contemplar

la valoración integral del estado de salud de las gestantes, el seguimiento al plan integral de cuidado para la salud, la detección temprana de alteraciones, información en salud y el establecimiento del plan de parto (67).

En Colombia el 97% de la población materna es atendida por lo menos 1 vez durante el embarazo y el 86,4% registra 4 o más controles prenatales de acuerdo con los datos de la fuente oficial (SISPRO). Según la misma fuente, los departamentos con mayor proporción de recién nacidos con coberturas de 4 o más controles prenatales son, Atlántico (91,7%), Santander (91,3%), Antioquia (90,4%), Caldas (90,4%), incluyendo a Bogotá, D.C. (89,7%). Por el contrario, los departamentos que registran con desempeños más bajos en el indicador son, Vaupés (26,4%), Guainía (34,3), Vichada (37,6%), Chocó (56,5%) y Amazonas (57,4%).

A nivel municipal, de los 691 municipios rurales y dispersos no se encontró información de 6 de ellos todos correspondientes a zonas dispersas identificadas como áreas no municipalizadas, estos territorios son Miriti - Paraná (ANM, Amazonas), Mapiripána (ANM, Guainía), La Guadalupe (ANM, Guainía), Cacahual (ANM, Guainía), Morichal (ANM, Guainía) y Papunaua (ANM, Vaupés). De este mismo conjunto de datos se observó que el 78% de los municipios se mueven entre el 77% y el 100% de atenciones de 4 o más controles prenatales en sus recién nacidos, el 14,7% de estos territorios se encuentra entre el 54,9% y 76,9%, el 6,6% restante se encuentra en los 2 últimos cuartiles, los cuales se destacan por ser en su mayoría áreas

dispersas, los 10 últimos de la tabla registran datos entre el 10% y el 25% y corresponden a El Litoral del San Juan (Chocó), Cumaribo (Vichada), San Felipe (ANM, Guainía), Pacoa (ANM, Vaupés), Yavaraté (ANM, Vaupés) Puerto Santander (ANM, Amazonas), Barranco Minas (ANM, Guainía) Mapiripán (Meta), Bagadó (Chocó) y Alto Baudó (Chocó).

De la muestra tomada para el presente estudio (520 municipios), se encuentra que el 81% de los municipios se

encuentran entre los 75 y 100 puntos, de los cuales el 3,6% obtuvo 100 puntos por registrar el 100% de sus nacimientos con 4 controles prenatales o más, en el siguiente cuartil se encuentra el 15,4% de los municipios y en los últimos 2 cuartiles restantes el 3,7% de los territorios lo que es equivalente a 19 territorios, en su gran mayoría catalogados como dispersos (ver tabla 22).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN 4 CONTROLES PRENATALES O MÁS						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (%)	PUNTAJE
Pajarito	Boyacá	R D	NO	SI	56,3	51
El Cantón del San Pablo	Chocó	R	NO	NO	54,9	49
San José del Palmar	Chocó	R D	NO	SI	54,1	48
Medio San Juan	Chocó	R	SÍ	SI	50,6	44
Puerto Gaitán	Meta	R D	NO	SI	50,2	44
Carurú	Vaupés	R D	NO	SI	50,0	44
Güicán	Boyacá	R D	NO	NO	47,3	41
Mistrató	Risaralda	R D	NO	SI	46,0	39
Puerto Concordia	Meta	R	SÍ	SI	44,6	38
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	44,2	37
Uribia	La Guajira	R D	NO	NO	44,3	37
Puerto Carreño	Vichada	R D	NO	NO	41,3	34
La Primavera	Vichada	R D	NO	NO	40,4	33
Pueblo Rico	Risaralda	R D	NO	SI	40,0	32
La Victoria	Boyacá	R	NO	NO	33,3	25
Cubará	Boyacá	R D	NO	NO	31,5	23
Mitú	Vaupés	R D	NO	NO	28,4	20
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	25,3	16
Mapiripán	Meta	R D	SÍ	SI	24,8	15
Cumaribo	Vichada	R D	NO	SI	11,1	0

Tabla 22. Municipios rurales y dispersos con coberturas más bajas de control prenatal. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

06

EJE RESULTADOS EN SALUD

Eje que contiene los resultados en salud, derivados del manejo dado a los determinantes sociales y el desempeño institucional, compuesto por 2 dimensiones, busca entender el comportamiento del sistema ante los desenlaces locales. Una tercera dimensión que quería divisar la percepción ciudadana no fue posible analizarla por la ausencia de información en el ámbito municipal.

DIMENSIÓN RESULTADOS EN SALUD

Esta dimensión contiene los desenlaces en salud representados en 14 indicadores que buscan analizar la situación de salud de los municipios rurales y rurales dispersos a partir de los mismos, entendiendo las posibles relaciones que hay con las condiciones iniciales y el desempeño institucional.

Razón de mortalidad materna

Considerado como uno de los indicadores más trazadores para una sociedad y a su vez un evento altamente inaceptable, pues se considera como un suceso prevenible que tiene la habilidad de visibilizar las grandes inequidades que se observan en las diferentes comunidades.

Según la OMS, en 2020 morían diariamente alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto, año en el que a nivel general se aumentó esta mortalidad. Algunos estudios hablan de este suceso como consecuencia de las medidas restrictivas durante la pandemia y del miedo a la misma, razón por la cual los controles prenatales bajaron considerablemente. Se estima que el 95% de muertes en el mundo, se presentan en países de medianos y bajos ingresos y que el 86% de partos fueron atendidos por personal cualificado (68).

La razón de mortalidad materna a nivel mundial ha pasado en 35 años de tener 441 muertes x 100.000 nacidos vivos (nv) a 223, pero se encuentra aún lejos de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que es reducir el indicador a menos de 70 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (69).

Para 2022, en Colombia la razón de mortalidad materna se registró en 80,8 x 100.000nv, después de haber llegado a 118,1 el año inmediatamente anterior (70). Al revisar por departamento en el mismo año, se encuentra que es Chocó con 234 muertes x 100.000 nv, seguido por la Guajira (180,7) y Guainía (160,8) los que tienen las tasas más altas.

Al analizar la situación de forma municipal con 2022 como último año disponible en los 691 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, se encuentra reporte de la totalidad de territorios y el 97,5% de los municipios se ubica en el primer cuartil (75-100 puntos) con razones entre 0 y 671,14 muertes maternas x 100.000 nv, donde el 93% reporta el indicador en 0. En el siguiente cuartil se encuentra un rango de 729,9 a 1369,8 muertes x 100.000 nv con el 1,6% de los municipios. Por último, en los dos cuartiles restantes se ubica el 0,8% de los municipios, en el que se encuentran Río Viejo (Bolívar), Río Iro (Chocó), Consaca (Nariño), Tarapacá (ANM, Amazonas), Bajo Baudó (Chocó) y El Cocuy (Boyacá). Cabe resaltar que se observan razones de mortalidad muy altas entendiendo que sus poblaciones son muy pequeñas.

En la muestra que se tomó (520 municipios), se encuentra que el 97,9% de territorios se mueven en el primer cuartil donde el 91% de ellos registra valores en 0 y los restantes llegan a 671,1, el segundo cuartil contiene el 1,5% de los territorios con cifras entre 729,9 y 1369,8. Al finalizar, en los 2 últimos cuartiles se encuentra apenas el 0,6% de los municipios (ver tabla 23)

Es de resaltar que, si bien los valores presentados en los últimos cuartiles del indicador son altos, los eventos presentados por municipio son bajos en algunos casos dado que sus poblaciones también tienen frecuencias bajas, situación que no excusa los resultados ya que una sola muerte materna es inadmisibles en cualquier ámbito colombiano o del mundo.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD MATERNA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR RAZÓN	PUNTAJE
Barbacoas	Nariño	R	SÍ	SI	414,9	85
Acandí	Chocó	R	SÍ	SI	438,6	84
Valdivia	Antioquia	R D	SÍ	SI	518,1	81
Íquira	Huila	R D	NO	NO	537,6	81
La Argentina	Huila	R	NO	NO	523,6	81
Zambrano	Bolívar	R	SÍ	SI	574,7	79
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	625,0	78
Montecristo	Bolívar	R D	NO	SI	666,7	76
Bahía Solano	Chocó	R D	NO	NO	671,1	76
Ataco	Tolima	R D	SÍ	SI	729,9	74
Socha	Boyacá	R	NO	NO	787,4	72
Zapayán	Magdalena	R	NO	NO	769,2	72
Cumbitara	Nariño	R D	SÍ	SI	1063,8	62
Potosí	Nariño	R D	NO	NO	1087,0	61
Condoto	Chocó	R	SÍ	SI	1136,4	59
Medio San Juan	Chocó	R	SÍ	SI	1351,4	51
Paicol	Huila	R	NO	NO	1369,9	51
Río Viejo	Bolívar	R	NO	SI	1538,5	45
Consaca	Nariño	R	NO	NO	1754,4	37
El Cocuy	Boyacá	R	NO	NO	2777,8	0

Tabla 23. Municipios rurales y dispersos con las razones de mortalidad materna más altas. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad neonatal

El presente indicador comprende la mortalidad neonatal temprana y tardía, lo que quiere decir que se consideran las muertes desde el nacimiento hasta el día 27, siendo un tema relevante que evalúa indirectamente la salud materna e incluso preconcepcional.

Para 2022, en el mundo murieron cerca de 2,3 millones de recién nacidos lo que equivale a cerca de 6.500 muertes diarias, configurando casi la mitad de las defunciones en niños menores de 5 años, como consecuencia de complicaciones durante el parto, un parto prematuro, infecciones en el recién nacido o anomalías congénitas. Pese a las cifras registradas en 2022, se observa una importante disminución en la muerte de recién nacidos (47%) en un período de poco más de 20

años. De acuerdo con las estadísticas de la OMS, son África Subsahariana y Asia Meridional las regiones que registran la mayor carga de mortalidad neonatal (64). Se considera que solo América Latina y el Caribe logró y pasó la meta establecida que es del 80% de madres recibiendo cuidados posnatales con un 89% en 2022 (71).

De acuerdo con Instituto Nacional de Salud de Colombia, la probabilidad de muerte neonatal en un recién nacido es 11 veces mayor en los niños de madres que no tuvieron acceso a ningún control prenatal que las que tienen por encima de 4 contactos con el personal sanitario. Para las madres que tuvieron entre 1 y 3 controles prenatales la probabilidad de que su recién nacido muera es menor pero, igual, hay probabilidad significativa de sucumbir ante el riesgo (4 veces más) (72).

Colombia, al igual que el comportamiento de la tendencia mundial, ha registrado un descenso marcado en los últimos 15 años en mortalidad neonatal, registrando para 2023 una tasa de 13,7 muertes x cada 1.000 nacidos vivos. Para ese año, en el SIVIGILA se confirmaron 1.463 muertes, presentándose con mayor frecuencia en Santander (54 casos), Boyacá y Córdoba (52 casos), Chocó y Valle del Cauca (50 casos), pero al hacer el comparativo por tasa poblacional son Guainía, Chocó, Vichada, Buenaventura y Amazonas, los departamentos que notifican las tasas más altas⁰³.

Al realizar la revisión de forma municipal, es de resaltar que se encontró información oficial de los 691 territorios rurales y dispersos, observando que el 52,8% de estos realizó un reporte en 0 (cero) para 2023 y que el 96% se ubicó en el primer cuartil

con un rango de 0 a 25 muertes x 1.000nv. En el segundo cuartil se encuentra el 3% de estos municipios y en los últimos cuartiles, apenas el 0,7%.

De la muestra tomada para el presente análisis, el 95,4% de los municipios se encuentra ubicado en el primer cuartil moviéndose en un rango de 0 a 21,7 muertes x 1.000nv, de los cuales el 46,8% no reportó alguna muerte neonatal. En el segundo cuartil se encuentra el 4,2% de estos territorios y en los últimos 2 cuartiles el 0,4% (ver tabla 24). Los resultados más deficientes se encuentran en Guapotá (Santander) donde por cada 1.000 nacimientos, fallecen cerca de 91 neonatos, y en Nóvita (Chocó) mueren 73,5 por cada 1.000 nacidos, ambos municipios catalogados como rurales dispersos y solo uno de ellos incluido en los grupos PDET y ZOMAC.

03 Íbid.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD NEONATAL						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 1.000NV)	PUNTAJE
Chocó	Tadó	R	NO	SI	24,6	73
Magdalena	Santa Bárbara de Pinto	R	NO	NO	24,6	73
Quindío	Pijao	R	NO	SI	25,0	73
Santander	Tona	R D	NO	NO	24,4	73
Valle del Cauca	El Cairo	R D	NO	SI	24,4	73
Antioquia	Briceño	R D	SÍ	SI	25,3	72
Bolívar	Montecristo	R D	NO	SI	26,7	71
Atlántico	Piojó	R	NO	NO	28,6	69
Boyacá	Cómbita	R	NO	NO	28,2	69
Chocó	Unguía	R	SÍ	SI	28,6	69
Tolima	Alpujarra	R D	NO	NO	27,8	69
Antioquia	San José de La Montaña	R	NO	NO	29,4	68
Huila	Nátaga	R	NO	NO	29,7	67
Nariño	Taminango	R	NO	NO	30,5	66
Santander	Suratá	R D	NO	SI	32,3	65
Cundinamarca	Junín	R D	NO	NO	38,5	58
Vaupés	Carurú	R D	NO	SI	40,0	56
Santander	El Peñón	R D	NO	NO	40,8	55
Chocó	Nóvita	R D	SÍ	SI	73,5	19
Santander	Guapotá	R D	NO	NO	90,9	0

Tabla 24. Municipios rurales y dispersos con la tasa de mortalidad neonatal más altas. Fuente: Elaboración propia con cifras DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)

La mortalidad infantil, se configura como un evento de muerte presentado en niños menores de 1 año (nacimiento a los 11 meses 29 días), que mide de forma indirecta los determinantes sociales que rodean la concepción, el nacimiento y su primer año de vida, crucial para el resto de su desarrollo.

En las Américas este ha sido un evento que también evidencia una importante disminución en los últimos 20 años, siendo las muertes neonatales las que mayor cantidad de casos aporta a este grupo de edad (73).

Para el presente indicador, se encontró información disponible de los 691 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, evidenciando que las tasas para 2023 oscilan

entre 0 y 333 muertes x 1000 nv, estas últimas correspondientes en gran medida a los municipios catalogados como Áreas No Municipales (ANM).

Al analizar la muestra de los 520 territorios se encuentra que gran cantidad de sus datos (91,5%) se ubican en el primer cuartil y el porcentaje restante en los otros cuartiles. En los últimos cuartiles se encuentran municipios en su mayoría catalogados rurales dispersos. La tasa más alta la registra Valparaíso (Antioquia) por la baja cantidad de población, seguido de Bojayá (Chocó), Bagadó (Chocó), Tadó (Chocó) y Güicán (Boyacá) (ver tabla 25). En números absolutos, es Uribe (La Guajira) el territorio que aporta la mayor cantidad de muertes (92 defunciones), seguido de Puerto Gaitán (Meta) y Caldon (Cauca), ambos con 19 muertes notificadas en 2023. Al revisar las causas de muerte de municipios con mayor reporte, se encuentra que el 32% son generadas por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, seguida del 18% derivado de deficiencias nutricionales.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD INFANTIL						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 1.000NV)	PUNTAJE
Cubarral	Meta	R D	NO	SI	36,4	67
Balboa	Risaralda	R D	NO	SI	37,7	66
San José de La Montaña	Antioquia	R	NO	NO	38,5	65
Santacruz	Nariño	R D	NO	NO	39,2	65
Guaca	Santander	R	NO	NO	38,5	65
Tasco	Boyacá	R D	NO	NO	41,7	63
San Juan de Río Seco	Cundinamarca	R	NO	NO	44,4	60
Corrales	Boyacá	R	NO	NO	45,5	59
Norcasia	Caldas	R	NO	SI	45,5	59
El Dovio	Valle del Cauca	R	NO	SI	47,3	57
Sabanalarga	Casanare	R D	NO	SI	50,0	55
Río Quito	Chocó	R D	NO	NO	53,6	52
Gachantivá	Boyacá	R D	NO	NO	55,6	50
Suratá	Santander	R D	NO	SI	66,7	40
San Mateo	Boyacá	R	NO	NO	71,4	36
Güicán	Boyacá	R D	NO	NO	72,7	35
Tadó	Chocó	R	NO	SI	72,4	35

Tabla 25. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad infantil más altas. Fuente: Elaboración propia con cifras DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	81,8	26
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	90,9	18
Valparaíso	Antioquia	R	NO	NO	111,1	0

Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)

Indicador que se calcula con el número de defunciones de niños entre 0 y 4 años 11 meses por cada 1.000 nacidos vivos.

De acuerdo con la OMS en 2022 la mortalidad en menores descendió significativamente llegando a 4.9 millones, poco más de la mitad presentada en el año 2000 (74). En América Latina y el Caribe, el descenso reportado fue del 70,9% a 2021 (75), para Colombia, la tendencia es la misma pasando de tener una tasa de 24,5 (17.504 muertes) en el 2000 a tener una tasa de 13,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (6.909 muertes), lo que representa una reducción del 52% en 22 años (76).

Al revisar la información disponible de los municipios rurales y rurales dispersos, se encontró información de los 691 territorios, que para 2023 recopilan una cantidad de 417

defunciones correspondientes a niños menores de 5 años. Del total de municipios, el 98,1% se mueven en el primer cuartil con tasas entre 0 y 28,57 x 1.000 nv de los cuales el 71,5% no registra ninguna defunción, el 1,6% se encuentra en el segundo cuartil y el 0,2% en los 2 últimos cuartiles, siendo el Bajo Baudó el que presenta el desempeño más bajo, con una tasa de 113,6 x 1.000nv (10 defunciones).

En la muestra objeto de revisión (520 municipios), se encuentra que el 94,6% de los municipios se ubica en el primer cuartil con un rango entre 0 y 16,5 muertes x 1.000 nv de los cuales el 70% corresponde a municipios que registran 0 muertes. En el siguiente cuartil se ubica el 4,4% de los territorios que presentan tasas entre 17,5 y 34,1 muertes x 1.000 nv. En los 2 últimos cuartiles se encuentra el 1% de estos municipios, siendo Bojayá el que registra el resultado más deficiente con una tasa de 68,2 x 1.000 nv, territorio catalogado como rural disperso y perteneciente a los grupos ZOMAC y PDET (ver tabla 26).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD EN LA NIÑEZ						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 1.000NV)	PUNTAJE
La Belleza	Santander	R D	NO	SI	18,9	72
Pesca	Boyacá	R D	NO	NO	19,6	71
Santacruz	Nariño	R D	NO	NO	19,6	71
Herveo	Tolima	R D	NO	SI	20,0	71
Bahía Solano	Chocó	R D	NO	NO	20,5	70
Falan	Tolima	R D	NO	NO	20,4	70
Medio San Juan	Chocó	R	SÍ	SI	21,7	68
Fosca	Cundinamarca	R	NO	NO	21,7	68
Vigía del Fuerte	Antioquia	R D	SÍ	SI	23,0	66
Dibulla	La Guajira	R D	SÍ	SI	23,8	65
Chita	Boyacá	R D	NO	NO	24,4	64
Pueblo Rico	Risaralda	R D	NO	SI	24,6	64
Mapiripán	Meta	R D	SÍ	SI	28,6	58

Tabla 26. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad en la niñez más altas. Fuente: SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tadó	Chocó	R	NO	SI	31,7	54
Puerto Parra	Santander	R D	NO	NO	34,1	50
Solita	Caquetá	R	SÍ	SI	34,5	49
Quípama	Boyacá	R D	NO	NO	40,0	41
California	Santander	R	NO	NO	43,5	36
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	45,5	33
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	68,2	0

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (BPN)

Definido por la Organización Mundial de la Salud, como “un peso al nacer inferior a 2.500gr” y sigue siendo considerado como un indicador trazador para el desarrollo adecuado en los niños e incluso adultos, ya que algunos estudios indican que puede ser precursor de enfermedades crónicas no transmisibles (77).

La meta para 2025 consiste en disminuir a un 30% los casos de bajo peso al nacer. En Colombia, con datos preliminares de 2023 la prevalencia se encuentra en 10,96%, evidenciando un aumento importante del 21% a partir del 2020. Al interior del país, es Bogotá con el 16,1%, quien reporta la tasa más alta, seguido de Cundinamarca y Nariño (78), situación que genera algunos interrogantes por tratarse de departamentos con centros urbanos globalizados, escenario ya presentado por la OMS, el cual manifestó que pese a que esta problemática se presenta en mayor proporción en países de medianos y bajos ingresos, también es una realidad en países de ingresos elevados como España, Estados Unidos y Reino Unido (77). ¿Será momento de reevaluar las causas que están llevando a que los recién nacidos nacen por debajo del peso estimado?

Para este indicador se recopiló información de 690 municipios, ya que de Morichal (Guainía) no se registran datos en las fuentes oficiales. En el conjunto de territorios, se observa que los datos reportados se mueven entre el 1,8% y el 100%, con una alta variación en los mismos (CV: 58,7%). Gran parte de los municipios se ubicaron en el primer cuartil (98,4%) de los cuales apenas el 0,4% reportó el indicador en 0 (cero), el porcentaje restante se distribuye en los siguientes 3 cuartiles, en el cual el municipio con el desempeño más bajo registró el 100% de sus recién nacidos con bajo peso al momento de su nacimiento para 2023.

En la muestra de los 520 municipios, se observa que los valores se mueven entre prevalencias del 1,9% y el 29,4%, el 46% se clasifica en el cuartil 1, otro 46% en el siguiente cuartil y en los 2 últimos el 7,5% restante que representa los 39 municipios con los resultados más deficientes del grupo. En el último puesto, comparten el mismo resultado Tibirita (Cundinamarca) y Armenia (Antioquia), seguidos por San José de La Montaña (Antioquia), Aldana (Nariño), Yacuanquer (Nariño), Imués (Nariño) y Gameza (Boyacá), todos municipios clasificados como rurales, no dispersos y no pertenecientes a PDET O ZOMAC.

DESEMPEÑO MÁS ALTO EN BAJO PESO AL NACER						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (%)	PUNTAJE
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	1,9	100
Puerto Rondón	Arauca	R D	NO	SI	2,2	99
Umbita	Boyacá	R	NO	NO	2,3	98
San José de Pare	Boyacá	R	NO	NO	2,9	96
Mogotes	Santander	R	NO	NO	2,9	96
Paratebueno	Cundinamarca	R D	NO	SI	3,2	95
Alejandro	Antioquia	R	NO	SI	3,6	94
Páez	Boyacá	R D	NO	NO	3,6	94
Cubarral	Meta	R D	NO	SI	3,6	94
San Andrés de Cuerquía	Antioquia	R	NO	SI	3,8	93
Chaguaní	Cundinamarca	R D	NO	SI	3,7	93
Saladoblanco	Huila	R D	NO	NO	3,9	93
Puerto Lleras	Meta	R D	SÍ	SI	3,8	93
La Belleza	Santander	R D	NO	SI	3,8	93
Molagavita	Santander	R D	NO	NO	3,7	93
Belén de Los Andaquies	Caquetá	R	SÍ	SI	4,2	92
Sotará	Cauca	R D	NO	NO	4,1	92
Medina	Cundinamarca	R D	NO	SI	4,0	92
Lejanías	Meta	R	NO	SI	4,1	92
Pijao	Quindío	R	NO	SI	4,0	92
DESEMPEÑO MÁS ALTO EN BAJO PESO AL NACER						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (%)	PUNTAJE
El Tablón de Gómez	Nariño	R	NO	NO	18,9	38
Ubaque	Cundinamarca	R	NO	NO	19,2	37
Santacruz	Nariño	R D	NO	NO	19,6	36
Tona	Santander	R D	NO	NO	19,8	35
Somondoco	Boyacá	R	NO	NO	20,0	34
La Salina	Casanare	R D	NO	SI	20,0	34
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	20,0	34
Cerrito	Santander	R	NO	NO	20,0	34
Aquitania	Boyacá	R	NO	NO	20,6	32
Sora	Boyacá	R	NO	NO	21,1	30

Tabla 27. Valores extremos en bajo peso al nacer de los municipios rurales y dispersos. Fuente: Cobo SISPRO. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Salento	Quindío	R	NO	SI	21,1	30
Cucunubá	Cundinamarca	R	NO	NO	22,7	24
Tangua	Nariño	R D	NO	NO	22,8	24
Gameza	Boyacá	R	NO	NO	23,9	20
Imués	Nariño	R	NO	NO	24,1	19
Yacuanquer	Nariño	R	NO	NO	24,2	19
Aldana	Nariño	R	NO	NO	25,9	13
San José de La Montaña	Antioquia	R	NO	NO	26,9	9
Armenia	Antioquia	R	NO	NO	29,4	0
Tibirita	Cundinamarca	R	NO	NO	29,4	0

Mortalidad por cáncer de mama

Se considera como una enfermedad que consiste en el crecimiento descontrolado de células alteradas en la mama, formando tumores de características malignas y que se pueden extender a otras partes del cuerpo. Afecta en mayor proporción a las mujeres (99%) que a los hombres (0,5 - 1%), convirtiéndose en la gran parte de los países como la primera causa de muerte para el sexo femenino (79) y el cáncer que más genera años de vida perdidos por discapacidad (80).

En 2022 este tipo de cáncer llevó a la muerte a cerca de 670.000 mujeres en todo el mundo, de las cuales la mitad no contaban con factores de riesgo a parte del sexo y la edad, pero se estima que hay mayor probabilidad de morir al encontrarse en un país con Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo que en uno alto. De igual forma es aconsejable conservar estilos de vida saludables evitando la obesidad, el consumo de alcohol, exposición a radiación, consumo de tabaco y de tratamientos hormonales⁰⁴.

En la región de las Américas se diagnostican con cáncer de seno, más de 491.000 mujeres al año. Si se continúa con la misma tendencia, para 2040, la cantidad de casos habrá aumentado en un 40%. Por otro lado, es preocupante que en América Latina se diagnostique el 32% de los casos antes de los 50 años, contrario a América del Norte que es de apenas el 19% (81). De acuerdo con organismos internacionales es clave avanzar en la detección precoz considerada como es una de las principales medidas que contrarresta los desenlaces fatales en gran proporción.

En Colombia, para 2023 con información preliminar se reporta la notificación de 3.801 muertes derivadas de esta causa, con una tasa de 14,2 muertes x 100.000 habitantes, lo que sugiere un aumento del 88% con respecto a la cifra reportada en el 2000, situación que genera gran preocupación en la comunidad femenina dadas las escasas oportunidades de atención y tratamiento que se tienen en algunas zonas del país. Al revisar departamentalmente, son Valle del Cauca, Santander, Risaralda, Atlántico y Quindío, los departamentos con mayores tasas de mortalidad por cáncer de seno.

Al revisar el nivel municipal con énfasis rural, se obtuvo el reporte de los 691 territorios catalogados como rurales y rurales dispersos, de los cuales el 68,5% reportó en 0 (cero) el indicador y el 90,7% se ubicó en el primer cuartil de la tabla, en el siguiente cuartil se encuentra el 7,5% de los territorios y el último 1,7% se distribuye en los últimos 2 cuartiles donde se ubican los resultados más deficientes del grupo que corresponden a los municipios Aguada (Santander), Hobo (Huila) y Beltrán (Cundinamarca), que registran tasas por encima de 100 casos x cada 100.000 mujeres.

En los 520 municipios sujeto de revisión para el período 2023, el 70,4% reporta en 0 (cero) el indicador, el 92,3% se encuentra contenido en el primer cuartil, el 6,9% en el segundo y el 0,8% restante en los últimos cuartiles. El municipio con la tasa más alta es Hobo (Huila), correspondiente a un municipio rural, categorizado como ZOMAC. Al revisar cifras absolutas, el territorio que más casos reportó en el mismo año es San Juan del Cesar (Guajira) con 7 muertes, seguido de San Pelayo (Córdoba) con 6 muertes y Dagua (Valle del Cauca) con 5 defunciones, este último clasificado como rural disperso y los otros 2 rurales.

04 Ibid.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
La Florida	Nariño	R	NO	NO	37,8	64
Macanal	Boyacá	R D	NO	NO	38,4	63
Puente Nacional	Santander	R	NO	NO	38,7	63
Alejandro	Antioquia	R	NO	SI	40,5	61
Quípama	Boyacá	R D	NO	NO	40,9	61
Coromoro	Santander	R D	NO	NO	40,5	61
Los Andes	Nariño	R	SÍ	SI	41,2	60
Maceo	Antioquia	R	NO	NO	45,8	56
Cravo Norte	Arauca	R D	NO	SI	46,3	56
Aipe	Huila	R	NO	NO	45,7	56
El Cocuy	Boyacá	R	NO	NO	47,0	55
Albania	Santander	R D	NO	NO	48,9	53
San José de La Montaña	Antioquia	R	NO	NO	50,4	52
Suratá	Santander	R D	NO	SI	50,0	52
Tello	Huila	R	NO	SI	50,6	51
Une	Cundinamarca	R	NO	NO	52,3	50
Oicatá	Boyacá	R D	NO	NO	67,7	35
Chíquiza	Boyacá	R D	NO	NO	82,7	21
Santa Bárbara	Santander	R D	NO	NO	87,3	16
Hobo	Huila	R	NO	SI	104,2	0

Tabla 28. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por cáncer de mama. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Mortalidad por cáncer de cérvix

La neoplasia intraepitelial cervicouterina o también llamada NIC, se considera una lesión premaligna clasificada en 3 estadios que de no ser tratados pueden evolucionar a cáncer y son las etapas en las que se espera realizar la detección de cualquier anomalía celular (82). Las autoridades en salud continúan promoviendo la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino lanzada en 2020, enfocada en la meta 90-70-90 para el año 2030, lo que significa que se para ese año se registrará una cobertura de vacunación en niñas antes de 15 años del 90%, el 70% de

las mujeres antes de los 25 habrán sido examinadas con una prueba de alta precisión y el 90% de las mujeres diagnosticadas estarán recibiendo un tratamiento adecuado, lo que supondrá una reducción del 42% de la tasa de incidencia de cáncer cervicouterino para 2045 (83).

Según datos de la OMS, en 2022 fallecieron 350.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, presentándose con mayor énfasis en los países de ingresos medios y bajos (94%), lo que se atribuye a la falta de acceso a las pruebas de tamizaje y a la vacuna de VPH (84).

En Colombia, la mortalidad por cáncer de cérvix que a principio de siglo inició un descenso importante, en 2013

presentó un punto de inflexión e inició un aumento constante llegando a un 20% más en el reporte 2023. En el último año se alcanzaron 2.724 casos y es Quindío quien notifica la tasa más alta (16,7 x 100.000 mujeres), seguido de Guaviare y Amazonas.

A nivel municipal, se encontró información disponible de los 691 municipios en la fuente oficial, con la particularidad que el 71,6% reportó en 0 (cero) el indicador. Al estandarizar los datos se encuentra que estos tienen un rango de 0 a 112 muertes por cada 100.000 mujeres, que el 94,8% de los municipios se ubica en el primer cuartil por la gran proporción de territorios con notificación negativa⁰⁵, el 4,1% en el segundo cuartil y el 1,2% restante en los dos últimos cuartiles.

⁰⁵ Reporte negativo: situación en la que no se presenta el evento, pero se informa al sistema de vigilancia

En la muestra de los 520 municipios, que son sujeto del presente análisis, se observa un comportamiento similar, los resultados también se mueven entre 0 y 112 muertes x 100.000 hab. con el 64,7% de municipios en notificación negativa, el 95,4% en el primer cuartil, el 3,7% en el segundo cuartil y el 1,0% en los cuartiles restantes. El resultado más deficiente, se encuentra en San Mateo (Boyacá), que presenta una tasa de 112,2 defunciones x 100.000 mujeres, cálculo dado por 2 mortalidades presentadas allí, a este municipio le sigue Gameza, El Castillo, Tipacoque y Chinavita. Cuando se compara por valores absolutos, son Leticia (Amazonas), Inzá (Cauca), San José del Guaviare (Guaviare), Tame (Arauca) y Pueblo Nuevo (Córdoba), con cifras entre las 4 y 6 defunciones por municipio.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 1.000.000)	PUNTAJE
Soracá	Boyacá	R	NO	NO	31,3	72
Puerto Rico	Meta	R D	SÍ	SI	31,3	72
Pore	Casanare	R	NO	SI	32,3	71
Salamina	Magdalena	R	NO	NO	33,5	70
Mesetas	Meta	R D	SÍ	SI	34,2	70
Concepción	Santander	R	NO	NO	33,8	70
Yacuanquer	Nariño	R	NO	NO	34,6	69
Florián	Santander	R D	NO	NO	34,2	69
Inzá	Cauca	R D	NO	NO	39,3	65
Chíquiza	Boyacá	R D	NO	NO	41,4	63
Tuta	Boyacá	R	NO	NO	44,2	61
Buenavista	Boyacá	R	NO	NO	45,1	60
San Carlos de Guaroa	Meta	R	NO	NO	46,5	59
San José de Miranda	Santander	R	NO	NO	47,0	58
Coello	Tolima	R D	NO	NO	47,3	58
Chinavita	Boyacá	R	NO	NO	58,2	48
Tipacoque	Boyacá	R D	NO	NO	58,2	48
El Castillo	Meta	R	NO	SI	72,3	36
Gameza	Boyacá	R	NO	NO	80,8	28
San Mateo	Boyacá	R	NO	NO	112,2	0

Tabla 29. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por cáncer de cuello uterino. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Considerado como un problema de salud pública de alta relevancia, los accidentes de tránsito producen cerca de 1,19 millones de pérdidas humanas y causa traumatismos en alrededor de 50 millones de personas en todo el mundo (85). A parte de la cantidad de vidas que se pierden por esta causa, un estudio publicado en 2019 estima que *“las lesiones de tráfico costarán a la economía mundial 1,8 billones de dólares (dólares constantes de 2010) en 2015–30, lo que equivale a un impuesto anual del 0,12% sobre el producto interno bruto mundial”*, generando mayor carga sanitaria en países de ingresos altos dados los costos de los tratamientos, sin demeritar la carga para los países de ingresos medios y bajos que aportan el 46,4% de la pérdida mundial (86).

En Latinoamérica, los países con las tasas por 100 mil habitantes más altas en mortalidad por accidente de tránsito para 2019 son República Dominicana (67,2), Venezuela (39,7), Santa Lucía (27,1), Guatemala (26,5), Belice (23,6), Bolivia (23,2) y Paraguay (22,6); para ese análisis Colombia se ubicó en el 3 quintil, con una tasa de 14,7 y 688,3 años de vida perdidos por cada 100.000 habitantes (87).

En Colombia los accidentes de tránsito iniciaron un descenso a principio de siglo, desafortunadamente en 2011 se presentó un punto de inflexión en el cual las cifras inician un nuevo aumento que se mantiene hasta la actualidad, a pesar de que en los 2 años de pandemia disminuyó de forma considerable (ver gráfico 4). Los actores que mayor cantidad de muertes aportan, son los motociclistas, peatones y ciclistas, todos presentes en importante cantidad en los municipios de características rurales, dadas los extensos recorridos, deficientes conexiones viales y por ende transporte de 4 ruedas o vehículos de mayor capacidad.

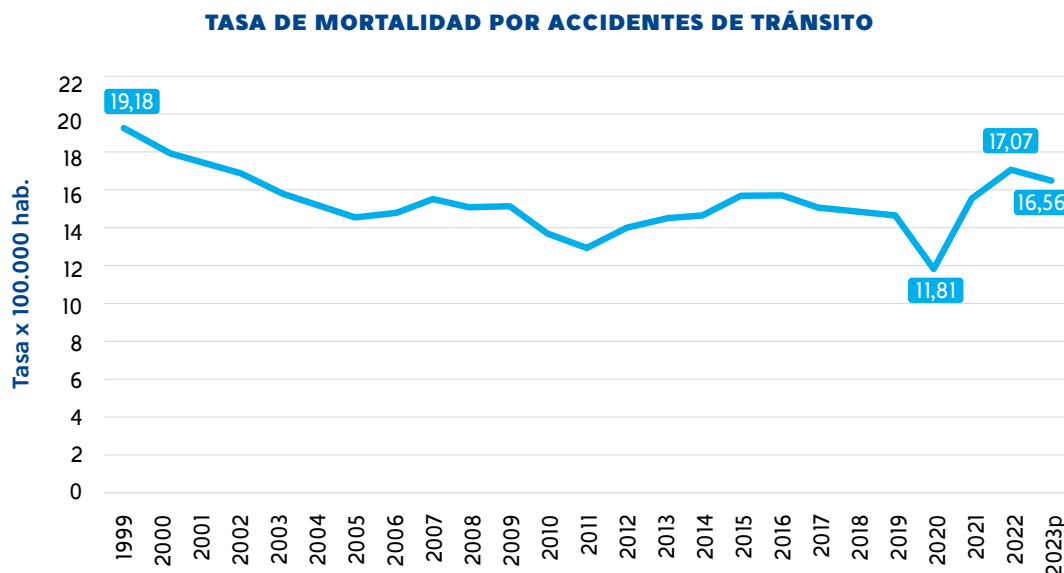


Gráfico 4. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito. Fuente: Así Vamos en Salud en base a datos DANE.

A nivel departamental, son Casanare (26,8), Guainía (22,9), Huila (21,5), Meta (17,7), Caquetá (16,4), Putumayo (16,4) y San Andrés y Providencia (16,0), los que presentan las tasas más altas de mortalidad en el país. Al revisar por cifras absolutas, son Valle del Cauca (714), Bogotá, D.C. (663), Antioquia (654), Cundinamarca (397), Santander (300) y Nariño (272), los que aportan más casos a nivel nacional.

Si se revisa el nivel municipal, se encuentran datos preliminares en 2023 para los 691 municipios rurales y dispersos, los cuales aportaron 1.467 muertes al país por accidentalidad vial, pese a que el 40% notifica en 0 (cero) el indicador. En el primer cuartil se ubicaron la mayoría de los territorios (92,5%) con un rango de 0 a 39 muertes por cada 100 mil habitantes, mientras en el segundo cuartil se sitúan el 6,5% y en los 2 últimos cuartiles el 1% restante con un valor máximo en la tasa de 153,7, correspondiente a Guacamayas (Boyacá), seguido de Pisba (Boyacá). En números absolutos son Tibú (Norte de Santander) con 16 defunciones por accidentalidad vial, Dibulla (La Guajira) y Sabana de Torres (Santander) ambos con 15

muertes, además de Dagua (Valle del Cauca), Caldon (Cauca) y El Zulia (Norte de Santander) los 3 con 14 muertes cada uno.

En los 520 municipios que son objeto del presente análisis, se observa de igual forma el 40% de los municipios reportan en 0 (cero) casos y es por esta razón que el primer cuartil de los datos se encuentra compuesto por el 69,2% de los territorios, demarcado por un rango de 0 a 21,3 muertes por cada 100 mil hab., en el segundo cuartil se ubica el 25,8% de municipios que se mueven en un rango de tasas entre 22,2 y 42,7 x 100.000 hab. y unos valores absolutos de 0 a 16 muertes, mientras los 2 últimos cuartiles contienen el 5% restante (ver tabla 30), que representa a 7 municipios en su mayoría dispersos, con tasas entre 66,5 y 84,8 y que son calculadas con 2 hasta 10 casos. El municipio que mayor cantidad de muertes aporta, aunque su tasa se encuentra en 25,9 x 100.000 hab., es Tibú (Norte de Santander), alcanzando 69 puntos en la estandarización de datos, municipio que dentro del marco del PDET ha recibido importante capital para el mejoramiento de sus vías terciarias.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Teruel	Huila	R	NO	NO	46,5	45
Suaita	Santander	R D	NO	NO	47,2	44
Policarpa	Nariño	R D	SÍ	SI	48,5	43
Yalí	Antioquia	R	NO	SI	49,8	41
San Cayetano	Norte de Santander	R	NO	NO	49,7	41
Zapatoca	Santander	R	NO	NO	50,4	41
San Diego	Cesar	R	SÍ	SI	50,6	40
Hobo	Huila	R	NO	SI	51,6	39
Tona	Santander	R D	NO	NO	52,6	38
Funes	Nariño	R	NO	NO	53,4	37
Enciso	Santander	R D	NO	NO	55,1	35
Soracá	Boyacá	R	NO	NO	63,0	26
Agrado	Huila	R	NO	NO	63,8	25
Oicatá	Boyacá	R D	NO	NO	66,5	22
Gachantivá	Boyacá	R D	NO	NO	68,1	20
Pore	Casanare	R	NO	SI	71,0	16
San José del Palmar	Chocó	R D	NO	SI	71,5	16

Tabla 30. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por accidentes de tránsito. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

San José del Fragua	Caquetá	R	SÍ	SI	72,9	14
Chameza	Casanare	R D	NO	SI	79,9	6
Giraldo	Antioquia	R	NO	NO	84,8	0

Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)

Considerada como la muerte de una persona ocasionada por otra que tiene la intención de causar muerte o lesiones graves (88). Para 2019, la tasa reportada por la OMS para el mundo fue de 6,2 muertes x cada 100 mil habitantes, mientras que en Latinoamérica un estudio revelado por la OPS en 2023 expone que del 2000 al 2019 en promedio se presentaron cerca de 55.000 muertes cada año, además que “los tres países con mayor riesgo de homicidio para jóvenes son Venezuela (riesgo relativo [RR] = 35,1), El Salvador (RR = 28,1) y Colombia (RR = 26,7)” (89).

Se revisan dos fuentes que son DANE y Forensis, que, aunque presentan algunas diferencias en sus cifras, no son tan amplias y mantienen la misma tendencia, que es hacia la disminución en los últimos 20 años, con picos en 2009 y 2021. En el 2021 se observa un incremento en las cifras del 16% con respecto al año anterior, en 2020 se genera un aumento del 0,2%, la cifra del 2023 es preliminar y puede tener variación para el siguiente semestre. Según Forensis, el grupo etario en el que más se presentó este evento en 2023 fue el de 20 a 34 años, con más de 7.000 casos. De acuerdo con la misma fuente, al comparar las ciudades capitales, es Bogotá la que registra el mayor número con 1.120 casos seguida de Cali con 1.046 casos.

Si bien en tasas poblacionales son Arauca, Putumayo, Cauca, Valle del Cauca y Chocó, los departamentos que aportan mayor número de muertes, en cifras absolutas, son Valle del Cauca (2.295), Antioquia (1.719), Bogotá, D.C. (1.160), Cauca (831) y Atlántico (736). Cabe resaltar que el número de casos a nivel nacional fue según DANE para 2022 es de 14.483 y en Forensis de 13.939.

Para el escenario municipal, se ubicó información de los 691 territorios catalogados como rurales y dispersos, encontrando que las tasas de mortalidad se encuentran en un rango de 0 a 149 muertes por cada 100 mil habitantes. En su primer cuartil se ubica el 86% de los municipios que contiene el 44,3% de los que reportaron su indicador en 0 (cero), los municipios restantes se mueven entre 1 y 23 defunciones que calculan tasas hasta de 38 muertes por cada 100 mil hab. En el siguiente

cuartil se aprecia el 12,6% de los territorios y en los 2 últimos cuartiles el 1,4% restante.

Para la muestra de análisis que contiene los 520 municipios se encuentra que el 35,6% de este grupo reportó de forma negativa, el 84,2% de los territorios se ubican en el primer cuartil que contiene tasas entre 0 y 37,8 muertes por cada 100 mil hab. y que en cifras absolutas reportan incluso hasta 23 muertes violentas. En el segundo cuartil se ubica el 14,2% de los municipios con tasas entre 38,3 y 70,9 muertes por cada 100 mil hab., con el reporte en cifras absolutas de hasta 21 muertes. En los dos últimos cuartiles se ubican 8 municipios con tasas entre 79 y 149, cifras que se presentan en algunos municipios en gran medida por tener baja cantidad de población, los últimos 2 de la tabla Mallama y Policarpa, ambos municipios rurales dispersos ubicados en Nariño y catalogados dentro del grupo ZOMAC, que reportan 14 y 12 asesinatos respectivamente. Cabe resaltar que, por número absoluto de muertes, es Patía (Cauca), clasificado como municipio rural, PDET y ZOMAC, el que más muertes reportó para 2023 (42 defunciones).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR HOMICIDIOS						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Mercaderes	Cauca	R D	SÍ	SI	60,7	59
Piamonte	Cauca	R D	NO	SI	61,8	59
Bugalagrande	Valle del Cauca	R	NO	NO	61,5	59
Campamento	Antioquia	R	NO	SI	62,0	58
Yondó	Antioquia	R D	SÍ	SI	63,2	58
Vegachí	Antioquia	R	NO	SI	64,2	57
Santa Rosa del Sur	Bolívar	R	SÍ	SI	64,1	57
Elías	Huila	R	NO	NO	66,2	56
Gachantivá	Boyacá	R D	NO	NO	68,1	54
Argelia	Cauca	R D	SÍ	SI	68,3	54
Buriticá	Antioquia	R D	NO	NO	70,5	53
Calamar	Guaviare	R D	SÍ	SI	70,9	52
Algeciras	Huila	R	SÍ	SI	79,0	47
Curillo	Caquetá	R	SÍ	SI	86,9	42
Caloto	Cauca	R	SÍ	SI	95,9	36
Hobo	Huila	R	NO	SI	103,1	31
Patía	Cauca	R	SÍ	SI	107,8	28
Leiva	Nariño	R	SÍ	SI	108,4	27
Policarpa	Nariño	R D	SÍ	SI	116,3	22
Mallama	Nariño	R D	NO	SI	149,0	0

Tabla 31. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por homicidio. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad por suicidios

Según la OMS poco más de 700 mil suicidios se presentan anualmente en el mundo y el 77% de estos son presentados en países de ingresos bajos y medios, preocupando que se presenta en mayor frecuencia en el grupo etario de los 15 a los 29 años. De acuerdo con la misma entidad en zonas agrícolas rurales el método más utilizado es autointoxicación con plaguicidas (90).

De acuerdo con las últimas cifras de la región de las Américas (2019), son Guyana, Suriname, Uruguay, Estados Unidos de América, Haití, Canadá y Cuba, los países que registran mayor mortalidad por lesión autoinfligida con cifras que oscilan entre 10,2 y 40,8 muertes por cada 100.000 hab.

Dentro de este ranking Colombia se ubica en el segundo cuartil con 3,7 muertes x 100.000 hab., por otro lado, es importante tener en cuenta la mediana de años perdidos por esta causa en la región, que es de 305,3 por cada 100.000 hab., con cifras que oscilan entre 8,0 y 2,075 años (91).

En Colombia, se observa con preocupación que hay una tendencia al aumento de casos a partir del 2014, que tuvo un descenso en 2020 primer año de pandemia, pero que en 2021 aumentó nuevamente continuando con la tendencia que traía. El valor del 2023 es preliminar, pero de acuerdo con la cifra de Forensis, la del DANE podría estar por encima de la registrada en 2022. De acuerdo con el reporte emitido por medicina legal, en 2023 incrementaron los casos en un 10,29% con respecto al 2022, siendo el evento por muerte violenta que más incrementó en el año, además reporta que el grupo etario

que mayor cantidad de suicidios registró fue el de 20 a 24 años. De los 3.116 casos reportados por DANE en 2022, son Antioquia (501), Bogotá, D.C. (478), Valle del Cauca (248) Cundinamarca (153), Nariño (131) y Santander (121), los que mayor cantidad de casos aportan al país, pero al hacer el comparativo por tasas poblacionales son Vaupés, Guaviare, Tolima, Risaralda y Huila los que reportan más casos por 100.000 hab..

Al analizar el indicador de forma municipal, se pudo observar disponibilidad de información de los 691 municipios catalogados como rurales y dispersos, de los cuales se encuentra que el 94,6% se ubica en el primer cuartil, donde el 60,2% corresponde a territorios que notificaron 0 muertes por suicidio y el rango de las tasas se encuentra entre 0 y 23 muertes x 100.000 hab. En el siguiente cuartil se encuentra el 4,1% de los municipios que se localizan dentro del rango de 24 a 46 muertes por cada 100.000 hab. y 20 a 46 muertes como cifra absoluta. En el último cuartil que comprende apenas el 1,3% de los municipios, recogiendo a 9 de ellos: La Pedrera (ANM, Amazonas), Mitú (Vaupés), Aguada (Santander), San Eduardo (Boyacá), Aldana (Nariño), San Juanito (Meta), Yavaraté (ANM, Vaupés), Sativanorte (Boyacá) y Puerto Arica (ANM, Amazonas), alcanzando tasas hasta de 92 x 100.000 hab. y con valores absolutos hasta de 17 muertes como en el caso de Mitú.

En la muestra sujeto del presente análisis, se observa que en el primer cuartil se ubica el 93,1% de los municipios y que de estos el 57% realizó un reporte negativo, moviéndose en tasas de 0 a 16 muertes x 100.000 hab. y con valores absolutos de 0 a 5 muertes. En el siguiente cuartil se localiza el 5,2% de los territorios con tasas de mortalidad entre 16,6 y 32,3 y en casos absolutos entre 1 y 4. Por último en los 2 cuartiles restantes se encuentra el 1,7% que representa 9 municipios, ninguno de ellos con clasificación ZOMAC, Somondoco (Boyacá), Tuta (Boyacá), Viracachá (Boyacá), Peque (Antioquia), San José de Pare (Boyacá), Tibaná (Boyacá), El Guacamayo (Santander), Mitú (Vaupés) y Aldana (Nariño), los cuales presentan tasas entre 32,8 y 64,6 suicidios x 100 mil hab., Mitú se convierte en el municipio que reporta de forma constante muertes autoinfligidas y la cifra más alta en el conjunto de territorios rurales y dispersos, De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, “*las comunidades indígenas enfrentan desafíos y vulnerabilidades particulares relacionados con la pérdida de su identidad cultural, la falta de acceso a servicios básicos, la ausencia de oportunidades educativas y laborales, falencias en el acceso a servicios de salud, incluido el de salud mental, entre otros*” (92).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR SUICIDIO						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	21,4	67
Río Quito	Chocó	R D	NO	NO	22,2	66
Elías	Huila	R	NO	NO	22,1	66
Puerto Caicedo	Putumayo	R	SÍ	SI	23,8	63
Cubará	Boyacá	R D	NO	NO	26,8	58
Guayatá	Boyacá	R	NO	NO	28,6	56
Carurú	Vaupés	R D	NO	SI	28,6	56
Cabuyaro	Meta	R D	NO	NO	30,5	53
La Uvita	Boyacá	R	NO	NO	31,4	51
Cácota	Norte de Santander	R D	NO	NO	31,7	51
Alvarado	Tolima	R	NO	SI	32,3	50
Somondoco	Boyacá	R	NO	NO	32,8	49
Tuta	Boyacá	R	NO	NO	33,9	48
Viracachá	Boyacá	R	NO	NO	33,5	48
Peque	Antioquia	R D	NO	NO	34,9	46

Tabla 32. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por suicidio. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

San José de Pare	Boyacá	R	NO	NO	37,9	41
Tibaná	Boyacá	R	NO	NO	41,8	35
El Guacamayo	Santander	R D	NO	NO	44,1	32
Mitú	Vaupés	R D	NO	NO	49,9	23
Aldana	Nariño	R	NO	NO	64,6	0

Tasa de mortalidad por EDA

Las enfermedades diarreicas, se consideran la tercera causa de muerte en niños menores de 5 años, ya que en el mundo arrebató la vida de cerca de 443.832 niños(as) en ese rango de edad. Años atrás era la deshidratación la principal causa de mortalidad por enfermedad diarreica, en la actualidad las causas son más comprometedoras a nivel fisiológico pues se reportan mayores infecciones bacterianas que desencadenan en septicemia⁰⁶, generando así un reto más para las autoridades en salud, especialmente si se tiene en cuenta la alta resistencia a los antimicrobianos que se ha documentado en los últimos años (93).

Mejorar la calidad del agua y el saneamiento ambiental podría prevenir más de 395.000 muertes en menores de 5 años en todo el mundo, ya que se considera que 1 de cada 4 personas carecen de agua potable y 2 de cada 5 carecen de servicios sanitarios (94) (26).

Las regiones de África Subsahariana y Asia del Sur son las regiones más afectadas, concentrando una gran proporción de las muertes por esta causa en el mundo. Sus tasas de mortalidad pueden estar incluso hasta 10 veces por encima de los valores reportados por países de altos ingresos. Como se ha descrito en otras oportunidades, la falta de acceso a servicios de salud, la desnutrición, y la carencia de infraestructura adecuada empeoran la situación, perpetuando temas de desigualdad, inequidad y vulnerabilidad en las poblaciones más pobres.

En Colombia la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años para 2023 ha disminuido en un 78% en comparación con inicio de siglo (año 2000). Se considera que la cobertura de vacunación para rotavirus ha impactado favorablemente la mortalidad por esta causa, a pesar de que en el último año presentó un aumento (9%) con respecto al año anterior. En el país, las mayores tasas de mortalidad se presentan en Guainía

(71,8 x 100.000 hab.), Chocó (55,4), La Guajira (30,8), Vichada (28,9) y Amazonas (21,0).

Al analizar el indicador a nivel municipal se presentaron 286 muertes secundarias a una Enfermedad Diarreica Aguda. Se recopiló información de los 691 territorios catalogados como rurales y dispersos, de los cuales la gran mayoría se encuentra ubicado en el primer cuartil de los cuales el 83% realizó una notificación en 0 (cero), en el segundo cuartil se encuentra el 3,8% de los territorios y el 1% restante se localiza en el último cuartil con las tasas más deficientes correspondientes a Bagadó (Chocó) con 25,6 muertes x 100.000 hab., Junín (Cundinamarca) con una tasa de 30,1, Olaya (Antioquia) con una tasa de 30,3, Galán (Santander) con una tasa de 33,2 y Pueblo Rico (Risaralda) con una tasa de 47,7.

En la muestra sujeto de análisis, se encuentra que, de los 520 municipios el 95,2% se ubicó en el primer cuartil, de los cuales el 83% notificó en 0 (cero) con tasas que van desde 0 hasta 11,7 muertes por cada 100.000 hab., en el segundo cuartil se encuentra apenas el 3,8% de los municipios con tasas que van desde 12,4 hasta 22,8. En los 2 últimos cuartiles que conservan el 1% de los territorios se localizan los resultados más deficientes, todos clasificados como rurales dispersos y solo 2 de ellos pertenecientes al grupo ZOMAC, ellos son Bagadó (Chocó), Junín (Cundinamarca), Olaya (Antioquia), Galán (Santander) y Pueblo Rico (Risaralda), los cuales presentan entre 1 a 8 muertes absolutas. A pesar de que los anteriores son los municipios que, al estandarizar presentan los valores más bajos, Uribe (La Guajira) presenta el reporte de 12 casos por este motivo en el año 2023, el número más alto en el grupo de los 520 y de los 691 municipios.

06 Septicemia: presencia de bacterias en la sangre.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR EDA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
Versalles	Valle del Cauca	R	NO	NO	13,4	72
Cómbita	Boyacá	R	NO	NO	14,4	70
Bojayá	Chocó	R D	SÍ	SI	14,8	69
Tadó	Chocó	R	NO	SI	15,1	68
Cabuyaro	Meta	R D	NO	NO	15,3	68
La Belleza	Santander	R D	NO	SI	15,1	68
Zambrano	Bolívar	R	SÍ	SI	15,6	67
Solita	Caquetá	R	SÍ	SI	15,7	67
Tasco	Boyacá	R D	NO	NO	16,2	66
Boavita	Boyacá	R	NO	NO	18,6	61
Chipatá	Santander	R	NO	NO	18,8	61
Íquira	Huila	R D	NO	NO	20,1	58
Togüí	Boyacá	R D	NO	NO	21,8	54
Güicán	Boyacá	R D	NO	NO	22,3	53
Mistrató	Risaralda	R D	NO	SI	22,8	52
Bagadó	Chocó	R D	NO	SI	25,6	46
Junín	Cundinamarca	R D	NO	NO	30,2	37
Olaya	Antioquia	R D	NO	NO	30,4	36
Galán	Santander	R D	NO	NO	33,3	30
Pueblo Rico	Risaralda	R D	NO	SI	47,8	0

Tabla 33. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por EDA.
Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad por IRA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas por virus o por bacterias, y que se manifiestan con síntomas como tos, congestión y obstrucción nasal, dolor de garganta, disfonía o dificultad respiratoria, y algunas veces acompañadas de fiebre (95).

Según la OMS cada año, mueren por esta enfermedad alrededor de 4 millones de personas en el mundo y el 98% de esas defunciones son causadas por infecciones de las vías respiratorias bajas. Las tasas de mortalidad más elevadas se registran en los menores de 1 año, de 1 a 5 años y los adultos

mayores, especialmente en los países de ingresos bajos o medios.

A nivel nacional, la mortalidad por IRA en menores de 5 años ha disminuido de forma constante desde el inicio de siglo, presentando a 2023 una tasa nacional de 11 muertes x 100.000 niños de la misma edad, una reducción del 70% con relación al 2020. Los departamentos que presentan mayores tasas para el mismo período de tiempo son, Chocó (53,7) Amazonas (42,0), La Guajira (31,7), Vichada (28,9), Guainía (28,7) y San Andrés y Providencia (23,7).

Al revisar el indicador a nivel municipal, se encuentra disponibilidad de los datos de los 691, los cuales se mueven en unas tasas entre 0 y 166,6 por 100.000 habitantes, de igual forma se observa que el 95,1% de los municipios se encuentra ubicado

en el primer percentil de los que el 33,8% corresponden a municipios cuya notificación fue cero. En el siguiente percentil se ubica apenas el 4,3%, seguido de un 0,6% para los 2 últimos cuartiles en los que ubican 4 municipios que en su mayoría son Áreas No Municipalizadas, Pana Pana (ANM, Guainía), Cacahual (ANM, Guainía), Betéitiva (Boyacá) y Vaupés (ANM Yavaraté).

En los 520 municipios que son sujeto de análisis, se encuentra que el 69,8% de los territorios se ubican dentro del percentil uno, dentro de los cuales el 37,2% notificaron en cero el indicador. En el segundo cuartil se ubica el 24,6% de los municipios mientras que en los últimos 2 cuartiles se localiza el 5,6% estos territorios (ver tabla 34), que representa a 10 municipios, ninguno de ellos clasificados como ZOMAC o PDET, estos son, Armero (Tolima), Tununguá (Boyacá), La Uvita (Boyacá), Guadalupe (Santander), Buenavista (Boyacá), Potosí

(Nariño), Galán (Santander), San José de Miranda (Santander), Ambalema (Tolima) y Fosca (Cundinamarca), con tasas que van desde 59,4 a 75,3 muertes por cada 100.000 hab., y cifras absolutas entre 1 y 8 muertes. Pese a esto, es otro municipio el que aporta la mayor cantidad de casos, se trata de Uribia (La Guajira), territorio que notificó en el año 19 defunciones por esa causa.

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR IRA						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
El Dovio	Valle del Cauca	R	NO	SI	43,6	42
Cantagallo	Bolívar	R	SÍ	SI	44,4	41
Paz de Río	Boyacá	R	NO	NO	44,7	41
Carmen de Apicalá	Tolima	R	NO	NO	44,9	40
Solita	Caquetá	R	SÍ	SI	47,2	37
Sasaima	Cundinamarca	R	NO	NO	47,9	36
Imués	Nariño	R	NO	NO	50,4	33
El Peñol	Nariño	R	NO	SI	51,7	31
Tota	Boyacá	R D	NO	NO	54,5	28
La Victoria	Valle del Cauca	R	NO	NO	56,1	25
Armero	Tolima	R	NO	NO	59,4	21
Tununguá	Boyacá	R D	NO	NO	61,5	18
La Uvita	Boyacá	R	NO	NO	62,8	17
Guadalupe	Santander	R	NO	NO	63,6	16
Buenavista	Boyacá	R	NO	NO	64,9	14
Potosí	Nariño	R D	NO	NO	65,3	13
Galán	Santander	R D	NO	NO	66,6	12
San José de Miranda	Santander	R	NO	NO	67,7	10
Ambalema	Tolima	R	NO	NO	72,7	3
Fosca	Cundinamarca	R	NO	NO	75,3	0

Tabla 34. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por IRA. Fuente: Elaboración propia con datos DANE. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y su impacto ha ido en aumento en las últimas décadas. En 2017, la ERC fue responsable de aproximadamente 1,23 millones de muertes en todo el mundo. Además, la disfunción renal contribuyó indirectamente a 1,36 millones de muertes adicionales debido a enfermedades cardiovasculares asociadas. Este aumento coloca a la ERC como la 12.ª causa de muerte global, subiendo cinco posiciones desde 1990 (96).

En América Latina, la situación es especialmente preocupante en países como El Salvador y Nicaragua, donde la ERC de origen desconocido (conocida como “nefropatía mesoamericana”) ha alcanzado niveles epidémicos. Este tipo de ERC afecta principalmente a trabajadores agrícolas y está relacionada con condiciones laborales extremas, como la exposición al calor y la deshidratación crónica. La región ha visto un aumento significativo en las tasas de mortalidad por ERC, y se prevé que esta enfermedad continúe creciendo como causa de muerte a medida que las poblaciones envejecen y aumentan los factores de riesgo como la diabetes y la hipertensión.

En términos de impacto, la carga de la ERC no solo se mide en términos de mortalidad, sino también en años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), los cuales se duplicaron en 2020 con respecto a las cifras de 1990. En regiones como América Central, los DALYs por ERC son notablemente altos, superando los 1.500 por cada 100,000 habitantes, lo que resalta la severidad del problema (97).

Los esfuerzos para mitigar el impacto de la ERC en América Latina y en el mundo requieren mejoras en la detección

temprana, el acceso a tratamientos como la diálisis y el trasplante renal, y la implementación de políticas de salud pública que aborden los factores de riesgo modificables, como la hipertensión y la diabetes.

En Colombia, de acuerdo con el informe de la Cuenta de Alto Costo (CAC), los casos nuevos aumentaron en un 74,4% y la mortalidad cruda incrementó en 5%, con respecto al 2022, cifra que mantuvo una tendencia a la disminución hasta 2019. En los siguientes años de pandemia inició un incremento importante que dobló la tasa de mortalidad de 2019. A 2023 se evidencia que la mayor cantidad de muertes en el país es registrada en la región central con una frecuencia de 8.730 (98).

Para este evento en territorios rurales se recopiló información del 93% de la población rural y dispersa, lo que equivale a 643 municipios. De esta información, el 87% de los territorios se ubicó en el primer cuartil con tasas entre 0 y 98,5 muertes x 100 mil hab., de los cuales el 21% realizó notificación negativa. En el segundo cuartil se encuentra el 5,4% de los municipios y en los 2 cuartiles restantes el 0,7%, correspondiente a los 5 municipios con resultados más deficientes: El Guamo (Bolívar), Pácora (Caldas), El Calvario (Meta), Guacamayas (Boyacá) y El Guacamayo (Santander), con tasas que van desde 203 a 399 muertes por ERC por cada 100 mil habitantes.

En la muestra de los 520 municipios, se encontró que el 93,8% se ubicó en el primer cuartil, del cual el 18,2% corresponde a notificaciones en 0 (cero), con tasas hasta de 98,9 x 100.000 hab., en el segundo cuartil se encuentra el 5,6% de los territorios con tasas entre 104,58 y 187,7. En los 2 últimos cuartiles se encuentran 3 municipios con las tasas más altas de todo el grupo, El Guamo (Bolívar), Pácora (Caldas) y El Guacamayo (Santander), este último catalogado como rural disperso (ver tabla 35).

DESEMPEÑO MÁS BAJO EN MORTALIDAD POR ERC EN FASES 1 A 5

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	PDET	ZOMAC	VALOR (TASA X 100.000)	PUNTAJE
San Sebastián de Buenavista	Magdalena	R	NO	NO	132,2	67
El Peñol	Nariño	R	NO	SI	129,8	67
Pinillos	Bolívar	R D	NO	NO	136,9	66
San José del Palmar	Chocó	R D	NO	SI	144,2	64
Tangua	Nariño	R D	NO	NO	142,7	64
Marulanda	Caldas	R D	NO	SI	148,2	63
Suratá	Santander	R D	NO	SI	146,7	63

Pensilvania	Caldas	R	NO	SI	153,6	62
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	151,2	62
Elías	Huila	R	NO	NO	155,6	61
Puerres	Nariño	R	NO	SI	158,7	60
San Jacinto	Bolívar	R	SÍ	SI	168,1	58
La Victoria	Boyacá	R	NO	NO	170,2	57
Togüí	Boyacá	R D	NO	NO	175,8	56
El Tambo	Nariño	R	NO	NO	176,1	56
Norcasia	Caldas	R	NO	SI	180,0	55
Funes	Nariño	R	NO	NO	187,7	53
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	203,0	49
Pácora	Caldas	R	NO	NO	223,7	44
El Guacamayo	Santander	R D	NO	NO	399,1	0

Tabla 35. Municipios rurales y dispersos con las tasas de mortalidad más altas por ERC. Fuente: Elaboración propia con datos de la CAC. (R: Rural; RD: Rural Disperso).

DIMENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA

Población afiliada a EPS's en vigilancia

El decreto 1018 de 2007, delegó a la Superintendencia Nacional de Salud para ejecutar acciones de inspección, vigilancia y control a las entidades que participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS (99). Dentro de las acciones que puede realizar se encuentran las siguientes (100):

- Intervención forzosa administrativa para liquidar.
- Intervención forzosa administrativa para administrar.
- Intervención técnica y administrativa.

Del total de municipios categorizados como rurales y rurales dispersos (691) al cierre de 2023, 520 seleccionados para el análisis representan el 87,1% de la población, con 8,6 millones de habitantes. Respecto al número de afiliados, representan el 89,0%, que corresponden a 7,1 millones de personas afiliadas.

Esta población se encuentra en su mayoría afiliada al sistema como usuarios del régimen subsidiado, que corresponden al 86,4% y el restante 13,6% pertenecen al régimen contributivo.

En este punto es relevante señalar que, respecto a la población del número de municipios seleccionados para el Índice de salud rural de la vigencia 2022, que fue 386, la población incrementó significativamente, considerando que la población de dichos municipios representó el 63,4% del total de afiliados entre los 691 municipios.

Respecto a la población afiliada al sistema en los 520 municipios, en la siguiente ilustración se observa la distribución por grupo de edades quinquenales.

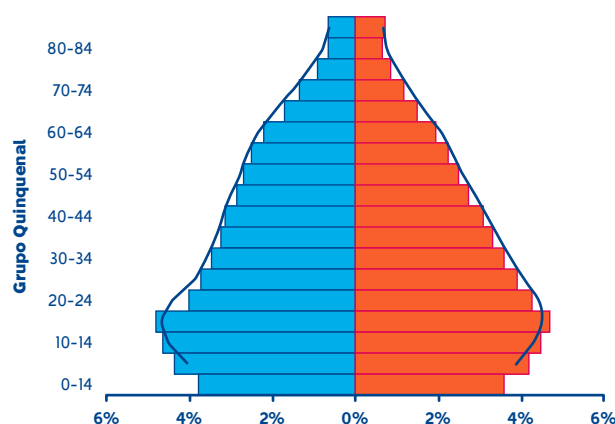


Gráfico 5. Pirámide poblacional de población afiliada en 520 municipios rurales y rurales dispersos. Fuente: Cubos SISPRO - BDUA

La forma de la pirámide es de base ancha y se estrecha en los grupos de mayores edades, da una idea de una población joven, con una alta proporción de niños y adolescentes, y baja de adultos y ancianos. Del total de población perteneciente a los 520 municipios, el 9,5% se concentran en la edad de los 15 a 19 años, seguido del grupo de 10 a 14 años que corresponden al 9,1% del total. Entre tanto, la población mayor de 60 años representa el 10,1%.

Del grupo de municipios analizados, solo para uno la cobertura con población afiliada a las EPS en vigilancia es

menor del 1%, quiere decir, la totalidad de los 520 municipios comprenden población afiliada en alguna EPS en vigilancia. 193 municipios tienen el 90% y más de población afiliada a una entidad sujeta a vigilancia y el 36,9% (192 municipios) cuenta con menos del 50% de su población adscrita a EPS en vigilancia. Se debe indicar que al cierre del primer semestre de 2024 se encontraban 7 entidades en media de intervención forzosa y 2 en vigilancia especial.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA A EPS EN VIGILANCIA				
PUNTAJES MÁS BAJOS				
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	% POBLACIÓN	PUNTAJE
Cumbitara	Nariño	R D	98%	1
La Llanada	Nariño	R	98%	1
Linares	Nariño	R	98%	1
Los Andes	Nariño	R	98%	1
Magüi	Nariño	R D	98%	1
Puerres	Nariño	R	98%	1
Bochalema	Norte de Santander	R	98%	1
California	Santander	R	98%	1
Puerto Parra	Santander	R D	98%	1
San José de Miranda	Santander	R	98%	1
Casabianca	Tolima	R	98%	1
Versalles	Valle del Cauca	R	98%	1
Maní	Casanare	R D	98%	1
Nunchía	Casanare	R D	98%	1
Pore	Casanare	R	98%	1
Sácama	Casanare	R D	98%	1
San Luis de Palenque	Casanare	R D	98%	1
El Rosario	Nariño	R	99%	1
Policarpa	Nariño	R D	99%	1
San Cayetano	Norte de Santander	R	99%	1
Los Santos	Santander	R D	99%	1
Tona	Santander	R D	99%	1

Villanueva	Casanare	R	99%	1
Calamar	Guaviare	R D	99%	1
El Retorno	Guaviare	R D	99%	1
Arcabuco	Boyacá	R	99%	0
Gameza	Boyacá	R	99%	0
Sora	Boyacá	R	99%	0
Sotaquirá	Boyacá	R D	99%	0
Viracachá	Boyacá	R	99%	0
Lenguzaque	Cundinamarca	R	99%	0
Une	Cundinamarca	R	99%	0
Hobo	Huila	R	99%	0
Palermo	Huila	R	99%	0
Palestina	Huila	R	99%	0
Tangua	Nariño	R D	99%	0
Yotoco	Valle del Cauca	R	99%	0
Carurú	Vaupés	R D	99%	0
El Peñol	Nariño	R	100%	0
La Florida	Nariño	R	100%	0

Tabla 36. Desempeño más alto y bajo en población afiliada a EPS en vigilancia. Fuente: Supersalud.

04

RESULTADOS GENERALES

El informe de medias (ver tabla 37) que se encuentra demarcado por quintiles, brinda un panorama resumido del comportamiento de las dimensiones por clúster, evidenciando un comportamiento deficitario en la dimensión de talento humano y un puntaje igualmente bajo para los dos primeros clústeres en protección financiera.

Los municipios que conforman el clúster 1 muestran los promedios más bajos del grupo distribuido por dimensiones, presentando mayor déficit en talento humano y protección financiera evidenciando las falencias tratadas a lo largo del documento, siendo la disponibilidad de talento humano el talón de Aquiles de la atención en zonas apartadas, si se suma a la precaria conexión digital y otro sin número de factores. Por otro lado, se encuentran los clusters 3 y 4 que presentan un mejor desempeño en las ocho dimensiones establecidas.

Los resultados por dimensión merecen una revisión más detallada en la matriz de datos que se encuentra en la página

de Así Vamos en Salud, dado que los valores que se presentan en acceso y efectividad de la atención, además de los resultados en salud, pueden sugerir que son desenlaces óptimos, no susceptibles de mejora, pero al momento de hacer zoom a cada uno de los eventos en su medida original se encuentran cifras que al comparar con otros niveles territoriales registran importantes déficits, dignos de toda la atención.

En los valores calculados mediante el proceso de estandarización, las dimensiones del eje de desempeño institucional y la dimensión de resultados en salud, presentan puntajes por encima de 80 y 90 puntos, que sugieren un mejor desempeño, pero que deben ser leídos con precaución, ya que como se manifiesta anteriormente, los mejores puntajes no siempre quieren decir un excelente resultado en su valor real.

INFORME DE MEDIAS

CLÚSTER	DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA	DIMENSIÓN MICROECONOMÍA	DIMENSIÓN SITUACIÓN DE SALUD	DIMENSIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD	DIMENSIÓN ACCESO	DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	DIMENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA	DIMENSIÓN RESULTADOS EN SALUD
1	50,4	24,2	75,4	2,5	88,8	84,8	17,8	89,9
2	53,1	72,9	76,0	2,3	87,5	86,4	19,2	90,2
3	49,1	23,4	76,0	1,2	91,9	86,5	72,3	89,9
4	44,5	69,3	72,8	1,6	87,8	86,8	76,5	90,2
Total	50,5	53,2	75,4	2,1	88,6	86,1	36,5	90,1

Tabla 37. Informe de medias por quintiles en las dimensiones del ISR.

Para el presente documento se observa al igual que el Índice Departamental en Salud (InDes) 2023, que el eje de condiciones iniciales o también llamada la puerta de entrada al sistema, presenta resultados deficientes en comparación de los otros dos ejes (ver tabla 38), siendo el clúster 1 el que presenta los puntajes más bajos, reiterando una vez más que las acciones intersectoriales son importantes y necesarias para que junto con el desempeño de las instituciones en salud, generen mejores resultados en el bienestar de la población.

INFORME DE MEDIAS			
CLÚSTER	EJE CONDICIONES INICIALES	EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EJE RESULTADOS EN SALUD
1	39,8	86,9	54,6
2	49,2	88,0	82,0
3	37,2	90,5	86,0
4	51,3	86,9	52,3
Total	45,4	87,6	63,5

Tabla 38. Informe de medias por quintiles en los ejes del ISR

Es importante resaltar que los resultados del índice son el producto del comparativo entre los integrantes del grupo de municipios rurales y rurales dispersos, por lo que no se puede considerar los puntajes máximos como perfectos ni los mínimos sin gestión, ya que sus valores en la escala original pueden presentar un comportamiento contrario, especialmente si se confronta con otros niveles territoriales, en el ejercicio se comparan los municipios entre sí estableciendo oportunidades de mejora o situaciones exitosas.

El resultado obtenido por cada uno de los 520 municipios genera una media de 66 puntos y revela que la muestra es relativamente homogénea (CV: 10%), con una baja dispersión alrededor de la media, escenario que se observa con mayor claridad al momento de clasificar por cuartiles los resultados

Cuartil 1

El primer cuartil contiene el 9% de los territorios, 49 municipios que en su mayoría pertenecen al clúster 2 (75%) y al clúster 3 (20%). Los municipios del clúster 2 que conforman este cuartil (ver tabla 38), pertenecen en su mayoría a Boyacá

(16,5%), Santander (15,5%), Cauca (8,7%), Antioquia (6,8%) y Norte de Santander (6,8%). De este grupo el 32,6% se encuentra catalogado dentro del grupo ZOMAC, el 26,5% en el grupo PDET y el 38,7 es catalogado como disperso, el restante como rural.

Cuartil 2

La mayoría de los municipios analizados se ubican en el segundo cuartil, el cual concentra el 90% de los territorios que contienen el 39,1% del clúster 4, el 33,7% del clúster 1 y en menor proporción los clusters restantes (13% cada uno).

Cuartil 3

En el extremo contrario se ubica el tercer cuartil, con el 1% restante, evidenciando una situación homogénea en gran parte del territorio nacional que no genera puntuaciones por debajo de 25 puntos. Cuartil compuesto por 3 municipios, Bolívar (Valle del Cauca), Bagadó (Chocó) y San José de Miranda (Santander), los 2 primeros catalogados como dispersos, pertenecientes también ambos al grupo ZOMAC y el último con el puntaje más bajo, catalogado como rural, no perteneciente a los grupos ZOMAC o PDET.

RESULTADO ÍNDICE DE SALUD RURAL (ISR): PRIMER CUARTIL									
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIF	PDET	ZOMAC	EJE_CI	EJE_DI	EJE_RS	ISR	CLÚSTER
Campohermoso	Boyacá	R D	NO	NO	57	93	95	82	2
Santafé de Antioquia	Antioquia	R	NO	NO	81	96	66	81	1
Nechí	Antioquia	R	SÍ	SI	50	95	94	80	2
Montecristo	Bolívar	R D	NO	SI	47	95	94	79	2
Boavita	Boyacá	R	NO	NO	52	96	88	79	2
Santa Bárbara de Pinto	Magdalena	R	NO	NO	43	97	96	79	2
Cumbal	Nariño	R D	NO	NO	56	87	94	79	2
Galán	Santander	R D	NO	NO	51	95	91	79	2
Guadalupe	Santander	R	NO	NO	53	93	90	79	4
Villagómez	Cundinamarca	R D	NO	NO	52	88	93	78	2
Coromoro	Santander	R D	NO	NO	50	90	93	78	2
Jesús María	Santander	R D	NO	NO	47	88	98	78	2
Dabeiba	Antioquia	R	SÍ	SI	56	86	89	77	2
Altos del Rosario	Bolívar	R	NO	NO	45	90	97	77	2
El Guamo	Bolívar	R	SÍ	SI	39	95	98	77	2
Páez	Boyacá	R D	NO	NO	47	88	96	77	2
San Mateo	Boyacá	R	NO	NO	51	95	86	77	2
Toribio	Cauca	R	SÍ	SI	51	84	95	77	2
El Paso	Cesar	R D	NO	NO	52	91	88	77	3
San Juan de Río Seco	Cundinamarca	R	NO	NO	52	97	83	77	2
Nueva Granada	Magdalena	R	NO	NO	45	97	89	77	2
Salamina	Magdalena	R	NO	NO	40	94	96	77	4
Castilla la Nueva	Meta	R	NO	NO	60	90	82	77	2
La Macarena	Meta	R D	SÍ	SI	43	93	95	77	3
Coloso	Sucre	R	SÍ	SI	41	97	93	77	3
Ovejas	Sucre	R	SÍ	SI	43	98	90	77	3
Pinillos	Bolívar	R D	NO	NO	46	87	96	76	2
Zambrano	Bolívar	R	SÍ	SI	38	95	94	76	3
Floresta	Boyacá	R	NO	NO	55	99	75	76	2
El Molino	La Guajira	R	NO	SI	57	86	86	76	2
Santa Ana	Magdalena	R	NO	NO	38	95	94	76	3
Cácota	Norte de Santander	R D	NO	NO	48	94	86	76	2

Albania	Santander	R D	NO	NO	45	89	95	76	4
Curití	Santander	R	NO	NO	54	97	78	76	2
Amalfi	Antioquia	R	SÍ	SI	51	97	76	75	2
Barranco de Loba	Bolívar	R	NO	NO	53	83	90	75	2
Córdoba	Bolívar	R D	SÍ	SI	37	92	97	75	3
Paya	Boyacá	R D	NO	SI	53	77	96	75	2
Jambaló	Cauca	R	SÍ	SI	50	77	97	75	2
Totoró	Cauca	R	NO	NO	50	84	90	75	2
La Jagua de Ibirico	Cesar	R	SÍ	SI	59	89	78	75	2
Canalete	Córdoba	R	NO	NO	44	93	88	75	2
Guamal	Magdalena	R D	NO	NO	42	91	91	75	3
Cucutilla	Norte de Santander	R D	NO	NO	49	88	88	75	2
Aratoaca	Santander	R D	NO	NO	40	97	89	75	2
Charalá	Santander	R	NO	NO	57	92	76	75	2
Contratación	Santander	R	NO	NO	52	85	88	75	2
El Guacamayo	Santander	R D	NO	NO	39	93	93	75	3
Tolú Viejo	Sucre	R	SÍ	SI	42	96	87	75	3

Tabla 39. Resultado del ISR, discriminado por ejes.

Correlaciones

Se realizó un procedimiento de correlaciones bivariadas calculando el coeficiente de Spearman en búsqueda de posibles relaciones entre las variables. Después de corrido el modelo se identificaron algunas relaciones muy bajas, bajas y moderadas, pero se hará referencia solamente a las 2 últimas.

Para la variable ZOMAC (Zonas de Mayor Conflicto Armado) se encuentran relaciones positivas entre moderadas y débiles con, prevalencia de VIH ($r=0,229$ $p< 0,000$), partos no institucionales ($r=0,202$ $p< 0,000$), cobertura triple viral ($r=0,223$ $p< 0,000$), control prenatal ($r=0,255$ $p< 0,000$), homicidios ($r=0,386$ $p< 0,000$) y municipios PDET ($r=0,567$ $p< 0,000$) (ver anexo 4). La correlación más fuerte se observa con los indicadores de PDET y homicidios, mientras que las correlaciones más débiles se encuentran en las otras variables. Cabe anotar que todas las correlaciones presentadas son estadísticamente significativas, indicando que las asociaciones observadas entre las variables no son producto del azar. Lo anterior sugiere una vez más la relación que tiene el conflicto armado en los resultados de salud.

En otras relaciones identificadas, se observa que los controles prenatales tienen una relación que, aunque baja es significativa con la mortalidad neonatal ($r=0,313$ $p< 0,000$), infantil ($r=0,282$ $p< 0,000$) y en la niñez ($r=0,272$ $p< 0,000$), de igual forma la vacunación con triple viral se relaciona de forma negativa con la mortalidad neonatal ($r= -0,239$ $p< 0,000$) y la mortalidad por EDA con la mortalidad en la niñez ($r= 0,235$ $p< 0,000$). Al revisar la protección financiera se observa también una débil relación con la prevalencia de ERC ($r= -0,386$ $p< 0,000$) y mortalidad de ERC ($r= -0,286$ $p< 0,000$), además de la toma de mamografía ($r= -0,310$ $p< 0,000$).

En todo el ejercicio se encontraron otras relaciones, pero se pueden considerar espurias ya que no cuentan con coherencia o plausibilidad biológica y no hay evidencias bibliográficas que las sustenten.

05

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones para la realización del presente índice fue la consecución de los datos en fuentes oficiales a nivel municipal, entendiendo que la cantidad total de municipios catalogados como rurales y rurales dispersos es de 691, no se alcanzó la totalidad de información de estos por lo que se tuvo que disminuir las variables propuestas que inicialmente eran 48 a 37, de los cuales se consiguió el 75,3% de los territorios, lo que se traduce en 520 municipios.

Una vez recopilada la información, se evidenció fallas en el cálculo de algunos indicadores en las fuentes oficiales, situación que retrasó el proceso. De igual forma, los datos recopilados, se esperaba que fueran todos del año 2023, pero desafortunadamente el último año de publicación de algunos indicadores era 1, 2 o incluso 3 años hacia atrás, razón por la cual se realizó el ejercicio de imputación de datos en los que se presentó dicha particularidad.

Otra de las limitaciones que se presentaron, fue la ausencia de información en algunas de las fuentes oficiales, razón por la cual se procedió a solicitar dicha información por derechos de petición.

06

CONCLUSIONES

GENERALES:

Es importante destacar la dificultad de obtener datos a nivel municipal, especialmente en las zonas rurales de Colombia. Una de las principales conclusiones es que la información no está disponible de manera completa y, en algunos temas específicos, simplemente no se encuentra. Asimismo, se identificó que, al buscar datos sobre resultados en salud, la información requerida suele estar disponible en mayor proporción. Sin embargo, la verdadera dificultad en la recolección de datos radica en aquellos que detallan las acciones del sistema sanitario, especialmente los relacionados con indicadores de protección específica y detección temprana.

El Departamento que contiene mayor presencia en los últimos 20 puntajes de la tabla es Santander con 6 municipios (San José de Miranda, Concepción, California, Suaita, Enciso y Cerrito), y evidencia resultados deficientes especialmente en el eje de condiciones iniciales.

Eje condiciones iniciales:

Una vez más, los datos evidencian la importancia de desarrollar un plan intersectorial efectivo que aborde de manera integral los problemas más complejos identificados en el eje de condiciones iniciales. Este plan debe optimizar los recursos de manera adecuada y garantizar un modelo de sostenibilidad a largo plazo, involucrando a la ciudadanía en la promoción de la equidad y la mejora continua.

En la dimensión de condiciones iniciales, el análisis revela que la conectividad a internet en los municipios rurales y dispersos de Colombia es significativamente baja. Un 37,4% de estos municipios tiene una cobertura de internet inferior al 1%, lo que resalta las disparidades en el acceso a tecnologías digitales entre las zonas urbanas y rurales, más aún cuando este servicio es totalmente indispensable para mejorar las coberturas y el acceso a la atención en salud.

Las desigualdades en la cobertura de servicios públicos básicos, como el acceso a acueducto y alcantarillado, siguen siendo evidentes. Sin embargo, los municipios ubicados en Zonas Más Afectadas por el Conflicto (ZOMAC) parecen contar con una mejor cobertura de alcantarillado en comparación con otras áreas rurales, lo que sugiere que los esfuerzos de reconstrucción y desarrollo han tenido un impacto positivo en estas regiones. Aun así, persiste una brecha significativa en la cobertura de saneamiento, lo que indica la necesidad de mayores inversiones y políticas focalizadas para garantizar un acceso equitativo a estos servicios esenciales.

El informe IRCA proporciona una evaluación clara y precisa de la calidad del agua para consumo humano y aunque se han logrado avances significativos, los desafíos persisten, especialmente en las zonas rurales y dispersas, dado que no debería haber en ninguna ubicación geográfica de Colombia, agua inviable para el consumo humano y que además se esté utilizando por las comunidades.

El análisis evidencia una situación crítica en la atención a la depresión en las zonas rurales y dispersas de Colombia, donde los servicios de salud mental son insuficientes y la cobertura es extremadamente baja. A pesar de que la depresión afecta de manera significativa a la población, con tasas de atención en su mayoría inferiores al 1%, los esfuerzos actuales son insuficientes, especialmente en territorios rurales que enfrentan las secuelas del conflicto armado y condiciones socioeconómicas adversas.

El fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención en las zonas apartadas es crucial para mejorar la calidad de vida, reducir inequidades en salud y enfrentar desafíos específicos de estas comunidades, lo que también influye directamente en la costo-efectividad del sistema de salud a largo plazo.

El análisis también evidencia una distribución altamente desigual en la densidad de médicos y enfermeros en Colombia, especialmente en las zonas rurales y dispersas. Mientras algunos municipios, como Santafé de Antioquia y Abejorral, presentan una densidad excepcionalmente alta de estos profesionales, la mayoría de los municipios rurales enfrentan una escasez crítica,

con menos de 10 médicos por cada 10.000 habitantes. Esta disparidad se refleja en el desempeño de los cuatro clústeres analizados, cuyas medias son considerablemente bajas. La baja densidad de médicos y enfermeros en municipios rurales y dispersos tiene serias implicaciones para la salud pública, esta escasez de personal de salud está llevando a un acceso limitado a servicios médicos y preventivos, lo que a su vez puede resultar en mayores tasas de morbilidad y mortalidad en estas comunidades. Cabe resaltar que el presente ejercicio se realizó con los profesionales que presentan mayor demanda, pero la escasez de talento humano se ve en todas las disciplinas que también necesitan ser visibilizadas para brindar una mejor atención médica y preventiva.

El informe refleja una preocupante situación en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de los municipios de Colombia, evidenciada por el aumento significativo de municipios clasificados en riesgo alto, pasando del 16,8% en 2022 al 37,3% en 2024. Este incremento denota una disminución en la capacidad de gestión efectiva en salud, lo que impacta negativamente el desempeño del sistema sanitario en estas regiones, particularmente en aquellas con acuerdos de saneamiento fiscal y financiero o con incumplimientos en sus programas.

Definitivamente la ubicación geográfica de los individuos afecta directamente su acceso a servicios de salud. Las áreas rurales y remotas enfrentan mayores desafíos debido a la falta de infraestructura vial y de transporte, lo que puede resultar en consecuencias graves para la salud.

Eje Desempeño Institucional

Los resultados obtenidos en el análisis del desempeño de las instituciones en salud en general fueron buenos, pero cabe resaltar que se requiere una combinación de inversión en infraestructura, capacitación, acceso, gestión eficiente y enfoque comunitario para mejorar en este aspecto, situación que disminuiría los reclamos que se realizan al sistema. La continua formalización de parteras y su inclusión en el talento humano reconocido por el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, es un avance importante en la descentralización de la oferta a los territorios apartados.

Es importante recuperar y mejorar las coberturas de vacunación que disminuyeron durante la época de pandemia y aumentar la cobertura de control prenatal en la población gestante, dado que son indicadores que en sus valores originales no son satisfactorios, especialmente si se comparan con las cifras departamentales. Si bien en Colombia se evidencia una alta cobertura de control prenatal con al menos una consulta (97%) y un desempeño general positivo en cuanto a 4 o más

controles (86.4%), persisten disparidades significativas entre regiones. Mientras que departamentos como Atlántico y Antioquia lideran con cifras superiores al 90%, otras regiones, principalmente aquellas con alta ruralidad y áreas dispersas como Vaupés, Guainía y Chocó, registran las tasas más bajas, con coberturas por debajo del 60%.

Eje de Resultados en Salud

A nivel municipal, algunos territorios rurales reportan valores bajos o nulos en los desenlaces de salud, mientras que en otros, las tasas extremadamente altas reflejan graves deficiencias sin justificación aparente. Esto es especialmente preocupante en indicadores trazadores como los maternoinfantiles.

Los municipios catalogados como zonas de mayor conflicto armado (ZOMAC), tienen una relación directa con muchos de los resultados negativos que se dan en salud, generando mayor morbimortalidad y menores coberturas de atención en los diferentes ámbitos.

Una vez más se confirma que las actividades de protección específica y detección temprana como la vacunación y el control prenatal tienen un impacto directo en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil.

Los desenlaces en salud situación de las zonas rurales de Colombia requieren un enfoque integral que mejore el acceso a servicios de salud, promueva estrategias de prevención y fortalezca la vigilancia epidemiológica. Esto es fundamental para abordar las inequidades existentes y garantizar una atención efectiva en estas comunidades vulnerables.

07

RECOMENDACIONES

Ejecución de un modelo intersectorial que permita el involucramiento de los diferentes sectores y la ciudadanía en la construcción equitativa de estrategias efectivas que impacten positivamente aquellos determinantes de la salud que en medio de su detrimento afectan directamente al bienestar de las poblaciones.

Los datos subrayan la urgente necesidad de desarrollar e implementar políticas públicas que no solo se enfoquen en reducir los costos de acceso a internet, sino también en mejorar la infraestructura en las zonas rurales y dispersas, promover la alfabetización digital, y asegurar que las comunidades más vulnerables puedan beneficiarse de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Estas políticas son esenciales para superar la brecha digital que ampliaría el panorama de acceso a los servicios de salud y promover un desarrollo equitativo en todo el país.

Para mejorar la situación de escasez o falta de agua potable, además de saneamiento ambiental adecuado, es esencial que se aumente la inversión en infraestructura de agua y saneamiento, especialmente en las zonas más vulnerables, como las rurales y dispersas o no municipalizadas. La implementación de tecnologías modernas de tratamiento de agua, la protección de las fuentes hídricas y la promoción de prácticas sostenibles son medidas clave para reducir los riesgos asociados con el IRCA. Además, es necesario fortalecer los sistemas de monitoreo y control que garanticen que los estándares de calidad del agua se cumplan de manera uniforme en todo el país.

Aunque existen estrategias internacionales, como el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, Colombia aún tiene grandes desafíos en la implementación de estos objetivos, incluyendo la promoción, prevención y acceso efectivo a servicios de salud mental. Los datos incompletos y la baja capacidad de respuesta en las regiones rurales reflejan inequidades persistentes en el sistema de salud.

Esta situación resalta la urgencia de fortalecer los sistemas de salud mental en estas áreas, mejorar los mecanismos de registro y atención, e implementar estrategias que logren un impacto sostenible en la población más vulnerable. Esto es

esencial para avanzar hacia la reducción de la carga de la depresión y sus consecuencias en las comunidades rurales.

Para fortalecer las acciones de promoción y prevención en los territorios rurales y dispersos, es necesario aumentar la inversión en infraestructura y recursos humanos especializados en salud rural, mejorar la conectividad para implementar estrategias de telesalud que superen barreras geográficas, fomentar la colaboración entre el gobierno, ONGs y la comunidad local, además de diseñar programas culturalmente adaptados, que incluyan a las diferentes comunidades, especialmente si son indígenas y afrodescendientes, lo que garantizará una atención más equitativa y sostenible en estas regiones.

Se recomienda fortalecer la capacidad de reporte y gestión de las ESE mediante capacitación técnica y financiera, por medio de la provisión de herramientas y formación a los funcionarios para cumplir con los requisitos de reporte y mejorar así su desempeño administrativo. De igual forma es importante contar con una Supervisión y acompañamiento continuo por medio de un sistema de monitoreo que garantice el cumplimiento de los programas de saneamiento fiscal y financiero de las instituciones. Por otro lado, es clave contar con Inversión en infraestructura y recursos lo que permite mejorar las condiciones de operación de las ESE en municipios con alto riesgo, priorizando las áreas rurales y más vulnerables. Por último y no menos importante es necesario Incentivar la descentralización con estrategias que fortalezcan la autonomía de las ESE locales, mejorando la planificación y asignación de recursos según sus necesidades específicas.

En cuanto al desempeño fiscal, el incremento de los recursos propios de los municipios creció, reduciendo la dependencia de las transferencias nacionales, por lo cual es relevante mantener un equilibrio de los ingresos dirigidos a los municipios, que permitan a los territorios mantener los niveles adecuados de recursos, fundamentales para financiar el desarrollo territorial.

Resulta indispensable evaluar y ajustar los protocolos de caracterización y/o de diligenciamiento del reporte de procedimientos y acciones en salud que son susceptibles de notificación al sistema de salud, ya que hay exceso de

registro en indicadores de protección específica y detección temprana, fenómeno que puede estar dado por la movilización de la población hacia el lugar geográfico donde se presenta la oferta, pero debe quedar claro el sitio de residencia de la persona para no saturar los indicadores.

Es importante recuperar la confianza de la ciudadanía en la institucionalidad en salud y se requiere de un enfoque integral que aborde tanto las necesidades inmediatas como las causas subyacentes de desconfianza, promoviendo un sistema de salud más inclusivo, transparente y eficiente.

Es fundamental implementar estrategias diferenciadas que incluyan el fortalecimiento del acceso a servicios prenatales mediante brigadas móviles y telesalud, especialmente en áreas rurales y dispersas, sensibilización comunitaria sobre la importancia de los controles prenatales para la salud materna e infantil e inversión en infraestructura y recursos humanos en zonas remotas para mejorar la oferta y calidad del servicio.

Se requiere una inversión en infraestructura de salud eficiente y costo-efectiva que mantenga un enfoque estratégico y que combine análisis de necesidades, planificación sustentada, además de un uso racional de recursos. Es crucial priorizar regiones con mayores carencias, implementar tecnologías como la telemedicina y diseños sostenibles, fomentando colaboraciones público-privadas para optimizar el impacto de dichas inversiones. Estas medidas garantizan un acceso equitativo a servicios de salud de calidad, especialmente en comunidades vulnerables, y maximizan los beneficios para la población mediante el uso inteligente de los recursos disponibles.

Es momento de implementar estrategias costo-efectivas que amplíen la accesibilidad de la población a los servicios de salud, reduciendo desigualdades y optimizando recursos disponibles. Una solución innovadora podría ser la creación de centros de salud digitales móviles, equipados con tecnologías avanzadas y conectados mediante internet satelital. Estas unidades serían capaces de atender comunidades rurales y dispersas, proporcionando servicios de diagnóstico, tratamiento básico, telemedicina y promoción de la salud. Además, el uso de paneles solares garantizaría una operación sostenible y respetuosa con el medio ambiente, asegurando la continuidad del servicio incluso en las zonas más remotas.

08

BIBLIOGRAFÍA

1. **Manterola, T. O.** (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 227 - 232. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

1. **Dominguez Serramo Monica, et al.** *Una revisión crítica para la construcción de indicadores sintéticos.* junio de 2011, Rev. Métodos cuantitativos para la economía y la empresa, págs. 41-70p. ISSN: 1886-516X..

2. **DNP.** *El Campo Colombiano: Un camino hacia el bienestar y la paz.* Bogotá : s.n., 2015. pág. 321p. Vol. Tomo I. ISBN Tomo I: 978-958-8340-93-7.

3. **Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.** Decreto 893. Bogotá, Colombia : s.n., 28 de 05 de 2017.

4. **Gobierno de Colombia.** Renovación del Territorio. *Voces PDET: Las comunidades hablan de sus territorios.* [En línea] [Citado el: 15 de 03 de 2022.] https://www.renovacionterritorio.gov.co/especiales/especial_pdet/#descargables.

5. —. *ABC PDET.* 2021.

6. **Ministerio de Hacienda y Crédito Público.** Decreto 1650. Bogotá , Colombia : s.n., 09 de 10 de 2017.

7. **Fedepalma.** *Mecanismos Tributarios para las ZOMAC (Ley 1819 de 2016).* Bogotá : s.n., 2016. pág. 44p. ISBN: 978-958-5492-00-4.

8. **Organización Panamericana de la Salud.** *Conectividad y ancho de banda: Conectividad y ancho de banda salud pública.* 2021.

9. **Broadband commission.** Objetivos de promoción de la banda ancha para 2025. [En línea] 2011. [Citado el: 15 de 05 de 2024.] <https://www.broadbandcommission.org/advocacy-targets/>.

10. **International Telecommunication Union and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.** *State of Broadband Report 2022: Accelerating*

broadband for new realities. Geneva : s.n., 2022. pág. 107p. 978-92-61-36761-9 (eBook version).

11. —. *The Broadband Commission for Sustainable.* Geneva : s.n., 2023. pág. 55p. ISBN: 978-92-61-38401-2 .

12. **Unión Internacional de Telecomunicaciones.** ICT Price Basckets (IPB). *Estadísticas de la UIT.* [En línea] 2024. [Citado el: 15 de 05 de 2024.] <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Dashboards/Pages/IPB.aspx>.

13. **Naciones Unidas.** Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Agua limpia y saneamiento.* [En línea] [Citado el: 01 de 06 de 2024.] <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/water-and-sanitation/>.

14. **ONU.** *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023.* New York : s.n., 2024. PDF ISBN: 9789210024938.

15. **Agua, OMS / ONU -.** La OMS y ONU-Agua lanzan el informe Análisis y evaluación mundial del saneamiento y el agua potable (GLAAS) 2022 de ONU-Agua. *Se necesitan medidas aceleradas para garantizar agua potable, saneamiento e higiene para todos.* [En línea] 14 de 12 de 2022. [Citado el: 13 de 05 de 2024.] <https://www.sanitationandwaterforall.org/news/who-and-un-water-launch-un-waters-global-analysis-and-assessment-sanitation-and-drinking-water>.

16. **OMS.** Depresión. [En línea] 31 de 03 de 2023. [Citado el: 16 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

17. —. Salud Mental. [En línea] 2021. [Citado el: 14 de 06 de 2024.] <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>.

18. —. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.* Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2022. pág. 44p. ISBN 978-92-4-005018-1.

19. **Piñeros-Ortiz S, Moreno-Chaparro J, Garzón-Orjuela N, Urrego-Mendoza Z, Samacá-Samacá D, Eslava-Schmalbach J.** *Consecuencias de los conflictos*

armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisión de la literatura. (3), Bogotá : s.n., septiembre de 2021, Rev. Biomédica INS, Vol. 41, págs. 5447-5448.

20. **STEEL, Zachary, et al.** *Asociación de la tortura y otros eventos potencialmente traumáticos con consecuencias para la salud mental en poblaciones expuestas a conflictos masivos y desplazamientos: una revisión sistemática y metaanálisis.* N° 5, 2009, JAMA, Vol. Vol. 32, págs. p. 537-549.

21. **OPS / OMS.** La carga de enfermedades renales en la Región de las Américas, 2000-2019. *nivel por país.* [En línea] Portal de Datos ENLACE, 2021. [Citado el: 10 de 05 de 2024.] <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>.

22. **OMS.** VIH y sida. [En línea] 13 de 07 de 2023. [Citado el: 20 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

23. **OPS.** VIH/SIDA. [En línea] 2022. [Citado el: 02 de 05 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/vih sida>.

24. **OMS.** VIH. [aut. libro] Organización Mundial de la Salud. *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030.* Ginebra : s.n., 2022, Cap. 4.

25. —. Enfermedades diarreicas. [En línea] 07 de 03 de 2021. [Citado el: 10 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

26. —. Saneamiento. *Datos y cifras.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 22 de 03 de 2024. [Citado el: 25 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>.

27. **Instituto Nacional de Salud.** *Boletín epidemiológico semanal: semana epidemiológica 52_24 al 30 de diciembre de 2023.* Bogotá : s.n., 2023. pág. 35p. ISSN 2357-6189 .

28. **OMS.** Global Health Estimates. [En línea] 2024. [Citado el: 13 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/gho-ghemortality-and-global-health-estimates>.

29. **Saeid Safri, et al.** *Global burden of lower respiratory infections.* 09 de 01 de 2023, Frontiers in Public Health, Vol. Vol. 10.

30. **Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino (ACCP).** *Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual para gestores.* Seattle : ACCP, 2006. pág. 288P.

31. **OMS.** Sitio web mundial Sitios web regionales. *Datos y cifras.* [En línea] 17 de 11 de 2023. [Citado el: 15 de 03 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.

32. **PAHO / OMS.** Cáncer de cuello uterino. [En línea] Pan American Health Organization. [Citado el: 15 de 03 de 2024.] <https://www.paho.org/en/topics/cervical-cancer>.

33. **Fontham Elizabeth TH, et al.** *Detección del cáncer de cuello uterino en personas con riesgo promedio: actualización de las directrices de 2020 de la Sociedad Estadounidense del Cáncer.* N° 5, Septiembre / octubre de 2020 de 2020, A *cáncer Journal for Clinicians*, Vol. Vol. 70, págs. p321-346.

34. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Cáncer de cuello uterino. [En línea] [Citado el: 25 de 03 de 2024.] <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-cuello-uterino.aspx>.

35. **OMS.** Cáncer cervicouterino. *Sinopsis.* [En línea] [Citado el: 25 de 03 de 2024.] https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.

36. **Breastcancer.org.** Mamografías: cómo funcionan y por qué son importantes. [En línea] 05 de 06 de 2024. [Citado el: 10 de 07 de 2024.] <https://www.breastcancer.org/es/pruebas-deteccion/mamografias>.

37. **Liga Colombiana Contra el Cáncer.** Aplicación de pruebas de tamización: mamografía. [En línea] 2022. [Citado el: 25 de 05 de 2024.] <https://www.ligacancercolombia.org/campanas/estrategias-de-deteccion-temprana-cancer-de-mama/#:~:text=En%20Colombia%20la%20toma%20de,Plan%20de%20Beneficios%20de%20Salud..>

38. **OECD / The World Bank.** *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.* s.l. : OECD Publishing, 2020. pág. 160p. ISBN 978-92-64-49403-9 .

39. **OMS.** Violencia contra la mujer. *Datos y cifras.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 08 de 03 de 2021. [Citado el: 14 de 06 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

40. **UN Women.** Base de datos mundial sobre la violencia contra la mujer. *Datos .* [En línea] 2022. [Citado el: 21 de 06 de 2024.] <https://data.unwomen.org/global-database-on-violence-against-women/country-profile/Colombia/cedaw#countrycedaw-datacont>.

41. **PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).** *Informe sobre Desarrollo Humano 2023-24:*

Romper el estancamiento: reimaginar la cooperación en un mundo polarizado. New York : s.n., 2024. pág. 52P.

42. **Forensis.** *Lesiones de Causa Externa en Colombia enero a diciembre de 2023 preliminar.* Bogotá : s.n., 2023.

43. **Procuraduría General de la Nación / Instituto de Estudios del Ministerio Público.** *Violencia Intrafamiliar: un análisis de la política pública.* Bogotá : s.n., 2023. pág. 40p, Documento de trabajo.

44. **Forensis.** *VIOLENCIA INTRAFAMILIAR - Impacto social de la Violencia Intrafamiliar.* Bogotá : s.n., 2007.

45. **Alcaldía de Bogotá: integración social.** ¿Qué es la violencia intrafamiliar y cómo se puede prevenir? [En línea] 10 de 05 de 2021. [Citado el: 13 de 05 de 2024.] <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/que-es-la-violencia-intrafamiliar-y-como-se-puede-prevenir>.

46. **OPS / OMS.** *Violencia contra las niñas y los niños.* [En línea] [Citado el: 13 de 06 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>.

47. —. *Las adolescentes se enfrentan a tasas alarmantes de violencia de pareja.* [En línea] 30 de julio de 2024. [Citado el: 05 de agosto de 2024.] <https://www.paho.org/es/noticias/30-7-2024-adolescentes-se-enfrentan-tasas-alarmantes-violencia-pareja>.

48. **OMS.** *WHA 69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030.* Bogotá : s.n., 2016. pág. 5p, SIXTY-NINTH World Health Assembly.

49. **Antillón, Juan Jaramillo.** *La importancia de ser médico.* N°2, Costa Rica : s.n., abril / junio de 2017, Rev. Acta Médica Costarricense, Vol. Vol. 59. ISSN 0001-6002.

50. **OMS.** *Base de datos de las Cuentas nacionales del personal sanitario. Ginebra.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 20 de 05 de 2024. [Citado el: 13 de 06 de 2024.] <https://apps.who.int/nhwportal>, <https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence>.

51. **SISPRO.** *Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS).* Bogotá : s.n., 2024.

52. **OPS / OMS.** *Enfermería y partería.* [En línea] Organización Panamericana de la Salud, 2022. [Citado el: 24 de 05 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria#:~:text=Trabajan%20en%20la%20primera%20%C3%ADnea,la%20respuesta%20a%20las%20emergencias.>

53. **Congreso de Colombia.** *Ley 1438 de 2011.* Bogotá . 2011. pág. p51.

54. **Observatorio de Transparencia y Anticorrupción.** *Fiscal - IDF.* Bogotá : s.n., 2020.

55. **DNP.** *Información Fiscal y Financiera.* Bogotá : s.n., 2022.

56. **UNFPA / OMS / International Confederation of Midwives.** *El estado de las matronas en el mundo 2021.* [ed.] Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York : s.n., 2021. pág. 80p. ISBN: 9789210058537.

57. **UNFPA / DANE.** *Partería tradicional y su incorporación en las estadísticas vitales de Colombia.* 2023. pág. 58p. Vol. N° 3.

58. **Sierra Porto, Humberto Antonio y Robledo Silva, Paula y Gonzalez Medina Diego Andrés.** *Garantías judiciales de la Constitución.* Bogotá : Universidad Externado de Colombia, 2023. pág. 24p. ISBN: 9786287676015.

59. **Corte Constitucional.** *Tutelas: derechos demandados.* [En línea] 04 de 06 de 2024. [Citado el: 14 de 07 de 2024.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>.

60. **SISPRO.** *Indicadores MOCA: gestión del riesgo.* [En línea] [Citado el: 15 de 05 de 2024.] <https://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/>.

61. **Minsalud.** *MinSalud hace un llamado a familiares y cuidadores para poner al día el esquema de vacunación contra sarampión en niños y niñas de todo el país.* *Boletín de prensa.* [En línea] 01 de 03 de 2024. [Citado el: 04 de 05 de 2024.] <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-hace-un-llamado-a-actualizar-vacunas-contra-sarampion-en-menores.aspx>.

62. **OPS / OMS.** *Datos y estadísticas de inmunización.* [En línea] [Citado el: 14 de 05 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion>.

63. **OPS.** *Inmunización en las Américas_resumen 2023.* 2023. pág. 12p.

64. **OMS.** *Mortalidad neonatal. Datos y cifras.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 14 de 03 de 2024. [Citado el: 15 de 06 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>.

65. —. *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.* *Comunicado de prensa.* [En línea] 07 de 10 de 2016. [Citado el: 10 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news/>

item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who.

66. —. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. [En línea] 23 de 02 de 2023. [Citado el: 12 de 04 de 2024.] <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>.

67. **Ministerio de Salud y Protección Social.** . RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018. 2018.

68. **OMS.** Meta 3.1 de los ODS Mortalidad materna. [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2024. [Citado el: 15 de 06 de 2024.] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>.

69. —. Tasa de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos). [En línea] 2024. [Citado el: 14 de 07 de 2024.] <https://data.who.int/indicators/i/AC597B1>.

70. **Así Vamos en Salud.** Salud Sexual y Reproductiva. *Razón de mortalidad materna*. [En línea] 19 de 02 de 2024. [Citado el: 15 de 06 de 2024.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-sexual-y-reproductiva/razon-de-mortalidad-materna-georeferenciado>.

71. **OMS, UNICEF, UNFPA.** *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023*. Ginebra : s.n., 2023. pág. 46p. ISBN 978-92-4-007367-8.

72. **INS.** *Informe de Evento 2023 - Mortalidad Perinatal y Neonatal*. Bogotá : s.n., 2023.

73. **OPS / PMS .** Salud del niño. [En línea] Organización Panamericana de la Salud . [Citado el: 23 de 06 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>.

74. **OMS.** La mortalidad infantil alcanzó un mínimo mundial histórico en 2022, según un informe de las Naciones Unidas. [En línea] 13 de 03 de 2024. [Citado el: 28 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news/item/13-03-2024-global-child-deaths-reach-historic-low-in-2022---un-report>.

75. **Banco Mundial.** Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births) - Latin America & Caribbean. [En línea] [Citado el: 15 de 05 de 2024.] <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=ZJ>.

76. **Así Vamos en Salud.** Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años - Georeferenciado. [En línea] 06 de 08 de 2024. [Citado

el: 15 de 08 de 2024.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-georeferenciado>.

77. **OMS.** *Metas mundiales de nutrición 2025_ Documento normativo sobre bajo peso al nacer*. Ginebra : s.n., 2017.

78. **AsíVamosenSalud.** Seguridad alimentaria y nutricional. *Prevalencia de bajo peso al nacer_georeferenciado*. [En línea] 14 de 08 de 2024. [Citado el: 17 de 08 de 2024.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/seguridad-alimentaria-y-nutricional/prevalencia-de-bajo-peso-al-nacer>.

79. **OMS.** Cáncer de mama. *Datos y cifras*. [En línea] 13 de 03 de 2024. [Citado el: 14 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.

80. **OPS / OMS.** La Carga de Cánceres Malignos. [En línea] 2020. [Citado el: 23 de 04 de 2024.] <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>.

81. —. Cáncer de mama. [En línea] [Citado el: 24 de 05 de 2024.]

82. **OMS / OPS.** *Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Washington, DC : s.n., 2014. pág. 62p. ISBN: 978-92-75-31833-1.

83. **OMS.** *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública*. [ed.] Organización Mundial de la Salud. Ginebra : s.n., 2022. pág. 56p. ISBN: 978-92-4-003912-4.

84. —. Cáncer de cuello uterino. *Datos y cifras*. [En línea] 17 de 11 de 2023. [Citado el: 15 de 03 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.

85. —. Traumatismos causados por el tránsito. *Datos y Cifras*. [En línea] 13 de 12 de 2023. [Citado el: 01 de 04 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.

86. *The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries*. **Chen S, Kuhn M, Prettnner K, Bloom DE.** N° 9, 09 de 2019, The Lancet Planetary Health [Internet], Vol. 3, págs. e390-e398.

87. **OPS.** La carga de las lesiones en la carretera. [En línea] [Citado el: 25 de 04 de 2024.] <https://www.paho.org/en/enlace/burden-road-injuries>.

88. **OMS.** Datos. *Tasa de mortalidad por homicidio (por 100 000 habitantes)*. [En línea] [Citado el: 25 de 04 de 2024.] <https://data.who.int/es/indicators/i/60A0E76/361734E>.
89. **Antonio Sanhueza, et al.** *El homicidio entre la población joven de los países de las Américas*. 2023, Pan American Journal of Public Health. ISSN: 1680 5348.
90. **OMS.** Suicidio. [En línea] 17 de 06 de 2021. [Citado el: 24 de 04 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
91. **OPS / OMS.** Carga de suicidio en la Región de las Américas. Portal de datos ENLACE. [En línea] Organización Panamericana de la Salud., 2021. [Citado el: 15 de 04 de 2024.] <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>.
92. **Defensoría del Pueblo.** Defensoría del Pueblo alerta crisis de salud mental en niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el Vaupés. [En línea] 08 de 08 de 2023. [Citado el: 03 de 05 de 2024.] <https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-alerta-crisis-de-salud-mental-en-ni%C3%B1os-adolescentes-y-j%C3%B3venes-en-el-vaup%C3%A9s>.
93. **OMS.** Enfermedades diarreicas. *Datos y cifras*. [En línea] 07 de 03 de 2023. [Citado el: 23 de 05 de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
94. **Unicef.** Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene en los hogares 2000-2022: especial atención a la cuestión de género. [En línea] 05 de 07 de 2023. [Citado el: 23 de 05 de 2024.] <https://data.unicef.org/resources/jmp-report-2023/>.
95. **OPS.** *Curso de Agentes Comunitarios de salud: Guía del facilitador*. Washington : s.n., 2010. ISBN: 978-92-75-33064-7.
96. **IHME.** Enfermedad renal crónica: causa de nivel 3. *Global Health Metrics*. [En línea] 2021. [Citado el: 23 de 05 de 2024.] <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-chronic-kidney-disease-level-3-disease>.
97. **Meike Ying, et al.** *Carga de enfermedad y tendencias epidemiológicas de la enfermedad renal crónica a nivel mundial, regional y nacional de 1990 a 2019*. 15 de 08 de 2023, Rev. Nephron.
98. **Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo.** *Población con enfermedad renal crónica. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2023*. Bogotá : s.n., 2024, págs. 60-78p.
99. **Presidencia de la República.** . . *Decreto 1080 de 2021*. Bogotá : s.n., 2021.
100. **Pachón Garzón, Flor Marina y Rocha Acero, Magda Lizeth.** *Inspección, vigilancia y control de las entidades sometidas a procesos de intervención forzosa administrativa*. Bogotá : s.n., enero - junio de 2012, Rev. Superintendencia Nacional de salud., Vol. N° 1.
101. **OMS / Unicef.** *Informe sobre la evaluación mundial del abastecimiento en 2000*. Ginebra : s.n., 2000. pág. p35. ISBN 92 4 356202 9.
102. **UNDP.** *Los ODS en Acción*. 2022.
103. **WHO / UNICEF JMP.** *PROGRESS ON HOUSEHOLD DRINKING WATER, SANITATION AND HYGIENE 2000-2020*. 2021. ISBN 978-92-4-003084-8.
104. **Naciones Unidas.** *CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES*. Ginebra : s.n., 2002.
105. **OMS / Unicef / Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation.** *Informe sobre la Evaluación Mundial del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento en 2000*. Ginebra : s.n., 2000.
106. **WHO, Unicef, JMP.** *Progress on household drinking water, sanitation and Hygiene 2000-2020*. 2021. ISBN 978-92-4-003084-8.
107. **Bahillo, L.** *Historia de Internet: cómo nació y cuál fue su evolución*. 17 de 05 de 2022, Marketing 4 Ecommerce – Tu revista de marketing online para e-commerce. .
108. **Van Dijck, José.** *La cultura de la conectividad*. ISBN: 978-987-629-669-4, Buenos Aires : siglo XXI, 2016.
109. **Statista.** *Tasa de penetración de Internet en enero de 2021, por área geográfica*. 2022.
110. **DANE.** *Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020*. Bogotá : s.n., 2021.
111. **MinTIC.** *Boletín Trimestral de las TIC cifras primer trimestre de 2021*. Bogotá : s.n., 2020. pág. 50p.
112. **Departamento Administrativo de la Función Pública.** *Decreto 1575 de 2007*. Bogotá : s.n., 2007. pág. 9p.

113. **MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL Y MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.** *Resolución 2115 de 2007.* Bogotá : s.n., 2007. pág. 37p.
114. **Gobierno de Colombia.** *Informe Nacional de Calidad del Agua par Consumo Humano (INCA 2020).* Bogotá : s.n., 2020. pág. 133p.
115. **Celade / Cepal.** Tasa de Analfabetismo. [En línea] [Citado el: 28 de 04 de 2022.] https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/sisppi/webhelp/tasa_de_analfabetismo.htm.
116. **Universidad de Antioquia.** El nuevo concepto de analfabetismo. [En línea] 11 de 10 de 2019. [Citado el: 22 de 04 de 2022.] https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fY8xD4JADIX_igsj6al46kgcTlyDgzFwi6lQtQRXQw7iz_fQwbI4NH0vX19ewUAGxmLPF_QsFqugc6OPi-VqMk4TtVU60SrVu2Q2n6yn-4OCDZj_QEjgW9OYFEwh1tPTQ-bk4bHqSsJIYfurrLLTZx_myIrngrGNIPvacikD.
117. **Presidencia de la República de Colombia.** *Ministerio de Educación Nacional e Icetex convocan a entidades territoriales a postular estrategias de alfabetización a población mayor de 15 años.* Bogotá : s.n., 2020.
118. **The World Bank.** Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above). [En línea] 09 de 2021. [Citado el: 15 de 05 de 2022.] <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS>.
119. **OPS.** *Enfermedad crónica del riñón.* 2022. Hoja informativa.
120. **MM, Lopera-Medina.** *La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* (30), Bogotá : s.n., enero - junio de 2016, Rev. Gerenc. Polít. Salud., Vol. 15, págs. 212 - 233.
121. **Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).** *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020.* Bogotá : s.n., junio de 2021. ISSN: 2322-6323.
122. **PAHO.** Depresión. [En línea] [Citado el: 14 de 05 de 2022.] <https://www.paho.org/en/topics/depression>.
123. **OMS.** La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo. [En línea] 02 de 03 de 2022. [Citado el: 15 de 05 de 2022.] <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
124. —. Enfermedades diarreicas. *Datos y cifras.* [En línea] 02 de 05 de 2017. [Citado el: 24 de 03 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
125. **INS.** *Informe de evento, Enfermedad Diarreica Aguda Colombia, 2020.* Bogotá : s.n., 2020.
126. **INS.** *Informe del evento infección respiratoria aguda, Colombia 2020.* Bogotá : s.n., 2020.
127. **Ministerio de Salud y Protección Social / UNFPA.** *Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV).* Bogotá D.C. : s.n., 2012. ISBN: 978-958-8735-07-8.
128. **Culturizando.com.** Historia del VIH y Sida, cronología de una epidemia. [En línea] 23 de 04 de 2022. [Citado el: 26 de 03 de 2022.] <https://culturizando.com/historia-del-vih-y-sida/>.
129. **OMS.** VIH/sida. *Datos y cifras.* [En línea] 30 de 11 de 2021. [Citado el: 15 de 03 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
130. **ONUSIDA.** *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.* Ginebra : s.n.
131. **OPS / OMS.** *Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021.* Washington, D.C. : s.n., 2016. 55.º CONSEJO DIRECTIVO: 68.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS.
132. **Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC).** *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020.* Bogotá : s.n., Mayo de 2021. ISSN: 2344-7702.
133. **Alcaldía de Armenia.** *Armenia es líder en detección de VIH sida en el país.* Armenia : s.n., 2019.
134. **United Nations.** *Declaration on the Elimination of Violence against Women.* New York : s.n., 1993. Resolución 48/104 de la Asamblea General.
135. **OMS.** Preguntas y respuestas: violencia contra la mujer durante la pandemia de COVID-19. [En línea] 15 de 04 de 2020. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/violence-against-women-during-covid-19?gclid=CjwKCAjww0-WBhAMEiwAV4dybWakr9GMnjjGZjUbJ3crBhBkpxHNIuS-qDXscbFhSZuZ5BiRZ9hsWBoCaU8QAvD_BwE.

136. **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL EN COLOMBIA, AÑO 2020.* Bogotá : s.n., 2020.
137. **Observatorio Femicidios Colombia.** *Boletín nacional Colombia. Viva nos queremos.* Bogotá : s.n., 2020.
138. **CDC.** Cáncer de mama. *¿Qué es una mamografía?* [En línea] 20 de 09 de 2021. [Citado el: 28 de 04 de 2022.] https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/mammograms.htm.
139. **OECD.** Datos de la OCDE. *Máquinas de mamografía.* [En línea] 2020. [Citado el: 05 de 05 de 2022.] <https://data.oecd.org/healthqt/mammography-machines.htm>.
140. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Diario Oficial. Anexo técnico de la Resolución No. 3280 de 2018.* 2018.
141. **OMS.** *Globocan .* 2021. world-fact-sheets.
142. **Defensoría del pueblo.** *Violencia Intrafamiliar.* Bogotá : s.n.
143. **Benítez Norma, Houdin Celeste y Meza Nelly.** *Construyendo Ciudadanía_ La Atención Intermedia.* Asunción : s.n., 2005. pág. p27.
144. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 755 de 2022.* Bogotá : s.n., 2022.
145. **Hipócrates.** *Aforismos y Sentencias.* pág. 184p.
146. **Jaramillo Antillón, Juan.** *La importancia de ser médico.* N°2, San José : s.n., abril - junio de 2017, Acta Médica Costarricense, Vol. Vol. 59. ISSN 0001-6012/2017/59/2/48-49.
147. **Congreso de Colombia.** *Ley 1438 de 2011.* Bogotá : s.n., 2011. pág. 51p.
148. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 1342 de 2019.* Bogotá : s.n., 2019. pág. 25p.
149. **Observatorio de Transparencia y Anticorrupción.** *Fiscal - IDF.* [En línea] 2020. <http://2020.anticorruptcion.gov.co/Paginas/indice-desempeno-fiscal.aspx#:~:text=Esta%20es%20una%20medida%20del,de%20financiamiento%20del%20gasto%20corriente..>
150. **DNP.** *Índice de Pobreza Multidimensional (IPM-Colombia) 1997-2008 y meta del PND.* Bogotá : s.n., 2011.
151. **OPHI and University of Oxford.** Using Multidimensional Poverty and Vulnerability Indices for Equitable Policy- Making in the Context of Health Emergencies. *Multidimensional Poverty Peer Network.* 04 de 02 de 2022.
152. **DANE.** *Nota metodológica Índice de Pobreza Multidimensional-Agregado PDET.* Bogotá : s.n., 2021. pág. 12p.
153. —. *Boletín Técnico: Pobreza multidimensional en Colombia 2020.* Bogotá : s.n., 2021.
154. **Salinas Miralles, Eva María.** *Emil Behring. In memoriam.* N° 72, Aguascalientes : s.n., 2017, Rev. Investigación y Ciencia, Vol. Vol. 25, págs. pp. 129-130.
155. **Minsalud.** *Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT).* Bogotá : s.n.
156. *Vacuna pentavalente y coberturas de vacunación en menores de un año. Colombia 2000-2003.* **Rojas Sotelo, Jaid C. y Prieto Alvarado, Franklyn E.** Sup. (1), Bogotá : s.n., Mayo de 2006, Rev. Salud pública, Vol. Vol. 8, págs. 71-85.
157. **OMS.** La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal.* [En línea] 2016. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
158. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018.* Bogotá : s.n., 2018, pág. p265.
159. **Rossi, Buenaventura Francisco.** *Mortalidad Materna .* Bogotá : s.n., 2000, Rev. Salud Colombia.
160. **De la Torre Palomo, Mª Teresa.** *La atención al parto no hospitalario.* España : s.n.
161. **Defensoría del pueblo.** *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020.* Bogotá : s.n., 2021. ISSN: 2462-8514.
162. **OMS.** *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM.* Ginebra : s.n., 2012. pág. P9. ISBN 978 92 4 154845 8.
163. —. *Mortalidad Materna.* [En línea] septiembre de 2019. [Citado el: 02 de 03 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
164. **Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., Fat, D. M., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., Say, L., & United Nations Maternal**

Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group (2016).

Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. London : s.n., Lancet, Vol. 387(10017), págs. 462–474.

165. **Asi Vamos en Salud.** Indicadores de salud: Razón de mortalidad materna georeferenciado. [En línea] 28 de 04 de 2022. <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-sexual-y-reproductiva/razon-de-mortalidad-materna-georeferenciado>.

166. **Naciones Unidas.** *Levels and Trends in Child Mortality: 2020 Report.* 2020.

167. **World Bank.** *Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) - Colombia.* 2020.

168. **OMS.** *Update 67 – COVID-19 in children and adolescents.* 2021.

169. **Millward, J.** *Estimated impact of the 2020 economic downturn on under-5 mortality for 129 countries.* 2022.

170. **OMS.** Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. . [En línea] 2020. [Citado el: 20 de 05 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.

171. **Naciones Unidas.** *Levels and Trends in Child Mortality: 2020 Report.* [En línea] 2020. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme-.pdf.

172. **OMS.** *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud : s.n., 2017. (WHO/NMH/NHD/14.5) Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO..

173. **Stanford Children’s Health.** Bajo peso de nacimiento. [En línea] [Citado el: 25 de 05 de 2022.] stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=low-birth-weight-90-P05491.

174. **WHO.** Global Cancer Observatory. *Cancer Today.* [En línea] WHO, diciembre de 2020. [Citado el: 15 de 01 de 2022.] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.

175. **OMS.** *Cancer Today.* [En línea] 2020. [Citado el: 03 de 04 de 2022.] <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>.

176. **CAC.** *Cáncer. MAGNITUD, TENDENCIA Y ACCESO A LOS SERVICIOS 2020.* 2020.

177. **WHO.** *Global status report on road safety 2018: Summary.* Ginebra : (WHO/NMH/NVI/18.20)., 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)..

178. **OECD.** *Road Safety Annual Report 2020.* 2020.

179. **DANE.** *(Lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS).* 2020.

180. **Mintransporte.** *Comparativo Internacional IRTAD.* Bogotá : s.n., 2020.

181. **Insight Crime.** *Balance de Insight Crime de los homicidios en 2021.* 2022.

182. **Naciones Unidas.** *Datos UNODC.* 2020.

183. *Decreto 1080 de 2021.* **Presidencia de la República.** Bogotá : s.n., 2021.

184. *Inspección, vigilancia y control de las entidades sometidas a procesos de intervención forzosa administrativa.* **Pachón Garzón, Flor Marina y Rocha Acero, Magda Lizeth.** N° 1, Bogotá : s.n., enero - junio de 2012, Rev. Superintendencia Nacional de salud.

185. **IHME.** *The Lancet: Las últimas estimaciones mundiales de enfermedades revelan una tormenta perfecta de enfermedades crónicas en aumento y fallas en la salud pública que alimentan la pandemia de COVID-19.* 2020.

186. **Salud, Instituto Nacional de.** *Boletín Epidemiológico Semanal - Compartamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda en Colombia (Semana 19).* 2022.

187. **OPS.** *Unidad de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria-Manual para Agentes Comunitarios Voluntarios de Salud.* 2012.

188. **Salud, Instituto Nacional de.** *Boletín Epidemiológico Semanal - Infección respiratoria aguda en Colombia.* 2022.

189. **Cuenta de Alto Costo (CAC).** *Informe especial: Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de la salud ERC 2022.* 2021.

190. **Así Vamos en Salud.** *Tasa de Suicidio Georeferenciado.* 2022.

191. **García Peña, John Jairo et al.** *El suicidio una mirada integral e integradora.* Medellín : Fondo Editorial Universidad

Católica Luis Amigó, 2020. ISBN (Versión digital): 978-958-8943-61-9.

192. **OMS.** *Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención de salud.* Ginebra : s.n., 2014.

193. **Annan, K.** *Poverty, biggest enemy for health in developing world, Secretary-General tells World Health Assembly.* United Nations. New York : s.n., 2001. Meetings Coverage & Press Releases.

194. **OMS / OPS.** *Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino.* Washington, DC. : s.n., 2014. pág. 62p. ISBN 978-92-75-31833-1.

195. **WHO.** *Health workforce.*

196. **OMS.** *Violencia contra la mujer. Datos y cifras.* [En línea] 08 de 03 de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

197. **CEPAL.** *Las brechas entre el campo y la ciudad en Colombia 1990-2003 y propuestas para reducirlas.* Bogotá : s.n., 2007. Vol. N° 17. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/4814/S0700109_es.pdf.

198. *Pobreza y subdesarrollo rural en Colombia. Análisis desde la Teoría del Sesgo Urbano.* **López Muñoz, Laura Vanessa.** N°54, s.l. : Universidad de Antioquia, 2019, Estudios Políticos, págs. pp. 59-81.

199. *Proyecciones de Población.* **DANE.** Bogotá : s.n., 2020.

200. **DNP.** *Misión para la transformación del Campo.* Bogotá : s.n., 2014.

201. **Henquin, Ruth P.** *Epidemiología y estadística para principiantes.* 1 ed. Buenos Aires : CORPUS Editorial y Distribuidora S.A., 2013. pág. 264p. ISBN 978-987-1860-16-6 .

202. **Banco Mundial.** *LAC Equity Lab: Desigualdad - Desigualdad Urbana/Rural.* [En línea] 2020. [Citado el: 15 de 07 de 2022.] <https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/lac-equity-lab1/income-inequality/urban-rural-inequality>.

203. *El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneo.* **Camilo Hernán Manchola Castillo, Volnei Garrafa, Thiago Cunha y Fernando Hellmann.** 2017, Ciênc. saúde colet.

204. *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio.* **Manterola, Tamara Otzen y Carlos.** 2017, Int. J. Morphol, págs. 227 - 232.

205. *Atributos de la Calidad en la Atención en Salud.* **Ministerio de Salud y Protección Social.** 2024.

206. *Gasto de Bolsillo en Salud en Colombia. MESA - Monitoreo y Evaluación en Economía de la Salud.* **Norman Maldonado, Victoria Soto y Ramiro Guerrero.** 1, Cali : Editorial Universidad Icesi, 2022, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud PROESA.

207. *La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva.* **Granados, Francly Yanira Pineda.** 6, 2014, Monitoreo Estratégico.

Anexo 1. Municipios excluidos del análisis

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CLASIFICACIÓN
Anorí	Antioquia	R	Jerusalén	Cundinamarca	RD	Silos	Norte de Santander	RD
Anza	Antioquia	RD	La Peña	Cundinamarca	R	Teorama	Norte de Santander	RD
Argelia	Antioquia	RD	Manta	Cundinamarca	RD	Aguada	Santander	RD
Caracolí	Antioquia	R	Nariño	Cundinamarca	R	Cabrera	Santander	RD
Carolina	Antioquia	R	Nilo	Cundinamarca	R	Carcasí	Santander	RD
Gómez Plata	Antioquia	R	Venecia	Cundinamarca	RD	Charta	Santander	RD
Liborina	Antioquia	RD	Paime	Cundinamarca	RD	Chima	Santander	RD
Murindó	Antioquia	RD	Pandi	Cundinamarca	R	Confines	Santander	RD
Arenal	Bolívar	RD	Pasca	Cundinamarca	RD	Encino	Santander	RD
Margarita	Bolívar	RD	Pulí	Cundinamarca	RD	Gambita	Santander	RD
Norosí	Bolívar	R	Quebradanegra	Cundinamarca	R	Jordán	Santander	RD
Almeida	Boyacá	RD	Quetame	Cundinamarca	R	La Paz	Santander	RD
Berbeo	Boyacá	RD	Quipile	Cundinamarca	R	Macaravita	Santander	RD
Betétiva	Boyacá	RD	San Cayetano	Cundinamarca	RD	Matanza	Santander	RD
Boyacá	Boyacá	R	Supatá	Cundinamarca	RD	Ocamonte	Santander	R
Busbanzá	Boyacá	R	Tibacuy	Cundinamarca	R	Onzaga	Santander	RD
Chiscas	Boyacá	RD	Topaipí	Cundinamarca	RD	Palmas del Socorro	Santander	R
Ciénega	Boyacá	R	Ubalá	Cundinamarca	RD	Pinchote	Santander	R
Covarachía	Boyacá	RD	Alto Baudo	Chocó	RD	San Benito	Santander	R
Cuitiva	Boyacá	RD	Atrato	Chocó	R	Santa Helena del Opón	Santander	RD
Chivor	Boyacá	RD	Bajo Baudó	Chocó	RD	Sucre	Santander	RD
Guacamayas	Boyacá	RD	Carmen del Darien	Chocó	RD	Vetas	Santander	R
La Capilla	Boyacá	R	Cértegui	Chocó	R	Murillo	Tolima	RD
Pachavita	Boyacá	RD	El Carmen de Atrato	Chocó	R	Piedras	Tolima	R
Panqueba	Boyacá	R	El Litoral del San Juan	Chocó	RD	Roncesvalles	Tolima	RD
Pauna	Boyacá	RD	Istmina	Chocó	R	San Luis	Tolima	RD
Pisba	Boyacá	RD	Juradó	Chocó	RD	Santa Isabel	Tolima	R
San Eduardo	Boyacá	R	Lloró	Chocó	R	Valle de San Juan	Tolima	R
San Luis de Gaceno	Boyacá	R	Medio Atrato	Chocó	RD	Villarrica	Tolima	R
San Pablo de Borbur	Boyacá	R	Medio Baudó	Chocó	RD	El Águila	Valle del Cauca	RD
Santa María	Boyacá	RD	Río Iro	Chocó	RD	Riofrío	Valle del Cauca	R
Sativanorte	Boyacá	RD	Riosucio	Chocó	RD	San Francisco	Putumayo	R
Sativasur	Boyacá	RD	Sipí	Chocó	RD	El Encanto (ANM)	Amazonas	RD
Tenza	Boyacá	R	Altamira	Huila	R	La Chorrera (ANM)	Amazonas	RD
Tinjacá	Boyacá	RD	La Jaga del Pilar	La Guajira	R	La Pedrera (ANM)	Amazonas	RD
Tutazá	Boyacá	RD	El Calvario	Meta	RD	La Victoria (ANM)	Amazonas	RD
Zetaquirá	Boyacá	RD	El Dorado	Meta	R	Miriti - Paraná (ANM)	Amazonas	RD
La Montañita	Caquetá	RD	San Juan de Arama	Meta	RD	Puerto Alegría (ANM)	Amazonas	RD
Morelia	Caquetá	RD	San Juanito	Meta	R	Puerto Arica (ANM)	Amazonas	RD
El Tambo	Cauca	RD	La Tola	Nariño	R	Puerto Nariño	Amazonas	RD
López	Cauca	RD	Mosquera	Nariño	R	Puerto Santander (ANM)	Amazonas	RD
Puracé	Cauca	RD	Francisco Pizarro	Nariño	R	Tarapacá (ANM)	Amazonas	RD
San Sebastián	Cauca	RD	Santa Bárbara	Nariño	RD	Inirida	Guainía	RD
Santa Rosa	Cauca	RD	Sapuyes	Nariño	RD	Barranco Minas (ANM)	Guainía	RD
Sucre	Cauca	R	Bucarasica	Norte de Santander	RD	Mapiripana (ANM)	Guainía	RD
Timbiquí	Cauca	RD	Durania	Norte de Santander	R	San Felipe (ANM)	Guainía	RD
González	Cesar	R	Gramalote	Norte de Santander	R	Puerto Colombia (ANM)	Guainía	RD
San José de Uré(1)	Córdoba	R	Hacarí	Norte de Santander	RD	La Guadalupe (ANM)	Guainía	RD
Beltrán	Cundinamarca	RD	Herrán	Norte de Santander	RD	Cacahual (ANM)	Guainía	RD
Bituima	Cundinamarca	RD	Labateca	Norte de Santander	RD	Pana Pana (ANM)	Guainía	RD
Cabrera	Cundinamarca	RD	La Playa	Norte de Santander	RD	Morichal (ANM)	Guainía	RD

Carmen de Carupa	Cundinamarca	RD	Lourdes	Norte de Santander	R	Miraflores	Guaviare	RD
Gama	Cundinamarca	RD	Mutiscua	Norte de Santander	RD	Pacoa (ANM)	Vaupés	RD
Guataquí	Cundinamarca	R	Pamplonita	Norte de Santander	RD	Taraira	Vaupés	RD
Guayabal de Siquima	Cundinamarca	R	Salazar	Norte de Santander	R	Papunaua (ANM)	Vaupés	RD
Guayabetal	Cundinamarca	R	San Calixto	Norte de Santander	RD	Yavaraté (ANM)	Vaupés	RD
Gutiérrez	Cundinamarca	RD	Santiago	Norte de Santander	R	Santa Rosalia	Vichada	RD

R (Rural); **RD** (Rural Disperso); **ANM** (Área No Municipalizada)

Anexo 2. Distribución de municipios rurales y rurales dispersos por clúster

CLÚSTER 1					
Amazonas	1	Atlántico	1	Cesar	8
Leticia	1	Piojó	1	Astrea	1
Antioquia	32	Bolívar	1	Becerril	1
Abejorral	1	Morales	1	Chimichagua	1
Abriaquí	1	Boyacá	14	Gamarra	1
Alejandro	1	Aquitania	1	La Gloria	1
Armenia	1	Briceño	1	Pelaya	1
Belmira	1	Buenavista	1	Pueblo Bello	1
Caicedo	1	Coper	1	Tamalameque	1
Campamento	1	Gameza	1	Chocó	9
Cocorná	1	La Uvita	1	Acandí	1
Concepción	1	Maripí	1	Bagadó	1
Ebéjico	1	Paz de Río	1	Bojaya	1
Entrerrios	1	Rondón	1	Condoto	1
Maceo	1	Santa Sofía	1	El Cantón del San Pablo	1
Mutatá	1	Somondoco	1	Medio San Juan	1
Nariño	1	Tipacoque	1	Nóvita	1
Puerto Nare	1	Tunungá	1	Río Quito	1
Sabanalarga	1	Viracachá	1	Tadó	1
Salgar	1	Caquetá	7	Córdoba	5
San Andrés de Cuerquía	1	Cartagena del Chairá	1	Buenavista	1
San Carlos	1	El Doncello	1	Chimá	1
San Francisco	1	El Paujil	1	Puerto Libertador	1
San José de La Montaña	1	Milán	1	San Carlos	1
San Roque	1	Puerto Rico	1	Valencia	1
Santa Rosa de Osos	1	Solano	1	Cundinamarca	9
Santafé de Antioquia	1	Solita	1	Cucunubá	1
Toledo	1	Cauca	7	El Peñón	1
Urao	1	Almaguer	1	Fosca	1
Valparaiso	1	Argelia	1	Gachala	1
Vegachí	1	Balboa	1	Gachetá	1
Vigia del Fuerte	1	Bolívar	1	Puerto Salgar	1
Yalí	1	La Vega	1	Une	1
Yolombó	1	Mercaderes	1	Vergara	1
Yondó	1	Patía	1	Yacopí	1

Guaviare	3	Norte de Santander	4	Tolima	5
Calamar	1	Abrego	1	Ambalema	1
El Retorno	1	Cachirá	1	Anzoátegui	1
San José del Guaviare	1	Convención	1	Carmen de Apicalá	1
Huila	6	La Esperanza	1	Cunday	1
Baraya	1	Putumayo	2	Prado	1
Iquira	1	Puerto Guzmán	1	Valle del Cauca	4
Paicol	1	San Miguel	1	Bolívar	1
Tello	1	Quindío	1	Calima	1
Tesalia	1	Pijao	1	La Cumbre	1
Yaguará	1	Risaralda	1	Yotoco	1
La Guajira	3	Balboa	1	Vichada	2
Albania	1	Santander	15	La Primavera	1
Barrancas	1	California	1	Puerto Carreño	1
Dibulla	1	Cepitá	1		
Magdalena	1	Chipatá	1		
San Zenón	1	Cimitarra	1		
Meta	5	Enciso	1		
Cabuyaro	1	Guaca	1		
Cumaral	1	Guavatá	1		
Puerto Concordia	1	Molagavita	1		
Restrepo	1	Puerto Wilches	1		
San Martín	1	San Joaquín	1		
Nariño	10	San José de Miranda	1		
Barbacoas	1	San Miguel	1		
El Charco	1	Santa Bárbara	1		
Imués	1	Suaita	1		
Linares	1	Tona	1		
Magüi	1	Sucre	3		
Olaya Herrera	1	Caimito	1		
Roberto Payán	1	Majagual	1		
San Lorenzo	1	San Benito Abad	1		
Taminango	1				
Yacuanquer	1				
TOTAL GENERAL: 159					

CLÚSTER 2					
Antioquia	7	Cauca	9	Nariño	6
Amalfí	1	Caldono	1	Aldana	1
Dabeiba	1	Jambaló	1	Córdoba	1
Frontino	1	La Sierra	1	Cumbal	1
Giraldo	1	Paez	1	Guachucal	1
Nechí	1	Piamonte	1	Potosí	1
Remedios	1	Silvia	1	Santacruz	1
Uramita	1	Sotara	1	Norte de Santander	7
Bolívar	6	Toribio	1	Arboledas	1
Altos del Rosario	1	Totoró	1	Cácota	1
Barranco de Loba	1	Cesar	4	Cucutilla	1
El Guamo	1	El Copey	1	El Carmen	1
El Peñón	1	La Jagua de Ibirico	1	El Tarra	1
Montecristo	1	La Paz	1	Tibú	1
Pinillos	1	San Diego	1	Villa Caro	1
Boyacá	17	Córdoba	1	Putumayo	1
Boavita	1	Canalete	1	Santiago	1
Campohermoso	1	Cundinamarca	6	Risaralda	2
Chita	1	Caparrapí	1	Mistrató	1
Chitaraque	1	Chaguani	1	Pueblo Rico	1
Cómbita	1	Macheta	1	Santander	16
Floresta	1	San Juan de Río Seco	1	Albania	1
Gachantivá	1	Tibirita	1	Aratoaca	1
Güicán	1	Villagómez	1	Bolívar	1
Jericó	1	Hulla	2	Charalá	1
La Victoria	1	Algeciras	1	Contratación	1
Páez	1	Oporapa	1	Coromoro	1
Pajarito	1	La Guajira	2	Curití	1
Paya	1	El Molino	1	El Carmen de Chucurí	1
San Mateo	1	Uribia	1	Florián	1
Socotá	1	Magdalena	5	Galán	1
Susacón	1	Algarrobo	1	Guadalupe	1
Togüí	1	Ariguaní	1	Jesús María	1
Caldas	3	Nueva Granada	1	Puente Nacional	1
Marulanda	1	Sabanas de San Angel	1	Rionegro	1
Norcasia	1	Santa Bárbara de Pinto	1	San Vicente de Chucurí	1
Pensilvania	1			Simacota	1

Meta	5	Tolima	2	Valle del Cauca	2
Castilla la Nueva	1	Coyaima	1	Dagua	1
Guamal	1	Natagaima	1	La Victoria	1
Puerto López	1				
Puerto Rico	1				
San Carlos de Guaroa	1				
TOTAL GENERAL: 103					

CLÚSTER 3					
Antioquia	6	Magdalena	15	Santander	6
Angostura	1	Cerro San Antonio	1	El Guacamayo	1
Briceño	1	Chivolo	1	El Peñón	1
Cáceres	1	El Piñón	1	Guapotá	1
Peque	1	Guamal	1	La Belleza	1
Valdivia	1	Pedraza	1	Suratá	1
Zaragoza	1	Pijiño del Carmen	1	Zapatoca	1
Bolívar	11	Pivijay	1	Sucre	7
Achí	1	Puebloviejo	1	Coloso	1
Cantagallo	1	Remolino	1	Guaranda	1
Córdoba	1	Salamina	1	La Unión	1
Hatillo de Loba	1	San Sebastián de Buenavista	1	Ovejas	1
Río Viejo	1	Santa Ana	1	San Onofre	1
San Fernando	1	Sitionuevo	1	Sucre	1
San Jacinto	1	Tenerife	1	Tolú Viejo	1
San Jacinto del Cauca	1	Zapayán	1	Tolima	1
Talaigua Nuevo	1	Meta	10	Ortega	1
Tiquisio	1	Barranca de Upía	1	Valle del Cauca	1
Zambrano	1	El Castillo	1	El Cairo	1
Boyacá	3	La Macarena	1	Vichada	1
El Cocuy	1	Lejanías	1	Cumaribo	1
Oicatá	1	Mapiripán	1		
Quípama	1	Mesetas	1		
Cesar	2	Puerto Gaitán	1		
Chiriguaná	1	Puerto Lleras	1		
El Paso	1	Uribe	1		
Chocó	4	Vistahermosa	1		
Bahía Solano	1	Nariño	1		
Nuquí	1	Mallama	1		
San José del Palmar	1	Norte de Santander	1		
Unguía	1	El Zulia	1		
Córdoba	3				
Los Córdoba	1				
Pueblo Nuevo	1				
Puerto Escondido	1				
TOTAL GENERAL: 72					

CLÚSTER 4					
Antioquia	9	San Miguel de Sema	1	Sácama	1
Buriticá	1	Siachoque	1	San Luis de Palenque	1
Cañasgordas	1	Socha	1	Támara	1
Ituango	1	Sora	1	Tauramena	1
Necoclí	1	Soracá	1	Trinidad	1
Olaya	1	Sotaquirá	1	Villanueva	1
San Luis	1	Sutamarchán	1	Cauca	7
San Rafael	1	Tasco	1	Buenos Aires	1
Santo Domingo	1	Tibaná	1	Cajibío	1
Sonson	1	Tota	1	Caloto	1
Arauca	5	Tuta	1	Guapi	1
Arauquita	1	Umbita	1	Inzá	1
Cravo Norte	1	Caldas	5	Morales	1
Fortul	1	Aguadas	1	Suárez	1
Puerto Rondón	1	Pácora	1	Cesar	5
Tame	1	Salamina	1	Curumaní	1
Bolívar	3	Samaná	1	Pailitas	1
San Martín de Loba	1	Victoria	1	Río de Oro	1
Santa Rosa del Sur	1	Caquetá	6	San Alberto	1
Simití	1	Albania	1	San Martín	1
Boyacá	28	Belén de Los Andaquies	1	Córdoba	1
Arcabuco	1	Curillo	1	San Pelayo	1
Caldas	1	San José del Fragua	1		
Chinavita	1	San Vicente del Caguán	1		
Chíquiza	1	Valparaíso	1		
Corrales	1	Casanare	17		
Cubará	1	Chameza	1		
Guayatá	1	Hato Corozal	1		
Labranzagrande	1	La Salina	1		
Macanal	1	Maní	1		
Miraflores	1	Monterrey	1		
Mongua	1	Nunchía	1		
Otanche	1	Orocué	1		
Pesca	1	Paz de Ariporo	1		
Râquira	1	Pore	1		
Saboyá	1	Recetor	1		
San José de Pare	1	Sabanalarga	1		

Cundinamarca	15	La Guajira	1	Santander	13
Chipaque	1	San Juan del Cesar	1	Betulia	1
Fomeque	1	Meta	2	Cerrito	1
Fúquene	1	Cubarral	1	Concepción	1
Guaduas	1	Fuente de Oro	1	El Playón	1
Guasca	1	Nariño	17	Hato	1
Guatavita	1	Ancuyá	1	Landázuri	1
Junín	1	Buesaco	1	Los Santos	1
Lenguazaque	1	Consaca	1	Mogotes	1
Medina	1	Cumbitara	1	Oiba	1
Paratebuena	1	El Peñol	1	Puerto Parra	1
San Bernardo	1	El Rosario	1	Sabana de Torres	1
Sasaima	1	El Tablón de Gómez	1	San Andrés	1
Sesquilé	1	El Tambo	1	Vélez	1
Tausa	1	Funes	1	Tolima	16
Ubaque	1	La Florida	1	Alpujarra	1
Huila	20	La Llanada	1	Alvarado	1
Acevedo	1	Leiva	1	Armero	1
Agrado	1	Los Andes	1	Ataco	1
Aipe	1	Policarpa	1	Cajamarca	1
Colombia	1	Puerres	1	Casabianca	1
Elías	1	Ricaurte	1	Coello	1
Guadalupe	1	Tangua	1	Dolores	1
Hobo	1	Norte de Santander	5	Falan	1
Isnos	1	Bochalema	1	Herveo	1
La Argentina	1	Chitagá	1	Planadas	1
Nátaga	1	San Cayetano	1	Rioblanco	1
Palermo	1	Sardinata	1	Rovira	1
Palestina	1	Toledo	1	San Antonio	1
Rivera	1	Putumayo	4	Suárez	1
Saladoblanco	1	Leguizamo	1	Villahermosa	1
San Agustín	1	Orito	1	Valle del Cauca	3
Santa María	1	Puerto Caicedo	1	Bugalagrande	1
Suaza	1	Villagarzón	1	El Dovio	1
Tarqui	1	Quindío	2	Versalles	1
Teruel	1	Génova	1		
Villavieja	1	Salento	1		

Vaupés	2	
Caruru	1	
Mitú	1	
TOTAL GENERAL: 186		

Anexo 3. Municipios incluidos en el análisis del Índice de Salud Rural

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN
Antioquia	Abejorral	R	Antioquia	Necoclí	R	Antioquia	Yalí	R
Antioquia	Abriaquí	RD	Antioquia	Nechí	RD	Antioquia	Yolombó	R
Antioquia	Alejdría	R	Antioquia	Olaya	R	Antioquia	Yondó	RD
Antioquia	Amalfi	R	Antioquia	Peque	R	Antioquia	Zaragoza	R
Antioquia	Angostura	RD	Antioquia	Puerto Nare	RD	Atlántico	Piojó	R
Antioquia	Santafé de Antioquia	R	Antioquia	Remedios	R	Bolívar	Achí	RD
Antioquia	Armenia	R	Antioquia	Sabanalarga	R	Bolívar	Altos del Rosario	R
Antioquia	Belmira	RD	Antioquia	Salgar	RD	Bolívar	Barranco de Loba	R
Antioquia	Briceño	RD	Antioquia	San Andrés de Cuerquia	RD	Bolívar	Cantagallo	R
Antioquia	Buriticá	RD	Antioquia	San Carlos	RD	Bolívar	Córdoba	RD
Antioquia	Cáceres	RD	Antioquia	San Francisco	RD	Bolívar	El Guamo	R
Antioquia	Caicedo	RD	Antioquia	San José de La Montaña	RD	Bolívar	El Peñón	R
Antioquia	Campamento	R	Antioquia	San Luis	R	Bolívar	Hatillo de Loba	R
Antioquia	Cañasgordas	R	Antioquia	San Rafael	R	Bolívar	Montecristo	RD
Antioquia	Cocorná	R	Antioquia	San Roque	R	Bolívar	Morales	RD
Antioquia	Concepción	R	Antioquia	Santa Rosa de Osos	R	Bolívar	Pinillos	RD
Antioquia	Dabeiba	R	Antioquia	Santo Domingo	R	Bolívar	Río Viejo	R
Antioquia	Ebéjico	R	Antioquia	Sonsón	R	Bolívar	San Fernando	RD
Antioquia	Entreríos	R	Antioquia	Toledo	R	Bolívar	San Jacinto	R
Antioquia	Frontino	R	Antioquia	Uramita	R	Bolívar	San Jacinto del Cauca	RD
Antioquia	Giraldo	R	Antioquia	Urroa	R	Bolívar	San Martín de Loba	R
Antioquia	Ituango	RD	Antioquia	Valdivia	RD	Bolívar	Santa Rosa del Sur	R
Antioquia	Maceo	R	Antioquia	Valparaiso	R	Bolívar	Simití	R
Antioquia	Mutató	RD	Antioquia	Vegachí	RD	Bolívar	Talaigua Nuevo	R
Antioquia	Nariño	R	Antioquia	Vigía del Fuerte	R	Bolívar	Tiquisio	RD
Bolívar	Zambrano	R	Boyacá	La Uvita	R	Boyacá	Sotaquirá	RD
Boyacá	Aquitania	R	Boyacá	Macanal	RD	Boyacá	Soracá	R
Boyacá	Arcabuco	R	Boyacá	Maripí	R	Boyacá	Susacón	R
Boyacá	Boavita	R	Boyacá	Miraflores	R	Boyacá	Sutamarchán	R
Boyacá	Briceño	R	Boyacá	Mongua	R	Boyacá	Tasco	RD
Boyacá	Buenavista	R	Boyacá	Oicatá	RD	Boyacá	Tibaná	R
Boyacá	Caldas	RD	Boyacá	Otanche	R	Boyacá	Tipacoque	RD
Boyacá	Campohermoso	RD	Boyacá	Páez	RD	Boyacá	Togüí	RD
Boyacá	Chinavita	R	Boyacá	Pajarito	RD	Boyacá	Tota	RD
Boyacá	Chita	RD	Boyacá	Paya	RD	Boyacá	Tununguá	RD
Boyacá	Chitaraque	RD	Boyacá	Paz de Río	R	Boyacá	Tuta	R

R (Rural); RD (Rural Disperso)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN
Boyacá	Cómbita	R	Boyacá	Pesca	RD	Boyacá	Yumbita	R
Boyacá	Coper	RD	Boyacá	Quipama	RD	Boyacá	Viracachá	R
Boyacá	Corrales	R	Boyacá	Ráquira	R	Caldas	Aguadas	R
Boyacá	Cubará	RD	Boyacá	Rondón	RD	Caldas	Marulanda	RD
Boyacá	Chíquiza	RD	Boyacá	Saboyá	RD	Caldas	Norcasia	R
Boyacá	El Cocuy	R	Boyacá	San José de Pare	R	Caldas	Pácora	R
Boyacá	Floresta	R	Boyacá	San Mateo	R	Caldas	Pensilvania	R
Boyacá	Gachantivá	RD	Boyacá	San Miguel de Sema	R	Caldas	Salamina	R
Boyacá	Gameza	R	Boyacá	Santa Sofía	RD	Caldas	Samaná	RD
Boyacá	Guayatá	R	Boyacá	Siachoque	R	Caldas	Victoria	R
Boyacá	Güicán	RD	Boyacá	Socotá	RD	Caquetá	Albania	R
Boyacá	Jericó	RD	Boyacá	Socha	R	Caquetá	Belén de Los Andaquíes	R
Boyacá	Labranzagrande	RD	Boyacá	Somondoco	R	Caquetá	Cartagena del Chairá	RD
Boyacá	La Victoria	R	Boyacá	Sora	R	Caquetá	Curillo	R
Caquetá	El Doncello	R	Cauca	Patía	R	Cesar	Tamalameque	R
Caquetá	El Paujil	R	Cauca	Piamonte	RD	Córdoba	Buenavista	R
Caquetá	Milán	RD	Cauca	Silvia	R	Córdoba	Canalete	R
Caquetá	Puerto Rico	R	Cauca	Sotara	RD	Córdoba	Chimá	RD
Caquetá	San José del Fragua	R	Cauca	Suárez	R	Córdoba	Los Córdobaes	R
Caquetá	San Vicente del Caguán	R	Cauca	Toribio	R	Córdoba	Pueblo Nuevo	R
Caquetá	Solano	RD	Cauca	Totoró	R	Córdoba	Puerto Escondido	R
Caquetá	Solita	R	Cesar	Astrea	R	Córdoba	Puerto Libertador	R
Caquetá	Valparaíso	R	Cesar	Becerril	R	Córdoba	San Carlos	R
Cauca	Almaguer	R	Cesar	Chimichagua	R	Córdoba	San Pelayo	R
Cauca	Argelia	RD	Cesar	Chiriguaná	R	Córdoba	Valencia	R
Cauca	Balboa	R	Cesar	Curumaní	R	Cundinamarca	Caparrapí	RD
Cauca	Bolívar	R	Cesar	El Copey	R	Cundinamarca	Chaguaní	RD
Cauca	Buenos Aires	R	Cesar	El Paso	RD	Cundinamarca	Chipaque	R
Cauca	Cajibío	R	Cesar	Gamarra	R	Cundinamarca	Cucunubá	R
Cauca	Caldono	R	Cesar	La Gloria	R	Cundinamarca	El Peñón	RD
Cauca	Caloto	R	Cesar	La Jagua de Ibirico	R	Cundinamarca	Fomeque	R
Cauca	Guapi	R	Cesar	Pailitas	R	Cundinamarca	Fosca	R
Cauca	Inzá	RD	Cesar	Pelaya	R	Cundinamarca	Fúquene	R
Cauca	Jambaló	R	Cesar	Pueblo Bello	RD	Cundinamarca	Gachalá	R
Cauca	La Sierra	R	Cesar	Río de Oro	R	Cundinamarca	Gachetá	R
Cauca	La Vega	R	Cesar	La Paz	R	Cundinamarca	Guaduas	R

R (Rural); RD (Rural Disperso)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN
Cauca	Mercaderes	RD	Cesar	San Alberto	R	Cundinamarca	Guasca	R
Cauca	Morales	R	Cesar	San Diego	R	Cundinamarca	Guatavita	RD
Cauca	Paez	RD	Cesar	San Martín	R	Cundinamarca	Junín	RD
Cundinamarca	Lenguazaque	R	Chocó	Río Quito	RD	Huila	Suaza	RD
Cundinamarca	Machetá	RD	Chocó	San José del Palmar	RD	Huila	Tarqui	R
Cundinamarca	Medina	RD	Chocó	Tadó	R	Huila	Tesalia	R
Cundinamarca	Paratebueno	RD	Chocó	Unguía	R	Huila	Tello	R
Cundinamarca	Puerto Salgar	R	Huila	Acevedo	RD	Huila	Teruel	R
Cundinamarca	San Bernardo	R	Huila	Agrado	R	Huila	Villavieja	R
Cundinamarca	San Juan de Río Seco	R	Huila	Aipe	R	Huila	Yaguará	R
Cundinamarca	Sasaíma	R	Huila	Algeciras	R	La Guajira	Albania	R
Cundinamarca	Sesquilé	R	Huila	Baraya	R	La Guajira	Barrancas	R
Cundinamarca	Tausa	RD	Huila	Colombia	RD	La Guajira	Dibulla	RD
Cundinamarca	Tibirita	R	Huila	Elías	R	La Guajira	El Molino	R
Cundinamarca	Ubaque	R	Huila	Guadalupe	R	La Guajira	San Juan del Cesar	R
Cundinamarca	Une	R	Huila	Hobo	R	La Guajira	Uribia	RD
Cundinamarca	Vergara	R	Huila	Iquira	RD	Magdalena	Algarrobo	R
Cundinamarca	Villagómez	RD	Huila	Isnos	RD	Magdalena	Ariguani	R
Cundinamarca	Yacopí	RD	Huila	La Argentina	R	Magdalena	Cerro San Antonio	R
Chocó	Acandí	R	Huila	Nátaga	R	Magdalena	Chivolo	R
Chocó	Bagadó	RD	Huila	Oporapa	R	Magdalena	El Piñón	R
Chocó	Bahía Solano	RD	Huila	Paicol	R	Magdalena	Guamal	RD
Chocó	Bojayá	RD	Huila	Palermo	R	Magdalena	Nueva Granada	R
Chocó	El Cantón del San Pablo	R	Huila	Palestina	R	Magdalena	Pedraza	R
Chocó	Condoto	R	Huila	Rivera	R	Magdalena	Pijiño del Carmen	R
Chocó	Medio San Juan	R	Huila	Saladoblanco	RD	Magdalena	Pivijay	R
Chocó	Nóvita	RD	Huila	San Agustín	R	Magdalena	Puebloviejo	R
Chocó	Nuquí	RD	Huila	Santa María	RD	Magdalena	Remolino	R
Magdalena	Sabanas de San Ángel	RD	Meta	Puerto Lleras	RD	Nariño	Linares	R
Magdalena	Salamina	R	Meta	Puerto Rico	RD	Nariño	Los Andes	R
Magdalena	San Sebastián de Buenavista	R	Meta	Restrepo	R	Nariño	Magüi	RD
Magdalena	San Zenón	RD	Meta	San Carlos de Guaroa	R	Nariño	Mallama	RD
Magdalena	Santa Ana	R	Meta	San Martín	RD	Nariño	Olaya Herrera	R
Magdalena	Santa Bárbara de Pinto	R	Meta	Vistahermosa	RD	Nariño	Policarpa	RD
Magdalena	Sitionuevo	R	Nariño	Aldana	R	Nariño	Potosí	RD
Magdalena	Tenerife	R	Nariño	Ancuyá	R	Nariño	Puerres	R

R (Rural); RD (Rural Disperso)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN
Magdalena	Zapayán	R	Nariño	Barbacoas	R	Nariño	Ricaurte	RD
Meta	Barranca de Upiá	RD	Nariño	Buesaco	RD	Nariño	Roberto Payán	RD
Meta	Cabuyaro	RD	Nariño	Consaca	R	Nariño	San Lorenzo	R
Meta	Castilla la Nueva	R	Nariño	Córdoba	RD	Nariño	Santacruz	RD
Meta	Cubarral	RD	Nariño	Cumbal	RD	Nariño	Taminango	R
Meta	Cumaral	R	Nariño	Cumbitara	RD	Nariño	Tangua	RD
Meta	El Castillo	R	Nariño	El Charco	RD	Nariño	Yacuanquer	R
Meta	Fuente de Oro	R	Nariño	El Peñol	R	Norte de Santander	Abrego	R
Meta	Guamal	R	Nariño	El Rosario	R	Norte de Santander	Arboledas	RD
Meta	Mapiripán	RD	Nariño	El Tablón de Gómez	R	Norte de Santander	Bochalema	R
Meta	Mesetas	RD	Nariño	El Tambo	R	Norte de Santander	Cácota	RD
Meta	La Macarena	RD	Nariño	Funes	R	Norte de Santander	Cachirá	RD
Meta	Uribe	RD	Nariño	Guachucal	R	Norte de Santander	Chitagá	RD
Meta	Lejanías	R	Nariño	Imués	R	Norte de Santander	Convención	R
Meta	Puerto Concordia	R	Nariño	La Florida	R	Norte de Santander	Cucutilla	RD
Meta	Puerto Gaitán	RD	Nariño	La Llanada	R	Norte de Santander	El Carmen	RD
Meta	Puerto López	RD	Nariño	Leiva	R	Norte de Santander	El Tarra	R
Norte de Santander	El Zulia	R	Santander	Coromoro	RD	Santander	Sabana de Torres	R
Norte de Santander	La Esperanza	RD	Santander	Curití	R	Santander	San Andrés	R
Norte de Santander	San Cayetano	R	Santander	El Carmen de Chucurí	RD	Santander	San Joaquín	RD
Norte de Santander	Sardinata	R	Santander	El Guacamayo	RD	Santander	San José de Miranda	R
Norte de Santander	Tibú	R	Santander	El Peñón	RD	Santander	San Miguel	RD
Norte de Santander	Toledo	RD	Santander	El Playón	R	Santander	San Vicente de Chucurí	R
Norte de Santander	Villa Caro	R	Santander	Enciso	RD	Santander	Santa Bárbara	RD
Quindío	Génova	R	Santander	Florián	RD	Santander	Simacota	RD
Quindío	Pijao	R	Santander	Galán	RD	Santander	Suaita	RD
Quindío	Salento	R	Santander	Guaca	R	Santander	Suratá	RD
Risaralda	Balboa	RD	Santander	Guadalupe	R	Santander	Tona	RD
Risaralda	Mistrató	RD	Santander	Guapotá	RD	Santander	Vélez	R
Risaralda	Pueblo Rico	RD	Santander	Guavatá	R	Santander	Zapatoca	R
Santander	Albania	RD	Santander	Hato	R	Sucre	Caimito	RD
Santander	Aratoca	RD	Santander	Jesús María	RD	Sucre	Coloso	R
Santander	Betulia	RD	Santander	La Belleza	RD	Sucre	Guaranda	R
Santander	Bolívar	RD	Santander	Landázuri	RD	Sucre	La Unión	R
Santander	California	R	Santander	Los Santos	RD	Sucre	Majagual	R
Santander	Cepitá	RD	Santander	Mogotes	R	Sucre	Ovejas	R

R (Rural); RD (Rural Disperso)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASIFICACIÓN
Santander	Cerrito	R	Santander	Molagavita	RD	Sucre	San Benito Abad	RD
Santander	Charalá	R	Santander	Oiba	R	Sucre	San Onofre	R
Santander	Chipatá	R	Santander	Puente Nacional	R	Sucre	Sucre	R
Santander	Cimitarra	R	Santander	Puerto Parra	RD	Sucre	Tolú Viejo	R
Santander	Concepción	R	Santander	Puerto Wilches	R	Tolima	Alpujarra	RD
Santander	Contratación	R	Santander	Rionegro	RD	Tolima	Alvarado	R
Tolima	Ambalema	R	Valle del Cauca	Dagua	RD	Casanare	Támara	RD
Tolima	Anzoátegui	RD	Valle del Cauca	El Cairo	RD	Casanare	Tauramena	RD
Tolima	Armero	R	Valle del Cauca	El Dovio	R	Casanare	Trinidad	RD
Tolima	Ataco	RD	Valle del Cauca	La Cumbre	R	Casanare	Villanueva	R
Tolima	Cajamarca	R	Valle del Cauca	La Victoria	R	Putumayo	Orito	R
Tolima	Carmen de Apicalá	R	Valle del Cauca	Versalles	R	Putumayo	Puerto Caicedo	R
Tolima	Casabianca	R	Valle del Cauca	Yotoco	R	Putumayo	Puerto Guzmán	RD
Tolima	Coello	RD	Arauca	Araucuita	R	Putumayo	Leguizamo	RD
Tolima	Coyaima	RD	Arauca	Cravo Norte	RD	Putumayo	San Miguel	R
Tolima	Cunday	RD	Arauca	Fortul	R	Putumayo	Santiago	R
Tolima	Dolores	R	Arauca	Puerto Rondón	RD	Putumayo	Villagarzón	R
Tolima	Falan	RD	Arauca	Tame	RD	Amazonas	Leticia	R
Tolima	Herveo	RD	Casanare	Chameza	RD	Guaviare	San José del Guaviare	R
Tolima	Natagaima	R	Casanare	Hato Corozal	RD	Guaviare	Calamar	RD
Tolima	Ortega	RD	Casanare	La Salina	RD	Guaviare	El Retorno	RD
Tolima	Planadas	RD	Casanare	Maní	RD	Vaupés	Mitú	RD
Tolima	Prado	R	Casanare	Monterrey	R	Vaupés	Carurú	RD
Tolima	Rioblanco	RD	Casanare	Nunchía	RD	Vichada	Puerto Carreño	RD
Tolima	Rovira	R	Casanare	Orocué	RD	Vichada	La Primavera	RD
Tolima	San Antonio	RD	Casanare	Paz de Ariporo	RD	Vichada	Cumaribo	RD
Tolima	Suárez	R	Casanare	Pore	R			
Tolima	Villahermosa	R	Casanare	Recetor	R			
Valle del Cauca	Bolívar	RD	Casanare	Sabanalarga	RD			
Valle del Cauca	Bugalagrande	R	Casanare	Sácama	RD			
Valle del Cauca	Calima	R	Casanare	San Luis de Palenque	RD			

R (Rural); RD (Rural Disperso)

Anexo 4. Correlaciones

Correlaciones		cob_intern	cob_alcant	prev_ERC	prev_VIH	mamografia	part_noinst	cob_tripv	nv_cpn	eps_vig	rmm	t_mn	T_mi	T_mn	T_homic	T_meda	T_merc	pdet	zomac
eps_vig_st	Coefficiente de correlación	-.230**	-.101*	-.386**	-0,056	-.310**	-0,039	0,016	-.135**	1,000	-.149**	-0,086	-.166**	-.126**	0,027	-.097*	-.286**	-0,042	0,044
	Sig. (bilateral)	0,000	0,021	0,000	0,200	0,000	0,377	0,709	0,002		0,001	0,051	0,000	0,004	0,545	0,027	0,000	0,337	0,317
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
rmm_st	Coefficiente de correlación	0,055	-0,015	,092*	,108*	0,014	,125**	-.121**	,139**	-.149**	1,000	,199**	,161**	,148**	0,077	,216**	0,034	,189**	,091*
	Sig. (bilateral)	0,215	0,732	0,037	0,014	0,743	0,004	0,006	0,001	0,001		0,000	0,000	0,001	0,080	0,000	0,439	0,000	0,039
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
t_mn_st	Coefficiente de correlación	,093*	-.101*	0,014	,166**	0,068	,252**	-.194**	,313**	-0,086	,199**	1,000	,203**	,143**	,188**	,235**	-0,005	,224**	,165**
	Sig. (bilateral)	0,034	0,022	0,747	0,000	0,121	0,000	0,000	0,000	0,051	0,000		0,000	0,001	0,000	0,000	0,902	0,000	0,000
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_mi_st	Coefficiente de correlación	-0,027	-.145**	0,080	,189**	,118**	,187**	-.179**	,282**	-.166**	,161**	,203**	1,000	,262**	,162**	,152**	0,040	,150**	,120**
	Sig. (bilateral)	0,541	0,001	0,069	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,001	0,357	0,001	0,006
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_mn_st	Coefficiente de correlación	0,011	-.148**	0,026	,261**	0,042	,196**	-.239**	,272**	-.126**	,148**	,143**	,262**	1,000	,163**	,155**	0,003	,208**	,147**
	Sig. (bilateral)	0,802	0,001	0,554	0,000	0,337	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001	0,001	0,000		0,000	0,000	0,949	0,000	0,001
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_homic_st	Coefficiente de correlación	-.103*	-.228**	,104*	,296**	-.114**	,145**	-.212**	,198**	0,027	0,077	,188**	,162**	,163**	1,000	0,077	0,082	,355**	,386**
	Sig. (bilateral)	0,019	0,000	0,018	0,000	0,009	0,001	0,000	0,000	0,545	0,080	0,000	0,000	0,000		0,081	0,061	0,000	0,000
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_meda_st	Coefficiente de correlación	0,078	-0,015	-0,003	,090*	0,001	,119**	-.171**	,180**	-.097*	,216**	,235**	,152**	,155**	0,077	1,000	0,019	,143**	,125**
	Sig. (bilateral)	0,076	0,740	0,947	0,041	0,983	0,006	0,000	0,000	0,027	0,000	0,000	0,001	0,000	0,081		0,659	0,001	0,004
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_merc_st	Coefficiente de correlación	0,001	-0,045	,749**	,128**	-.094*	-0,066	0,042	-.114**	-.286**	0,034	-0,005	0,040	0,003	0,082	0,019	1,000	0,028	0,062
	Sig. (bilateral)	0,977	0,306	0,000	0,003	0,033	0,135	0,336	0,009	0,000	0,439	0,902	0,357	0,949	0,061	0,659		0,531	0,155
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
T_mvih_st	Coefficiente de correlación	-0,056	-.112*	0,060	,331**	-0,021	,130**	-.152**	,164**	-0,080	,110*	,134**	,114**	,192**	,118**	,092*	0,061	,101*	0,060
	Sig. (bilateral)	0,199	0,010	0,173	0,000	0,636	0,003	0,000	0,000	0,069	0,012	0,002	0,009	0,000	0,007	0,035	0,167	0,021	0,171
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
pdet_estandarizada	Coefficiente de correlación	,116**	-0,076	0,009	,198**	0,069	,194**	-.210**	,346**	-0,042	,189**	,224**	,150**	,208**	,355**	,143**	0,028	1,000	,567**
	Sig. (bilateral)	0,008	0,082	0,837	0,000	0,114	0,000	0,000	0,000	0,337	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,531		0,000
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520
zomac_estand	Coefficiente de correlación	-0,033	-.172**	0,055	,229**	-0,047	,202**	-.223**	,255**	0,044	,091*	,165**	,120**	,147**	,386**	,125**	0,062	,567**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,452	0,000	0,213	0,000	0,282	0,000	0,000	0,000	0,317	0,039	0,000	0,006	0,001	0,000	0,004	0,155	0,000	
	N	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).



asivamosensalud.org