



Así Vamos
en Salud®

2022

Índice de Salud Rural





CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

08

OBJETIVOS

Objetivo General
Objetivos Específicos

09

METODOLOGÍA

12 Clasificación Ruralidad de Ocampo
15 Municipios PDET
17 Municipios ZOMAC

18

EJE CONDICIONES INICIALES

DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA

20 Cobertura de agua potable
22 Cobertura de Alcantarillado
25 Cobertura de conectividad por internet
27 Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)
30 Tasa de Analfabetismo

DIMENSIÓN SITUACIÓN DE SALUD

34 Enfermedad Renal Crónica (ERC)
36 Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo
38 Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
40 Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)
42 Prevalencia de VIH/SIDA

- 45 Tasa de incidencia de violencia contra las mujeres
- 48 Toma de Mamografías
- 50 Toma de Citología
- 52 Violencia intrafamiliar

DIMENSIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD

- 54 Razón de enfermeras
- 55 Razón de médicos generales

DIMENSIÓN MICROECONÓMICA

- 58 Categorización de riesgo de ESE del nivel territorial para la vigencia 2019
- 59 Desempeño Fiscal
- 61 Índice de Pobreza Multidimensional

64

EJE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

DIMENSIÓN ACCESO A SERVICIOS

- 65 Partos NO atendidos en instituciones de salud
- 66 Tutelas en Salud

DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS

- 70 Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año
- 72 Coberturas administrativas de vacunación pentavalente en menores de 1 año
- 74 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal

DIMENSIÓN OPORTUNIDAD DEL SERVICIO

78

EJE RESULTADOS EN SALUD

Eje que contiene los efectos más relevantes en el sector salud como producto de los dos ejes anteriores. Comprende tres dimensiones: i) resultados en salud pública ii) percepción ciudadana y iii) protección financiera, las cuales abarcan 18 indicadores.

DIMENSIÓN RESULTADOS EN SALUD

80	Razón de mortalidad materna
82	Tasa de mortalidad neonatal
85	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)
87	Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)
90	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
92	Mortalidad por cáncer (Ca) de mama y cérvix
95	Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre
98	Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)
100	Tasa de mortalidad por suicidios
103	Tasa de mortalidad por EDA
105	Tasa de mortalidad por IRA
108	Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica en fases 1 a la 5

DIMENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA

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

114

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

115

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

118

REFERENCIAS

Introducción

El Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud (AVS), inició el seguimiento detallado al desempeño multidimensional de la salud a partir de 2016 por medio de un índice sintético llamado Índice AVS, el cual mide los indicadores destacados a nivel nacional a través de 4 ejes y 72 indicadores (Su última edición realizó en el 2020). Posteriormente se evidenció la necesidad de ahondar en los temas de gobernanza a nivel departamental y fue así como nació el Índice Departamental en Salud (InDes) que mide 5 ejes, 9 dimensiones y 14 indicadores, este índice tuvo su primera edición en el 2019 y fue actualizado para el 2021.

Al realizar seguimiento al comportamiento de algunos indicadores contenidos en los índices anteriormente enunciados, se detecta la necesidad de ampliar la información de los territorios con mayor extensión rural para entender a profundidad las brechas e inequidades identificadas. Esta necesidad también se hizo evidente durante las 9 sesiones de la Mesa de trabajo de salud rural y en el documento Construyamos Nuevos Paradigmas de la Salud y Protección Social de AVS principalmente en el capítulo cuatro (Condiciones iniciales y resultados en salud pública).

No obstante, para realizar un sondeo adecuado de la situación en salud del país, fue necesario observar los territorios y entender que, si bien cerca del 30% de la población vive en áreas rurales, hay que partir de la premisa que el 62% del territorio colombiano es rural (1) (2). Justamente es allí donde se evidencian las grandes desigualdades que desembocan en deficientes resultados en salud, esto ocasionado por la diferencia en el comportamiento de sus determinantes sociales con respecto a las zonas urbanas.

Este trabajo inició con el propósito de establecer un diagnóstico de salud de los territorios catalogados en la Misión para la Transformación del Campo como rurales y rurales dispersos, teniendo como objetivo la formulación de las recomendaciones necesarias para el mejoramiento de las poblaciones más apartadas del país, que se constituyen como las más vulnerables. Lo anterior, con el fin





de comprender el territorio de manera integral debido a que frecuentemente la atención no concuerda con las necesidades y características de la población.

En este documento se analizó un grupo de indicadores encaminados a hacer un diagnóstico de los territorios rurales y rurales dispersos, que sirva como instrumento para la toma de decisiones en salud en todos los niveles territoriales. De igual forma se busca que contribuya como acción colaborativa con la política pública vigente para el cierre de las brechas de acceso generadas por barreras geográficas, culturales, actitudinales y financieras, que se presentan en municipios con alta ruralidad y que aún no han sido priorizados en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

Cabe destacar que el acceso a los servicios de salud, siendo un elemento fundamental en la garantía del derecho y el desarrollo de modelos como el de la Atención Primaria en Salud (APS), comprende un gran reto en las zonas rurales. Según lo consignado en el Plan Nacional de Salud Rural, las principales barreras de acceso de la población rural son la dispersión geográfica, la falta de oferta de servicios de salud articulada con las necesidades propias de las zonas rurales, la disponibilidad del talento humano y la infraestructura en salud, así como la influencia de los determinantes sociales de la salud rural como son la deficiencia en la calidad educativa, la falta de acceso a agua potable, la existencia de viviendas inadecuadas, entre otros.

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 optimizar sus resultados.
- Generar recomendaciones a partir del comportamiento de los indicadores sintetizados en el Índice de Salud Rural.



Metodología

Para la elaboración del Índice de Salud Rural 2022, se adoptó la metodología validada utilizada para el Índice AVS que consiste en la ejecución de un proceso de varias etapas:

Etapas 1. Elaboración de la estructura básica del índice. Esta etapa consiste en la propuesta y revisión de los indicadores contemplados inicialmente en cada una de las dimensiones y ejes que hacen parte de la estructura básica para el cálculo del Índice, por parte de varios expertos de la mesa de trabajo de salud rural y del comité técnico de Así Vamos en Salud. En esta fase, se llevan a cabo algunos encuentros donde los expertos analizan cerca de 70 indicadores propuestos, los cuales se priorizan de acuerdo con los objetivos planteados para finalmente llegar a 50 indicadores los cuales se distribuyen en las dimensiones y ejes correspondientes (ver tabla 1).

Etapas 2. Recopilación de la información. En esta etapa se recopila la información en las distintas fuentes oficiales del país, donde se encuentra una importante dificultad en la consecución de los datos a nivel municipal. Cabe resaltar que la compilación de la información se inició en febrero de 2022 y finalizó en junio de este mismo año y una vez reunida toda la información, se organizó en una matriz de Excel que contiene la ficha técnica de cada indicador, lo que permite ver los datos de forma ordenada.

Finalizada esta etapa se verifica la información encontrada y se observa como principal hallazgo que de los 691 municipios proyectados en el ejercicio por pertenecer a las áreas rurales y rurales dispersas, solamente el 1,6% (que corresponde a 11 municipios) cuentan con la información oficial publicada completa, dichos territorios son: Mitú, San José del Guaviare, Villagarzón, San Alberto, San Vicente del Caguán, Tuta, Tibaná, Jericó, Chíquiza, Berbeo y Necoclí. Posterior a esto, con el fin de poder continuar con el proceso avanzado, se toma la decisión de retirar los indicadores que contaban con menor cantidad de datos, sustrayendo los siguientes:

1. Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad



2. Tiempo de traslado desde la comunidad más alejada hasta la cabecera municipal o departamental
3. Tiempo promedio de espera atención en medicina especializada
4. Tiempo promedio de espera atención en medicina general
5. Tiempo promedio para la entrega de medicamentos
6. ¿Cómo califica el servicio de medicina especializada?
7. ¿Cómo califica el servicio de medicina general?
8. ¿Cómo califica el proceso de autorización para la entrega de medicamentos?
9. ¿Cómo calificaría a su EPS en cuanto a su experiencia global?

Dado el anterior hallazgo se decide a través del comité técnico institucional que no es viable calcular el Índice, ya que los 9 indicadores dados de baja componen en su mayoría dos dimensiones completas (oportunidad de servicio del eje de desempeño institucional y percepción ciudadana del eje de resultados en salud), lo cual no permite que el resultado sea representativo de la realidad que se pretende evidenciar, motivo por el que se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los 41 indicadores que quedaron y que están representados en 386 municipios.

Tabla 1. Distribución Índice Salud Rural

EJE	DIMENSIÓN	INDICADOR
EJE CONDICIONES INICIALES	Condiciones de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación Misión para la Transformación del Campo • PDET • Cobertura conectividad en internet • Cobertura de acueducto • Cobertura de alcantarillado • Índice de riesgo de la calidad de agua para consumo humano (IRCA) • Porcentaje de Analfabetismo en personas de 15 años y más • Tiempo de traslado desde la comunidad más alejada hasta la cabecera municipal o departamental • ZOMAC
	Microeconómica	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2019 • Índice de desempeño fiscal • Índice de pobreza multidimensional
	Situación de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de enfermedad renal crónica en fases I a la 5 • Prevalencia de VIH/SIDA • Prevalencia por depresión • Prevalencia por EDA • Prevalencia por IRA • Proporción de mujeres entre los 50 y los 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años por IPS • Proporción de mujeres entre los 25 y los 69 años con toma de citología en el último año por IPS • Tasa de incidencia de violencia contra la mujer • Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar
	Talento humano en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Razón de enfermeros profesionales por mil habitantes • Razón de médicos generales por mil habitantes

EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Acceso a servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de partos NO atendidos en instituciones de salud • Tutelas en salud
	Efectividad del acceso a servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año • Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año • Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal • Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad
	Oportunidad del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo promedio de espera atención en medicina especializada • Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas • Tiempo promedio de espera atención en medicina general • Tiempo promedio para la entrega de medicamentos
EJE RESULTADOS EN SALUD	Percepción ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo califica el servicio de medicina especializada? • ¿Cómo califica el servicio de medicina general? • ¿Cómo califica el proceso de autorización para la entrega de medicamentos? • ¿Cómo calificaría a su EPS en cuanto a su experiencia global?
	Resultados en salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer • Razón de mortalidad materna • Tasa de mortalidad en la niñez • Tasa de mortalidad infantil • Tasa de mortalidad neonatal • 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
	Protección financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población afiliada a EPS's en vigilancia

Etapa 3. Estandarización de datos. En esta etapa se sigue la metodología para el proceso de estandarización de datos utilizada en el Índice AVS 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), se ubican los datos brutos en una escala de 0 a 100, por medio de la siguiente fórmula:

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

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 se encuentran aproximados a su límite superior.

Cabe resaltar que el proceso de normalización o estandarización de datos se realizó para hacer comparables los diferentes indicadores, así la finalidad no sea calcular el índice.

Etapa 4. Interpretación del dato. Una vez los datos se hacen comparables después de la estandarización, se analizan los resultados de forma descriptiva en el contexto municipal, contrastándolo con los resultados de otros niveles territoriales. Lo anterior, 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 esta etapa del análisis, el primer paso metodológico es una prueba de normalidad a todas las variables aplicando la prueba Kolmogorov-Smirnov, lo que manifiesta evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula en todos los casos, lo cual corrobora la anormalidad de dichos datos y da luces de la prueba de correlación que se debe realizar.

Debido a que no es posible realizar el cálculo del Índice sobre el cual es deseable establecer si existen correlaciones con las variables utilizadas para su cálculo y dirección (positivo o negativo¹) de las mismas, se decide establecer el nivel de relación 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.

Se considera que esta medición puede permitir más adelante hacer algunas inferencias acerca de la necesidad de realizar el mismo ejercicio para culminar el análisis del índice y así determinar posibles correlaciones entre variables buscando fortalecer el resultado definitivo de este, 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.

¹ La correlación es positiva si con el aumento de uno de los valores el otro también aumenta, y es negativa si uno de los valores tiende a disminuir con el aumento del otro (109).

Clasificación Ruralidad de Ocampo

Para el 2014 el DNP en cabeza de José Antonio Ocampo publicó la Misión para la Transformación del Campo, donde entre otras líneas de trabajo, se incluyó la categorización municipal. Este ejercicio se encarga de determinar los comportamientos sociales, económicos y demográficos de los sectores urbanos y rurales.

Dentro del presente índice, esta variable se tuvo en cuenta para definir el grado de ruralidad de los municipios a trabajar, motivo por el cual se tuvo en cuenta la clasificación realizada por la Misión Rural de Ocampo y de la que solamente se sustrajeron los municipios catalogados como rurales y rurales dispersos. A continuación, y para mayor contexto

se relacionan las categorías descritas en la misión rural donde se analizaron los comportamientos de cada uno de los 1123 municipios, con el objetivo de determinar si son urbanos o rurales (3):

Ciudades y aglomeraciones: En esta categoría el autor excluyó 6 de las 18 aglomeraciones del Sistema de Ciudades y adicionalmente excluyó las capitales de departamento que no cuentan con una población en la cabecera mayor a 100.000 habitantes. Los municipios considerados en la categoría de “ciudades y aglomeraciones” para el 2014 son 117, los cuales tienen población rural total de 2.088.360 y su área abarca el 6,4 % del total nacional (1). Cabe resaltar que esta descripción es solo de contexto, pero no es tomada en cuenta dentro de los municipios analizados para evaluar la situación rural del país.

Intermedios: clasificados 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. Para el 2014 este grupo lo conformaron 314 municipios, asociado a una población rural de 3.337.839 y el área corresponde al 8,9 % del total nacional (3). Al igual que el anterior grupo, la descripción es solo de contexto, ya que no fue tomada en cuenta para el análisis de los municipios rurales.

Rural: corresponde 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 para 2014 con población rural de 5.402.735 y el área municipal corresponde al 19,8 % del territorio nacional. (3)

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. (3)

El grupo inicialmente tomado como muestra para el índice constaba de 691 municipios de los cuales el 54% se constituyen como rurales y el 46% como rurales dispersos. Como anteriormente se describió, de este grupo se escogieron solamente los municipios que contaban con la mayoría de la información quedando 386 territorios para el respectivo análisis, de los cuales el 62,4% son de procedencia rural y el 37,5% restante del rural disperso. En las tablas 2 y 3 se presenta la clasificación de los municipios analizados por cada una de las zonas.

TABLA 2. MUNICIPIOS CATALOGADOS COMO RURAL DISPERSO

Acevedo	Chíquiza	Herrán	Pisba	Santa Sofía
Achí	Chitaraque	Herveo	Planadas	Santacruz
Aguada	Coello	Iquira	Policarpa	Sapuyes
Albania	Colombia	Isnos	Potosí	Simacota
Alpujarra	Confines	Ituango	Pueblo Bello	Socotá



Angostura	Córdoba	Jericó	Pueblo Rico	Sotaquirá
Anza	Córdoba	La Paz	Puerto López	Suaza
Anzoátegui	Coromoro	La Playa	Puerto Parra	Sucre
Arenal	Coyaima	Labranzagrande	Puerto Rico	Suratá
Argelia	Cubará	Liborina	Quípama	Tame
Ataco	Cubarral	Los Santos	Ricaurte	Tangua
Belmira	Cumbal	Macanal	Rioblanco	Tasco
Berbeo	Cumbitara	Matanza	Rionegro	Tauramena
Betétiva	Dagua	Medina	Roncesvalles	Tausa
Bolívar	El Águila	Mistrató	Rondón	Tinjacá
Bolívar	El Cairo	Mitú	Sabanas de San Angel	Tipacoque
Briceño	El Guacamayo	Molagavita	Saboyá	Tiquisio
Buesaco	El Paso	Montecristo	Saladoblanco	Togüí
Buriticá	El Peñón	Morales	San Antonio	Toledo
Cabrera	El Peñón	Murillo	San Fernando	Tota
Cáceres	El Tambo	Mutatá	San Jacinto del Cauca	Uribia
Cachirá	Enciso	Necoclí	San Joaquín	Valdivia
Caicedo	Falan	Oicatá	San Luis	Vigía del Fuerte
Caimito	Florián	Pachavita	San Martín	Yondó
Caldas	Gachantivá	Paez	San Miguel	Zetaquirá
Campohermoso	Galán	Páez	San Zenón	
Carmen de Carupa	Guamal	Pauna	Santa Bárbara	
Cepitá	Guapotá	Peque	Santa Bárbara	
Charta	Guatavita	Pesca	Santa Helena del Opón	
Chima	Güicán	Pinillos	Santa María	

TABLA 3. MUNICIPIOS CATALOGADOS COMO RURALES

Abejorral	Cimitarra	La Capilla	Puente Nacional	Simití
Abrego	Cocorná	La Florida	Puerres	Sitionuevo
Agrado	Cómbita	La Gloria	Puerto Caicedo	Socha
Aguadas	Concepción	La Jagua de Ibirico	Puerto Nare	Somondoco
Aipe	Condoto	La Llanada	Puerto Salgar	Sonsón
Aldana	Consaca	La Paz	Puerto Wilches	Sora
Alejandría	Corrales	La Unión	Ráquira	Soracá
Algarrobo	Cucunubá	La Uvita	Remedios	Suárez
Algeciras	Curití	La Vega	Remolino	Sucre
Altos del Rosario	Curumaní	La Victoria	Río de Oro	Susacón
Alvarado	Dabeiba	Leiva	Río Viejo	Sutamarchán
Amalfi	Dolores	Leticia	Riofrío	Talaua Nuevo
Ancuyá	Ebéjico	Linares	Rovira	Taminango
Anorí	El Cocuy	Los Andes	Sabana de Torres	Tarqui

Aquitania	El Copey	Maceo	Sabanalarga	Tello
Arcabuco	El Doncello	Maripí	Salamina	Tenerife
Ariguaní	El Dovio	Mogotes	Salento	Teruel
Armenia	El Peñol	Mongua	San Agustín	Tibaná
Armero	El Peñón	Nariño	San Alberto	Tibú
Astrea	El Piñon	Nátaga	San Andrés	Tolú Viejo
Baraya	El Rosario	Natagaima	San Andrés de Cuerquí	Toribío
Barbacoas	El Tablón de Gómez	Nechí	San Carlos de Guaroa	Tuta
Becerril	El Tambo	Norcasia	San Diego	Umbita
Belén de Los Andaquies	El Zulia	Nueva Granada	San Eduardo	Urrao
Bolívar	Elías	Ocamonte	San Francisco	Valle de San Juan
Boyacá	Entrerrios	Oiba	San José de La Montaña	Valparaíso
Briceño	Floresta	Olaya Herrera	San José del Guaviare	Vegachí
Buenavista	Fómeque	Oporapa	San Juan del Cesar	Vélez
Buenos Aires	Fosca	Orito	San Lorenzo	Vergara
Bugalagrande	Francisco Pizarro	Otanche	San Luis	Versalles
Cajamarca	Frontino	Ovejas	San Luis de Gaceno	Vetas
California	Fuente de Oro	Pácora	San Martín	Victoria
Caloto	Funes	Paicol	San Martín de Loba	Villagarzón
Campamento	Gamarra	Pailitas	San Miguel	Villahermosa
Cantagallo	Gameza	Palermo	San Miguel de Sema	Villanueva
Cañasgordas	Génova	Palestina	San Onofre	Villarrica
Caracolí	Giraldo	Patía	San Pablo de Borbur	Viracachá
Carmen de Apicalá	Gómez Plata	Paz de Río	San Rafael	Yacuanquer
Carolina	González	Pedraza	San Roque	Yalí
Casabianca	Gramalote	Pelaya	San Sebastián de Buenavista	Yolombó
Castilla la Nueva	Guaca	Pensilvania	San Vicente del Caguán	Yotoco
Cerrito	Guachucal	Piedras	Santa Ana	Zambrano
Cerro San Antonio	Guadalupe	Pijao	Santa Bárbara de Pinto	Zapayán
Charalá	Guaduas	Pijiño del Carmen	Santa Isabel	
Chimichagua	Guamal	Pinchote	Santa Rosa del Sur	
Chipatá	Guaranda	Piojó	Santafé de Antioquia	
Chiriguaná	Hatillo de Loba	Pivijay	Sasaima	
Chivolo	Hobo	Prado	Sesquilé	
Ciénega	La Argentina	Puebloviejo	Siachoque	

Fuente: DNP. Misión para la transformación del campo, 2015.

Municipios PDET

Mediante el Decreto 893 de 2017 se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (4), que priorizan en el acuerdo a los territorios con mayores niveles de pobreza, mayor debilidad



institucional, alto grado de afectación por el conflicto armado y presencia de cultivos de uso ilícito dentro de los que se encuentran 170 municipios. Se espera estabilizar y transformar estos territorios progresivamente a lo largo de 15 años, por medio de 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 (5).

Los municipios priorizados para estos programas se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

16 subregiones: Alto Patía - Norte del Cauca, Arauca, Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, Catatumbo, Pacífico Medio, Pacífico y Frontera Nariñense, Putumayo, Sierra Nevada – Perijá, Sur de Bolívar, Sur de Córdoba, Tolima, Urabá Antioqueño, Chocó, Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño, Macarena – Guaviare y Montes de María.

19 departamentos: La Guajira, Magdalena, Cesar, Sucre, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander, Arauca, Antioquia, Chocó, Tolima, Valle del Cauca, Meta, Huila, Cauca, Nariño, Guaviare, Caquetá y Putumayo.

Los 170 municipios escogidos para el programa se consideran importantes por comprender la tercera parte del territorio colombiano con cerca de 6.500.000 habitantes, 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 (6).

Para dicha priorización el gobierno tuvo en cuenta el Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia en el cual se abordan las principales barreras geográficas que se presentan en las regiones del país y que por ende dificultan el acceso.

Dentro de los 386 municipios analizados y definidos como el objeto final de este documento, 61 pertenecen a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), lo que equivale al 36% de los territorios pertenecientes a estos programas y el 15,8% de la base a analizar.

Dentro de estos se encuentran: San José del Guaviare, Villagarzón, Amalfí, San Miguel, Anorí, Puerto Caicedo, Orito, Tame, Rioblanco, Planadas, Briceño, Ataco, Cáceres, Tolviejo, San Onofre, Ovejas, Tibú, Santa Bárbara, Ricaurte, Dabeiba, Policarpa, Francisco Pizarro, Olaya Herrera, Los Andes, Leiva, Ituango, El Rosario, Cumbitara, Mutatá, Barbacoas, Necoclí, Nechí, Puerto Rico, San Juan del Cesar,

Remedios, Algeciras, Condoto, San Diego, La Paz, Pueblo Bello, La Jagua de Ibirico, Becerril, Toribio, Patía, El Tambo, Valdivia, Caloto, Buenos Aires, Vigía del Fuerte, Valparaíso, San Vicente del Caguán, Yondó, El Doncello, Belén de Los Andaquies, Zambrano, Arenal, Cantagallo, Córdoba, Simití, Santa Rosa del Sur y Morales.

Municipios ZOMAC

Mediante el Decreto 1650 de 2017 (7), el gobierno nacional categorizó las zonas más afectadas por el conflicto armado, priorizando 344 municipios para brindar beneficios tributarios que incentiven el desarrollo económico multisectorial. Para el ejercicio del índice, la variable tiene un comportamiento meramente descriptivo, ya que hay algunos municipios que están calificados como ZOMAC y no como PDET o viceversa, pero sí se considera necesario tener en cuenta el contexto del conflicto armado en los municipios que se están analizando ya que esta variable 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 municipios con bajo tamaño poblacional y los siguientes preceptos (8): 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 y densidad poblacional.

Dentro del grupo de territorios analizados, se encuentra que 144 de ellos pertenecen al grupo de los ZOMAC, lo que representa el 37,3% del total.



01

EJE CONDICIONES INICIALES

Las condiciones iniciales en una comunidad están basadas en las situaciones y contextos que hacen parte del bienestar de la población porque inciden de forma importante ya sea positiva o negativamente en el proceso. En el presente documento, se tienen en cuenta 4 categorías importantes que se designaron como dimensiones:

- Condiciones de vida
- Situación de salud
- Talento humano
- Microeconómica

Cada una de esas dimensiones cuenta con sus respectivos indicadores que tratan de explicar de la mejor manera el comportamiento de esas condiciones iniciales en los municipios catalogados como rurales y rurales dispersos.

DIMENSIÓN

Condiciones de vida

Comprende circunstancias extrínsecas como geografía, acceso a servicios básicos y educación, que pueden incidir de forma importante en los resultados en salud entendiéndose como determinantes de la calidad de vida de una comunidad. Dentro de la dimensión de condiciones de vida se encuentran 9 indicadores, de los cuales para el presente informe se eliminó el correspondiente a Tiempo de traslado desde la comunidad más alejada hasta la cabecera municipal o departamental por no contar con la información suficiente para todos los municipios, quedando el siguiente grupo de indicadores:

1. Cobertura conectividad en internet
2. Cobertura de acueducto
3. Cobertura de alcantarillado
4. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)
5. Porcentaje de Analfabetismo en personas de 15 años y más
6. ZOMAC



Cobertura de agua potable

De acuerdo con los pactos realizados mundialmente, el agua es un recurso natural al cual tiene derecho todo ser humano por tratarse de un bien público fundamental, que además se requiere para mantener una vida digna en asocio con otros derechos vitales (9). Para el 2000, la Organización mundial de la salud (OMS) evaluó el abastecimiento de agua en el mundo, considerando que se había aumentado 3 puntos porcentuales en 10 años, llegando 4.900 millones de personas en el planeta con abastecimiento de agua mejorada, sin embargo, ese informe también recalca que la sexta parte de la población mundial carecía de ese acceso el mismo año (10).

La estrategia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contiene en su objetivo 6, el propósito de garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, y en el 6.1 propone un acceso universal para agua potable. Para el 2020, se reporta que la proporción de la población mundial que usa de forma segura los servicios de agua aumentaron al 74%, en las zonas rurales al 60%, y en las zonas urbanas 86%, considerando que hay 16 países que se encuentran a portas de alcanzar el acceso universal a agua potable. De acuerdo con las estimaciones realizadas por los entes rectores, para lograr el acceso universal al servicio de agua gestionado de forma segura para 2030, se requiere de un aumento de 4 veces en las tasas actuales de progreso (11).

Europa y Norteamérica reportan las coberturas más altas de abastecimiento de agua gestionada de forma segura en el mundo, con un 95% y 96% respectivamente, en tanto, Latinoamérica y el Caribe registran el mismo indicador en un 75% (11).

De acuerdo con los reportes del Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP por sus siglas en inglés), Colombia cuenta con una cobertura del 73% de agua gestionada de forma segura y 24% con agua básica, aunque la encuesta de calidad de vida del DANE registra una cobertura nacional de agua potable por encima del 85%.

En los 386 municipios rurales y rurales dispersos que son objeto de esta revisión, se observa que en la fuente oficial el Sistema Único de Información de servicios públicos domiciliarios (SUI), se encuentra que hay 2 municipios que notifican en 0% su cobertura de agua potable, de los cuales 1 se clasifica como rural disperso (Vigía del Fuerte, Antioquia) y 1 como rural (Puerto Salgar, Cundinamarca),

departamentos con altas tasas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Un 25% de los territorios evaluados se encuentran por debajo de 36 puntos y un 25% por encima de los 80 puntos, el 50% restante oscila entre esos 2 puntajes. El 10% de los municipios registra una cobertura del 100% de la población (ver tabla 4), dentro de los cuales se encuentra Angostura, Briceño, Ituango, Piojó, San Martín de Loba, Caldas, Campohermoso, Ciénega, Floresta, Rondón, San Miguel de Sema, Santa Sofía, Siachoque, Socotá, Victoria, Chiriguaná, Cucunubá, Agrado, Baraya, Hobo, Ariguaní, Remolino, Sitionuevo, Ancuyá, El Tambo, Policarpa, Santacruz, Sapuyes, Tangua, Pijao, Chima, Chipatá, Pinchote, Alpujarra, Coello, Dolores, Falan, Roncesvalles y Mitúel, de ellos el 46% corresponde al rural disperso. La cobertura de agua potable registrada en los municipios evaluados presenta una media de 57,2%, con una alta variabilidad. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org

TABLA 4. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE COBERTURA AGUA POTABLE

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Cobertura (%)	Puntaje
Antioquia	Angostura	Rural Disperso	100	100
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	100	100
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	100	100
Atlántico	Piojó	Rural	100	100
Bolívar	San Martín de Loba	Rural	100	100
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	100	100
Boyacá	Campohermoso	Rural Disperso	100	100
Boyacá	Ciénega	Rural	100	100
Boyacá	Floresta	Rural	100	100
Boyacá	Rondón	Rural Disperso	100	100
Boyacá	San Miguel de Sema	Rural	100	100
Boyacá	Siachoque	Rural	100	100
Boyacá	Socotá	Rural Disperso	100	100
Caldas	Victoria	Rural	100	100
Cesar	Chiriguaná	Rural	100	100
Cundinamarca	Cucunubá	Rural	100	100
Huila	Baraya	Rural	100	100
Magdalena	Ariguaní	Rural	100	100



Magdalena	Remolino	Rural	100	100
Magdalena	Sitionuevo	Rural	100	100
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Cobertura (%)	Puntaje
Meta	Puerto Rico	Rural Disperso	12,0	12
Santander	Los Santos	Rural Disperso	11,1	11
Boyacá	Labranzagrande	Rural Disperso	10,7	11
Nariño	San Lorenzo	Rural	10,3	10
Santander	San Miguel	Rural Disperso	10,1	10
Boyacá	Soracá	Rural	9,8	10
Santander	Bolívar	Rural Disperso	8,6	9
Santander	La Paz	Rural Disperso	8,2	8
Boyacá	Buenvista	Rural	7,8	8
Boyacá	Macanal	Rural Disperso	7,8	8
Boyacá	Jericó	Rural Disperso	7,7	8
Cauca	Buenos Aires	Rural	6,5	7
Cundinamarca	El Peñón	Rural Disperso	5,8	6
Santander	Albania	Rural Disperso	5,4	5
Boyacá	Aquitania	Rural	4,7	5
Tolima	Ataco	Rural Disperso	4,5	5
Cauca	La Vega	Rural	4,5	4
Boyacá	Betétiva	Rural Disperso	2,3	2
Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	0,0	0
Cundinamarca	Puerto Salgar	Rural	0,0	0

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2020.

Cobertura de Alcantarillado

América Latina es la región que presenta el mayor porcentaje medio (20%) sin ningún tipo de instalación para saneamiento (cualquier tipo de alcantarilla, cualquier tipo de letrina, fosa séptica, entre otros) en las grandes ciudades (12), sin embargo en el resto del mundo tampoco existen altos estándares al respecto, de acuerdo con OMS, “la cobertura del saneamiento en todo el mundo sigue siendo uniformemente más baja que la cobertura del abastecimiento de agua” (12), para el 2015 apenas el 39% de la población mundial contaba con saneamiento seguro (13).

La premisa de los entes rectores al respecto es lograr las metas propuestas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 6, entre las que se encuentra que “al 2030, se debe lograr el acceso a saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos, poniendo fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a



las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situación de vulnerabilidad” (13). Para llevar a cabo dichos fines se proponen tres principios fundamentales: i) equidad, ii) promoción sanitaria y protección frente a las enfermedades, iii) protección del medio ambiente, los cuales están diseñados para generar estrategias efectivas y sostenibles en el tiempo.

De acuerdo con las estimaciones de la Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP), para obtener un saneamiento básico del 100% a nivel mundial de acuerdo con la meta de los ODS, es necesario duplicar la velocidad y las acciones que se están implementando, de igual forma para alcanzar las metas de un saneamiento gestionado de forma segura se requiere cuadruplicar las tasas de progreso actuales (14).

Para el análisis de los municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, se encontró que el 3,3% de ellos no cuenta con datos registrados en la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, dentro de ese grupo se encuentra a Guapi, Ambalema, Cunday, El Encanto, La Chorrera, La Pedrera, La Victoria, Mirití - Paraná, Puerto Alegría, Puerto Arica, Puerto Santander, Tarapacá, Barranco Minas, Mapiripana, San Felipe, Puerto Colombia, La



Guadalupe, Cacahual, Pana Pana, Morichal, Pacoa, Papunaua y Yavaraté, la gran mayoría pertenecientes a Amazonas, Guainía y Vaupés.

Por otro lado, el 4,1%, equivalente a 16 municipios registran coberturas en cero por ciento, los cuales establecen el valor mínimo de la estandarización del conjunto de datos, dentro de estos municipios se encuentra a Nechí, Vigía del Fuerte, Piojó, Achí, El Peñón, Montecristo, San Jacinto del Cauca, Simití, Tiquisio, Zambrano, Puerto Salgar, Algarrobo, Cerro San Antonio, Puebloviejo, Remolino y Sitionuevo, municipios pertenecientes en su gran mayoría a Bolívar y Magdalena.

Dentro de los territorios que registran coberturas de alcantarillado del 100%, se encuentran 18 municipios (ver tabla 5): Angostura, Briceño, Ituango, San Martín de Loba, Floresta, San Miguel de Sema, Chiriguaná, Baraya, Hobo, Ariguaní, Policarpa, Chima, Alpujarra, Coello, Dolores, Falan, Roncesvalles y Mitú.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 5. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE COBERTURA DE ALCANTARILLADO

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Cobertura (%)	Puntaje
Antioquia	Angostura	Rural Disperso	100,0	100
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	100,0	100
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	100,0	100
Bolívar	San Martín de Loba	Rural	100,0	100
Boyacá	Floresta	Rural	100,0	100
Boyacá	San Miguel de Sema	Rural	100,0	100
Cesar	Chiriguaná	Rural	100,0	100
Huila	Baraya	Rural	100,0	100
Magdalena	Ariguaní	Rural	100,0	100
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	100,0	100
Santander	Chima	Rural Disperso	100,0	100
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	100,0	100
Tolima	Coello	Rural Disperso	100,0	100
Tolima	Dolores	Rural	100,0	100
Tolima	Falan	Rural Disperso	100,0	100
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	100,0	100
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	100,0	100
Huila	Hobo	Rural	99,9	100
Huila	Tello	Rural	99,1	99
Tolima	San Luis	Rural Disperso	97,9	98

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Cobertura (%)	Puntaje
Caquetá	Valparaiso	Rural	2,6	3
Boyacá	Betéitiva	Rural Disperso	2,3	4
Antioquia	Remedios	Rural	1,8	2
Tolima	Ataco	Rural Disperso	1,4	1
Antioquia	Nechí	Rural	0,0	0
Antioquia	Vigia del Fuerte	Rural Disperso	0,0	0
Atlántico	Piojó	Rural	0,0	0
Bolívar	Achí	Rural Disperso	0,0	0
Bolívar	El Peñón	Rural	0,0	0
Bolívar	Montecristo	Rural Disperso	0,0	0
Bolívar	San Jacinto del Cauca	Rural Disperso	0,0	0
Bolívar	Simití	Rural	0,0	0
Bolívar	Tiquisio	Rural Disperso	0,0	0
Bolívar	Zambrano	Rural	0,0	0
Cundinamarca	Puerto Salgar	Rural	0,0	0
Magdalena	Algarrobo	Rural	0,0	0
Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	0,0	0
Magdalena	Puebloviejo	Rural	0,0	0
Magdalena	Remolino	Rural	0,0	0
Magdalena	Sitionuevo	Rural	0,0	0

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2020.

Cobertura de conectividad por internet

La red de conexión que comúnmente se conoce como internet, tiene sus orígenes en la guerra fría cuando por la necesidad de comunicación más rápida, de forma confidencial y en largas distancias, Estados Unidos creó como proyecto militar, la Agencia de Proyectos para la Investigación Avanzada (ARPA por sus siglas en inglés) que generó los primeros cimientos de lo que hoy día se conoce como internet, los mismos que más adelante evolucionarían a ARPANET y posteriormente a WWW (world wide web) (15).

La internet, con el paso de los años se ha convertido en una herramienta fundamental de comunicación los diferentes recursos que ofrece. Los más recientes son las redes sociales en los que no solamente se hacen y se ubican amigos, sino que también se ofertan productos y servicios de toda índole incluyendo los referentes a salud y educación, logrando así generar una cultura participativa, evolucionando año tras año la conectividad hasta convertirse en un recurso “valioso” (16), especialmente en los diferentes sectores que influyen en la calidad de vida de cada población.



A 2021 la tasa de penetración más alta en el mundo se encuentra en el norte de Europa con un 96%, seguido de Europa Occidental (93%), América del Norte (90%), Sur de Europa (86%), Europa Oriental (82%), Asia Occidental (74%) y Sudamérica (72%), mientras las tasas más bajas se encuentran en África y Asia Meridional, las cuales se encuentran por debajo del 50% (17). De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del DANE, en Colombia el 56,5% de los hogares cuenta con acceso a internet, el 66,6% en cabeceras y el 23,9% en centros poblados y rurales dispersos, evidenciando la brecha existente entre las ciudades y las zonas rurales (18). De igual forma Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) reporta que en Colombia para el primer trimestre de 2021 el mayor número de accesos fijos por 100 habitantes se encontraban ubicados en Bogotá (27,15), seguido de Risaralda (22,47), Quindío (21,9), Antioquia (20,18), Valle del Cauca (19,1), Santander (16,54) y Cundinamarca (19).

A pesar de las tasas de penetración que se observan en el mundo entero, hay un vasto camino por recorrer, especialmente en países de ingresos medios y altos. En Colombia es necesario avanzar en los territorios más apartados si se espera cumplir con las metas propuestas en proyectos como los de interoperabilidad que ha propuesto Mintic en los últimos años, dada la premura de conexión entre territorios y sus diferentes niveles. La pandemia demostró que la telemedicina es posible, pero es imprescindible mejorar las formas de ejecución para llegar a más sitios y de maneras más efectivas, lo que implica lograr una mejor conectividad en todo el país.

Para el presente índice se tomaron el número de accesos fijos a Internet para cada uno de los municipios de Colombia, según los datos reportados por los proveedores al último día de cada trimestre. Basados en estos datos y en las proyecciones de población del DANE, se muestra el porcentaje de penetración del servicio de acceso fijo a Internet para el final de 2020.

En el ejercicio de estandarización de datos, el puntaje en cero “0” refleja proporciones desde 0,0% hasta 0,62%, calificando en este rango a 134 municipios (35%), que presentan unas coberturas realmente bajas. Dentro de estos territorios el 34,3% corresponde a municipios catalogados como ZOMAC y el 13,4% como PDET, siendo un 52,9% relacionados como rurales y el 47% como rurales dispersos.

Los municipios que puntuaron con 1 en la estandarización de datos fueron 90, valor que representa el rango de 0,64% a 1,84%, dentro de este grupo el 40% corresponde al rural disperso y el restante al rural, con bajas proporciones de municipios catalogados como ZOMAC o PDET.

Con puntaje de 2 se encuentran 39 municipios en su gran mayoría rurales, solo 5 dentro del grupo de los PDET y muy pocos en los ZOMAC. Con 3 puntos se ubican 35 territorios, con 4 puntos 30, con 5 puntos 17 y con 6 puntos 17. Los datos restantes se mueven entre los 7 y 100 puntos, encontrando en el techo de la tabla a Abejorral con 122 puntos fijos de conexión a internet por cada 100 habitantes (ver tabla 6), siendo una población que cuenta con 20.287 coterráneos.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante hacer énfasis en las poblaciones más apartadas para introducir las conexiones de internet necesarias para lograr una adecuada cobertura en salud. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 6. MUNICIPIOS CON MAYOR PORCENTAJE DE CONECTIVIDAD A INTERNET

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Cobertura (%)	Puntaje
Antioquia	Abejorral	Rural	122%	100
Santander	El Peñón	Rural disperso	44%	36
Santander	Rionegro	Rural disperso	27%	22
Boyacá	Caldas	Rural disperso	24%	19
Nariño	Ricaurte	Rural disperso	23%	19
Antioquia	Carolina	Rural	12%	10
Antioquia	San José de La Montaña	Rural	12%	10
Tolima	Armero	Rural	12%	10
Antioquia	Santafé de Antioquia	Rural	11%	9
Caldas	Norcasia	Rural	10%	9
Valle del Cauca	Dagua	Rural disperso	11%	9
Antioquia	Gómez Plata	Rural	10%	8
Boyacá	Jericó	Rural disperso	10%	8
Cesar	La Jagua de Ibirico	Rural	9%	8
Sucre	La Unión	Rural	9%	8
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	9%	8
Antioquia	Caracolí	Rural	9%	7
Antioquia	Mutatá	Rural disperso	8%	7
Antioquia	San Rafael	Rural	9%	7
Antioquia	San Roque	Rural	9%	7

Fuente: Mintic / DANE.

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

El decreto 1575 de 2007 reglamenta un sistema de protección y control para el agua de consumo humano y define el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA), como “el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano” (20), calculado por medio de un índice compuesto, que califica los resultados físicos, químicos y microbiológicos del agua, arrojando un resultado ponderado que se califica según los rangos establecidos como: sin riesgo, bajo, medio o alto riesgo y un último nivel catalogado como inviable sanitariamente (21). Dicha evaluación se realiza tanto a prestadores del servicio público de acueducto como autoabastecedores que suministran o proveen agua en los diferentes municipios del país.

La finalidad del IRCA es detectar con anticipación las situaciones derivadas del consumo de agua que pueden poner en riesgo la salud de las poblaciones, generando las alertas correspondientes en los diferentes



sectores involucrados en el bienestar poblacional dependiente de las fuentes de agua. La resolución 2115 de 2007, establece la siguiente 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.

De acuerdo con el Sistema de información para la vigilancia de la calidad del agua potable (SIVICAP) del Instituto Nacional de Salud (INS), en el 2020 se realizaron 3.378 inspecciones sanitarias, siendo Valle del Cauca el que mayor cantidad registra, seguido por Cundinamarca y Boyacá. Cabe resaltar que en las inspecciones que se realizan se evalúa el grado de cumplimiento de las Buenas Prácticas Sanitarias (BPS), lo que da lugar al Índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua para Consumo Humano de la Persona Prestadora (IRABApp), permitiendo así la emisión de los conceptos sanitarios de las plantas de tratamiento y las certificaciones sanitarias (22).

De los 386 municipios analizados se evidencia que el 70% no presentó ningún tipo de inconsistencia química, física o microbiológica ya que su índice de riesgo reporta en cero “0”, dentro del mismo grupo que se califica sin riesgo (0% - 5%) de acuerdo con los rangos establecidos se encuentran otros 11 municipios, con riesgo bajo se encuentran 18 municipios (Tauramena, Cañasgordas, Gómez Plata, San Martín, Corrales, Chivolo, Paez, Santa Isabel, Leticia, San Zenón, Argelia, Tenerife, La Jagua de Ibirico, Toledo, Algarrobo, Puebloviejo, La Paz y Ariguaní), en el nivel medio se ubican 42 territorios, en el alto 33 y considerados como inviables sanitariamente se calificaron a 10 (Necoclí, Rovira, Ataco, Villarrica, Córdoba, Río Viejo, Cubarral, Orito, Belén de Los Andaquíes y Santa Ana)(ver tabla 8), en los que se espera se hayan tomado las medidas pertinentes además de haber avisado a las autoridades competentes para su respectiva vigilancia y control. En la tabla que se observa a continuación, se ubican los municipios

que están catalogados en riesgo alto y sanitariamente inviables al finalizar el año 2020, Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org:

TABLA 8. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL IRCA

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Valor IRCA	Puntaje
Magdalena	Sábanas de San Angel	Rural Disperso	37,5	63
Antioquia	Giraldo	Rural	40,8	59
Meta	Puerto López	Rural Disperso	42,3	58
Valle del Cauca	El Cairo	Rural Disperso	43,9	56
Antioquia	Caicedo	Rural Disperso	50,0	50
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	50,1	50
Tolima	Cajamarca	Rural	53,2	47
Nariño	Linares	Rural	53,5	47
Tolima	Natagaima	Rural	53,8	46
Tolima	Alvarado	Rural	54,4	46
Caldas	Victoria	Rural	55,2	45
Antioquia	Liborina	Rural Disperso	55,6	44
Magdalena	Pedraza	Rural	55,9	44
Nariño	San Lorenzo	Rural	56,3	44
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	56,3	44
Nariño	Barbacoas	Rural	57,6	42
Nariño	El Tambo	Rural	57,6	42
Tolima	Coyaima	Rural Disperso	58,9	41
Santander	Puerto Parra	Rural Disperso	59,7	40
Santander	Molagavita	Rural Disperso	61,1	39
Antioquia	Armenia	Rural	61,2	39
Magdalena	Remolino	Rural	62,1	38
Tolima	Valle de San Juan	Rural	62,5	37
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	63,0	37
Tolima	Suárez	Rural	63,1	37
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	66,9	33
Cauca	La Vega	Rural	72,8	27
Bolívar	Zambrano	Rural	75,0	25
Putumayo	San Miguel	Rural	76,9	23
Nariño	Ricaurte	Rural Disperso	79,1	21
Antioquia	Necoclí	Rural Disperso	82,7	17
Tolima	Rovira	Rural	86,5	14



Tolima	Ataco	Rural Disperso	87,0	13
Tolima	Villarrica	Rural	87,0	13
Bolívar	Córdoba	Rural Disperso	90,4	10
Bolívar	Río Viejo	Rural	91,8	8
Meta	Cubarral	Rural Disperso	93,3	7
Putumayo	Orito	Rural	97,9	2
Caquetá	Belén de los Andaquies	Rural	98,1	2
Magdalena	Santa Ana	Rural	100,0	0

Fuente: Sivicap, 2020.

Tasa de Analfabetismo

La tasa de analfabetismo en Colombia se mide como el cálculo de la población mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir, sobre el total de la población de ese mismo rango de edad, lo que expresa la magnitud relativa de la población analfabeta (23).

Analfabetismo es considerado de manera simple, como la ausencia de conocimientos para leer y escribir, pero si se ahonda un poco más en este concepto, se encuentran definiciones más profundas como la de Alvin Toffler (escritor, sociólogo estadounidense), quien consideraba que analfabeta no es el que no sabe leer ni escribir, sino a el que no sabe aprender, desaprender y reaprender (24), contexto que pondría en aprietos los indicadores de educación. Por ahora, lo más factible por hacer es cumplir la meta propuesta por el gobierno actual que consiste en lograr disminuir la tasa de analfabetismo al 4.2% (25).

De acuerdo con las cifras reportadas al Banco Mundial (26), Colombia registra una disminución constante en la tasa de analfabetismo desde hace más de 10 años, alcanzando una cifra de 4,36 a nivel nacional (Ver gráfico 1). Al revisar estas cifras se esperaría que la mayoría de la población colombiana, poco más de 48 millones de personas, sepa leer y escribir.



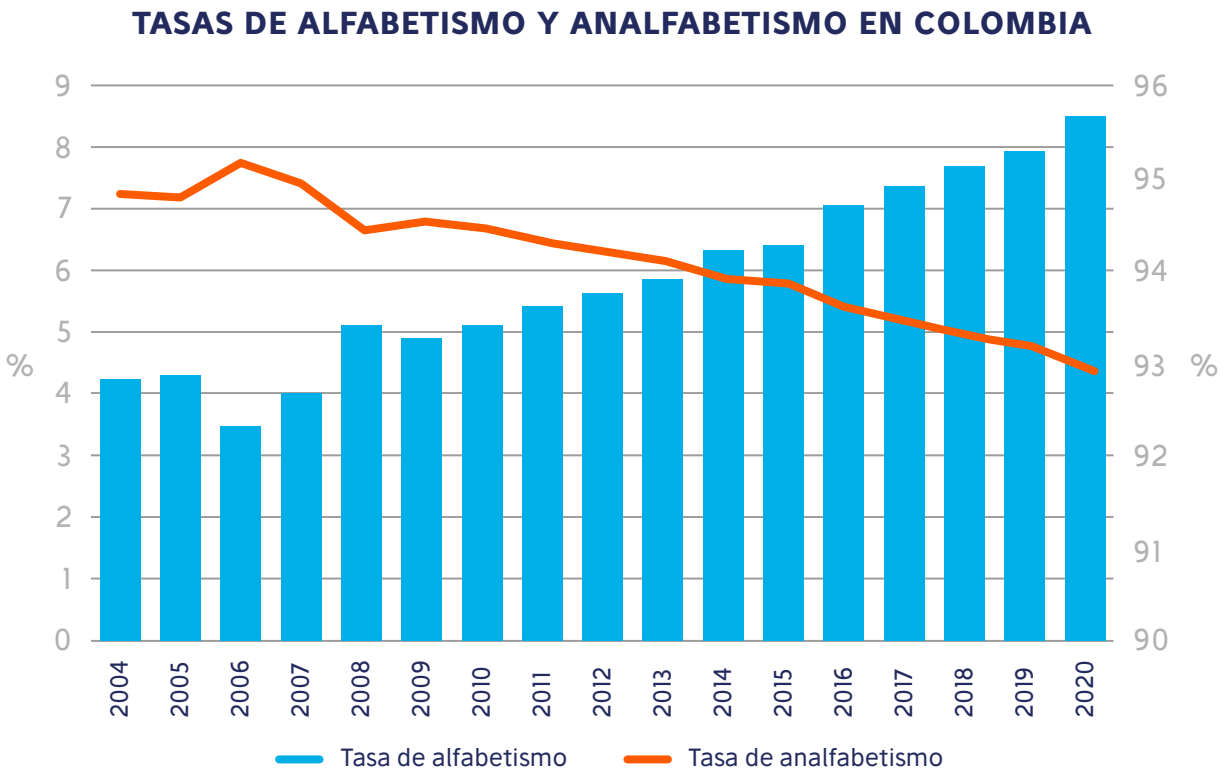


Gráfico 1: Tasas de alfabetismo y analfabetismo en Colombia. **Fuente:** Banco Mundial.

Al revisar los niveles municipales, específicamente las áreas más rurales del país, el panorama es diferente al evidenciado en forma general, cuando en el conjunto de los 386 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos, se maneja una media de 19 personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir por cada 100 personas en el mismo grupo de edad.

De los 386 municipios analizados, al estandarizar los valores, se observa que el máximo puntaje lo obtiene California (Santander), con el indicador más bajo en analfabetismo expresado en una tasa de 3,7 personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir por cada 100 personas mayores de 15 años, seguido de Entrerriós (Antioquia), Sesquilé (Cundinamarca), Cundinamarca (Guatavita), San José de La Montaña (Antioquia), Castilla la Nueva (Meta) y Guamal (Meta), municipios que cuentan con puntajes entre 90 y 99 (ver tabla 9).

En tanto, el mínimo puntaje entre el grupo de municipios rurales y rurales dispersos, se encuentra en Uribia (La Guajira) con una tasa de analfabetismo de 49,5, seguido de Cubará (Boyacá), Amalfi (Antioquia), La Playa (Santander) y Córdoba (Bolívar), quienes presentan menos de 20 puntos en la estandarización de valores, lo que traduce tasas entre 41 y 49 por cada 100 habitantes. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 9. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE ANALFABETISMO

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	% Analfabetismo	Puntaje
Santander	California	Rural	3,7	100
Antioquia	Entrerrios	Rural	5,6	96
Cundinamarca	Sesquilé	Rural	7,0	93
Cundinamarca	Guatavita	Rural Disperso	8,0	91
Antioquia	San José de la Montaña	Rural	8,3	90
Meta	Castilla la Nueva	Rural	8,1	90
Meta	Guamal	Rural	8,5	90
Cundinamarca	Fómeque	Rural	8,9	89
Norte de Santander	Herrán	Rural Disperso	8,9	89
Casanare	Villanueva	Rural	8,8	89
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	9,4	88
Cundinamarca	Fosca	Rural	9,4	88
Meta	San Martín	Rural Disperso	9,2	88
Putumayo	Villagarzón	Rural	9,3	88
Amazonas	Leticia	Rural	9,0	88
Cundinamarca	Carmen de Carupa	Rural Disperso	9,8	87
Meta	Cubarral	Rural Disperso	9,5	87
Santander	Pinchote	Rural	9,8	87
Boyacá	Corrales	Rural	10,3	86
Boyacá	San Miguel de Sema	Rural	10,0	86
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	% Analfabetismo	Puntaje
Magdalena	Sitionuevo	Rural	33,2	36
Nariño	Ricaurte	Rural Disperso	33,1	36
Nariño	Barbacoas	Rural	33,5	35
Sucre	Caimito	Rural Disperso	33,9	34
Cesar	Pueblo Bello	Rural Disperso	34,4	33
Bolívar	Zambrano	Rural	34,9	32
Cesar	González	Rural	34,8	32
Magdalena	Zapayán	Rural	34,7	32
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	34,8	32
Sucre	Ovejas	Rural	34,9	32
Risaralda	Mistrató	Rural Disperso	35,2	31
Bolívar	Hatillo de Loba	Rural	37,4	26
Magdalena	Sabanas de San Angel	Rural Disperso	38,0	25

Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	38,5	24
Sucre	San Onofre	Rural	38,4	24
Bolívar	Córdoba	Rural Disperso	41,0	19
Norte de Santander	La Playa	Rural Disperso	41,9	17
Antioquia	Amalfi	Rural	43,3	14
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	45,2	9
La Guajira	Uribia	Rural Disperso	49,5	0

Fuente: DANE, 2020.



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.

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Patología que se caracteriza por el daño progresivo de la función de los riñones impidiendo filtrar de forma normal los productos de desecho que se encuentran en la sangre (27), se encuentra estrechamente ligada con otras enfermedades crónicas que su mayoría son las que desencadenan el daño en el riñón, dichas patologías son cardiovasculares como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Como lo cita Lopera Medina, la enfermedad renal crónica y su progresión, es totalmente prevenible, pero desafortunadamente su manejo es complejo y dicha complejidad está dada por diversos factores biomédicos y socioculturales, que se relacionan entre sí (28):

1. Complicación clínica y social. Por la misma naturaleza de la enfermedad deriva en altos costos para el paciente y el sistema².
2. Desatención de la promoción y prevención, fijando la atención en un modelo individual y biomédico³.
3. Incentivos a las EPS por atención a patologías de alto costo, en vez de incentivar resultados y procesos de prevención exitosos⁴.

4. Procesos de atención con una oportunidad muy baja, empeorando los cuadros clínicos y favoreciendo la progresión de la enfermedad⁵.

5. Delegación de la vigilancia en salud pública y la gestión financiera de enfermedades catastróficas a terceros⁶.

Lo anterior es difícil de manejar en cualquier región del país, pero su complejidad aumenta al revisar las zonas más rurales de Colombia, como se muestra en el presente ejercicio de revisión, donde se evidencian las grandes inequidades que hay en el trasfondo de la atención de estas cohortes de pacientes.

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo (CAC), la tasa de incidencia de la ERC para el 2020 en Colombia se encontraba en 3,05 por cada 1.000 habitantes, tasa que ha presentado una disminución significativa de los casos nuevos desde el 2016 que se encontraba en 7,4 por 1.000 habitantes. La edad media de los casos incidentes fue de 62,13 años, con mayor predominancia en el sexo femenino (29). La prevalencia de la ERC en el país, según los reportes de la misma fuente para el 2020, se encontraba en 1,7%, mostrando también un descenso en los últimos 5 años.

² Ibid

³ Ibid

⁴ Ibid

⁵ Ibid

⁶ Ibid

El territorio que registra mayor prevalencia en el grupo de 386 municipios rurales y rurales dispersos fue Armenia de Antioquia, catalogada en la clasificación de Ocampo como rural, con 5.096 habitantes en una superficie de 111 km². En tanto 94 municipios ponen el mayor puntaje de la tabla (100 puntos) calificando unas prevalencias entre el rango de 0,0 y 0,06, de los cuales el 41,5% corresponde al área rural dispersa. En ese mismo grupo con las prevalencias más bajas se observa a la gran mayoría agrupada en los departamentos de Boyacá (Viracachá, Togúí, Soracá, Somondoco, San Miguel de Sema, San Luis de Gaceno, Ráquira, Pisba, Pachavita, La Uvita, La Capilla, Labranzagrande, Jericó, Chíquiza, Ciénega, Caldas, Betétiva, Buenavista), Santander (Vetas, Santa Bárbara, San Joaquín, Puerto Parra, Molagavita, Mogotes, El Peñón, Confines, Concepción, Chima, Charta, Cerrito, California y Aguada), Tolima (Villarrica, Villahermosa, Valle de San Juan, Suárez, Santa Isabel, Rovira, Roncesvalles, Murillo, Herveo, Dolores, Casabianca, Ataco y Alpujarra) y Magdalena (Zapayán, Tenerife, Santa Bárbara de Pinto, San Zenón, Sabanas de San Angel, Pijiño del Carmen, Chivolo, Cerro San Antonio, Ariguaní y Algarrobo), en menor proporción Bolívar, Antioquia, Nariño, Caldas, Cesar, Caquetá, Cauca, Norte de Santander, Vaupés y Cundinamarca (ver tabla 10). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 10. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA PREVALENCIA POR ERC

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	0,00	100
Cesar	González	Rural	0,00	100
Santander	Aguada	Rural Disperso	0,00	100
Santander	Chima	Rural Disperso	0,00	100
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	0,00	100
Tolima	Murillo	Rural Disperso	0,00	100
Tolima	Suárez	Rural	0,00	100
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	0,00	100
Norte de Santander	Herrán	Rural Disperso	0,01	100
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	0,02	100
Caquetá	San Vicente del Caguán	Rural	0,02	100
Santander	Concepción	Rural	0,02	100
Tolima	Villarrica	Rural	0,02	100



Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	0,02	100
Bolívar	Simití	Rural	0,02	100
Boyacá	Buenavista	Rural	0,02	100
Bolívar	Arenal	Rural Disperso	0,03	100
Caquetá	Belén de Los Andaquies	Rural	0,03	100
Bolívar	San Martín de Loba	Rural	0,03	100
Cesar	Río de Oro	Rural	0,03	100

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Santander	Puente Nacional	Rural	2,3	88
Huila	Hobo	Rural	2,3	88
Nariño	Consaca	Rural	2,3	88
Nariño	El Tambo	Rural	2,4	88
Antioquia	Yolombó	Rural	2,4	88
Nariño	Funes	Rural	2,5	88
Huila	Algeciras	Rural	2,5	88
Huila	Oporapa	Rural	2,5	87
Nariño	Tangua	Rural Disperso	2,5	87
Nariño	Puerres	Rural	2,8	86
Meta	San Martín	Rural Disperso	2,8	86
Nariño	El Peñol	Rural	2,9	85
Sucre	Ovejas	Rural	2,9	85
Nariño	La Florida	Rural	3,0	85
Nariño	Linares	Rural	3,2	84
Nariño	Yacuanquer	Rural	3,3	84
Tolima	Natagaima	Rural	3,7	82
Antioquia	Anorí	Rural	3,8	81
Boyacá	Páez	Rural Disperso	4,3	78
Antioquia	Armenia	Rural	19,8	0

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020.

Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo

La depresión es una enfermedad común pero silenciosa causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, llegando a presentar importantes grados de discapacidad en las personas que la padecen. Se caracteriza por una tristeza permanente y la pérdida de interés para realizar las actividades cotidianas, “Las personas con depresión normalmente tienen varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambio en el apetito; dormir más o menos; ansiedad;



concentración reducida; indecisión; inquietud; sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio”. (30)

Según la OMS, para 2019 en el mundo cerca de mil millones de personas presentaban un trastorno mental y para el 2020 dentro del marco de la pandemia por COVID – 19 tanto la ansiedad como la depresión aumentaron la prevalencia en un 25% (31), cifras que año tras año se observan en un crecimiento, razón por la cual los temas de salud mental se encuentran en las principales agendas de salud de cada uno de los países en el mundo.

Son grandes los retos por afrontar ante la salud mental al igual que las brechas por cerrar y que probablemente durante la pandemia se aumentaron por la falta de atención derivada del cierre de los servicios de salud, especialmente las poblaciones que cuentan con situaciones de inequidad más profundas.

Una de las estrategias propuestas por el ente rector de salud en el mundo, consiste en el aumento de la inversión en los programas de salud mental. Para el 2020 el Atlas de salud mental evidenció que los gobiernos del mundo gastaron cerca de un 2% de sus presupuestos para dichos programas y que algunos cuentan con tan solo 1 profesional en salud mental por cada 100.000 personas, lo que infiere la necesidad de inversión que hay en estos servicios, especialmente después de la emergencia sanitaria presentada en el mundo entero (31).

De acuerdo con el Observatorio de Salud Mental, en los municipios rurales analizados, la proporción de atención por depresión es bajo en comparación con los municipios urbanos o ciudades principales, lo que abre un importante interrogante, ¿el registro de la baja proporción de atención en los municipios rurales está dado por la mínima presencia de la enfermedad en la población, por la falta de registro o por la falta de acceso?

Dentro de los 386 municipios analizados, se observa en el resultado estandarizado una mediana de 90 puntos, que califica unas proporciones entre 0,09% y 0,10%. El puntaje máximo está dado por 4 municipios con un reporte de 0 casos, 3 de ellos pertenecientes al departamento del Magdalena (Chivolo, Guamal y Puebloviejo) uno del rural disperso y Uribia de La Guajira también del rural disperso.

Para este indicador se observa en general un buen desempeño, teniendo el 50% de los municipios por encima de 90 puntos y tan solo un 25% por debajo de 81 puntos. El territorio que registra el puntaje mínimo por contener la mayor proporción de atenciones por depresión en el conjunto de datos es San Joaquín, un municipio del rural disperso de Santander, el cual registra el indicador en 0,92% (ver tabla 11), que traduce 129 casos. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 11. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE PERSONAS ATENDIDAS POR EPISODIO DEPRESIVO

10 más altos				10 más bajos			
Municipio	Departamento	%	Puntaje	Municipio	Departamento	%	Puntaje
Uribia	La Guajira	0,00%	100	El Tambo	Nariño	0,52%	44
Chivolo	Magdalena	0,01%	100	Betétiva	Boyacá	0,55%	40
Guamal	Magdalena	0,01%	100	Herveo	Tolima	0,57%	39
Puebloviejo	Magdalena	0,01%	100	Los Andes	Nariño	0,58%	38
San Martín de Loba	Bolívar	0,01%	99	La Florida	Nariño	0,60%	35
Simití	Bolívar	0,01%	99	Puerres	Nariño	0,60%	35
Saboyá	Boyacá	0,02%	99	Charta	Santander	0,65%	30
Toribio	Cauca	0,01%	99	Francisco Pizarro	Nariño	0,68%	26
Acevedo	Huila	0,02%	99	Vetas	Santander	0,91%	2
Guadalupe	Huila	0,01%	99	San Joaquín	Santander	0,92%	0

Fuente: SISPRO. 2020.

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Enfermedad caracterizada por la evacuación líquida en tres o más oportunidades durante un día, lo cual evidencia un problema intestinal generado en la mayoría de las veces por una infección causada por virus, bacterias o parásitos. En el mundo, esta patología es la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años, generando un promedio de 525.000 muertes al año, situación poco tolerable a nivel sanitario, considerándose como una enfermedad prevenible y tratable (32). Según el Institute for Health Metrics and Evaluation, Latinoamérica mantiene prevalencias entre 20 y 40 casos por 1.000 habitantes, menores a las presentadas en África y mayores a las reportadas en Europa y Norteamérica (33).

Se considera que la EDA está muy relacionada con algunos determinantes sociales intermedios como acceso a agua potable, saneamiento básico, educación y seguridad alimenticia, motivo por el cual la OMS está estrechamente comprometida con la promoción de políticas que aumenten el acceso a agua potable y alcantarillado en países en desarrollo, sin dejar de lado la capacitación a agentes de salud (32). Como se puede observar en las coberturas de acueducto y alcantarillado, las inequidades aumentan en las zonas más rurales, dando paso a enfermedades como la diarrea agua, en los grupos etarios más susceptibles como los menores de 5 años, impactando de forma importante el desarrollo socio económico de un país.

Para el 2020, el Instituto Nacional de Salud (INS) reporta una disminución importante del evento en el país, pasando de un aproximado de 70.000 casos al iniciar el año a 20.000 casos al cierre de este, lo que se atribuye a las medidas de control durante la pandemia, además del cierre de servicios para consultas leves (33), lo que podría traducirse en subregistro.

Dentro de los 386 municipios analizados se observa una prevalencia en promedio de 1,75% con una mínima de 0,09% y una máxima de 13,15%. El municipio que presenta la menor proporción de enfermedad por diarrea en 2020 fue Sucre, correspondiente al departamento de Santander, seguido de Charta, Chipatá y Cepitá igualmente de Santander, en su gran mayoría pertenecientes al rural disperso. De igual forma, se ubican en el mismo grupo Francisco Pizarro (Nariño) y Briceño (Boyacá), todos con un puntaje estandarizado de 100 puntos, oscilando entre una prevalencia de 0,03% y 0,09%.

Dentro del cuartil inferior, se encuentran 98 municipios que oscilan entre prevalencias de 2,15% y 13,15%. Con el puntaje más bajo por reportar la mayor cantidad de casos por EDA dentro del grupo analizado se encuentra a Paez (Cauca), seguido de Pueblo Bello (Cesar) e Isnos (Huila), con prevalencias por encima del 10%, todos pertenecientes a zonas catalogadas rurales dispersas y los 2 últimos descritos dentro de las zonas más afectadas por el conflicto armado (ver tabla 12). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 12. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA PREVALENCIA POR EDA

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Santander	Sucre	Rural Disperso	0,03	100
Santander	Charta	Rural Disperso	0,03	100
Santander	Chipatá	Rural	0,04	100
Santander	Cepitá	Rural Disperso	0,05	100
Nariño	Francisco Pizarro	Rural	0,09	100
Boyacá	Briceño	Rural	0,09	100
Santander	La Paz	Rural Disperso	0,10	99
Santander	Curití	Rural	0,11	99
Boyacá	Tinjacá	Rural Disperso	0,12	99
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	0,12	99
Cauca	El Tambo	Rural Disperso	0,13	99
Santander	Santa Helena del Opón	Rural Disperso	0,15	99
Cesar	Pelaya	Rural	0,16	99
Chocó	Condoto	Rural	0,17	99
Cesar	San Martín	Rural	0,19	99
Boyacá	Betéitiva	Rural Disperso	0,21	99



Antioquia	San Roque	Rural	0,21	99
Santander	Simacota	Rural Disperso	0,22	99
Bolívar	Montecristo	Rural Disperso	0,23	98
Nariño	El Rosario	Rural	0,23	98

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	% Analfabetismo	Puntaje
Amazonas	Leticia	Rural	4,4	67
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	4,6	65
Santander	Enciso	Rural Disperso	4,6	65
Santander	Cabrera	Rural Disperso	4,8	64
Valle del Cauca	Riofrío	Rural	4,8	63
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	5,1	61
Sucre	Tolú Viejo	Rural	5,3	60
Magdalena	Santa Bárbara de Pinto	Rural	5,3	60
Bolívar	Achí	Rural Disperso	5,5	59
Magdalena	Sitionuevo	Rural	5,8	56
Antioquia	Santafé de Antioquia	Rural	5,8	56
Magdalena	Pivijay	Rural	5,9	56
Magdalena	San Sebastian de Buenavista	Rural	6,5	51
Magdalena	Pedraza	Rural	6,5	50
Magdalena	Tenerife	Rural	7,0	47
Bolívar	Zambrano	Rural	7,5	43
Cesar	Becerril	Rural	9,2	30
Huila	Isnos	Rural Disperso	10,5	20
Cesar	Pueblo Bello	Rural Disperso	12,0	9
Cauca	Paez	Rural Disperso	13,1	0

Fuente: Sivigila, 2020.

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.

Para 2020, el proceso de notificación de IRA se dio de manera confusa por encontrarse truncado debido a la notificación de infección por COVID – 19, motivo por el cual desde el sistema de vigilancia epidemiológica “se establecieron las siguientes estrategias: vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada, vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de cinco años, vigilancia de la morbilidad



por IRA en pacientes hospitalizados y ambulatorios y vigilancia centinela de ESI-IRAG” (34).

Las notificaciones en todo el territorio nacional presentaron un aumento importante en las unidades de cuidado intensivo y urgencias, mientras que en los servicios de consulta externa disminuyeron drásticamente⁷. El mayor pico de notificación por IRA fue en la semana 12, con 193.521 y en la semana 53 del mismo año se estaban reportando 56.008

La morbilidad por IRA en menores de 5 años, también registró un descenso muy marcado en comparación con años anteriores, lo que permite divisar de forma superficial, que las medidas sanitarias durante la contingencia de la pandemia son efectivas no solamente para contrarrestar el COVID – 19 sino que también son medidas que deben mantenerse en el tiempo para hacer frente a las otras infecciosas como las del grupo de respiratorias, especialmente las que hacen referencia a la higiene respiratoria, uso de mascarilla y lavado de manos.

Dentro del grupo de municipios rurales y rurales dispersos tenidos en cuenta para el presente

análisis, se observa una baja prevalencia reportada para el 2020 la cual presenta una media de 0,08%, que puede estar diluida en las altas tasas en enfermedad por COVID – 19. El rango mínimo de los datos fue de 0,0, valor reportado por el 65,8% de los municipios, el 34,1% restante se mueve en prevalencias de 0,01% y 3,37%.

Al analizar los 386 municipios, se observa que el 65,8% de los territorios reporta el indicador en cero (0) casos, con la prevalencia más alta se identifica a Guaranda (Sucre) quien notifica que de cada 100 habitantes 3,37 sufrieron de infección respiratoria aguda en el 2020, obteniendo el puntaje más bajo del grupo. A Guaranda le sigue Palestina, San Juan del Cesar, Santa Isabel, Caloto y San Miguel, quienes se mueven entre 40 y 60 puntos, que equivale a prevalencias entre 1,4% y 1,9%, como se observa en la tabla 13. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

⁷ Ibid

TABLA 13. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA PREVALENCIA POR IRA

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Prevalencia	Puntaje
Antioquia	Urrao	Rural	0,18	95
Tolima	Natagaima	Rural	0,18	95
Cesar	Curumaní	Rural	0,19	94
Cesar	Chimichagua	Rural	0,19	94
Boyacá	San Luis de Gaceno	Rural	0,20	94
Cesar	El Copey	Rural	0,21	94
Boyacá	Mongua	Rural	0,22	94
Boyacá	El Cocuy	Rural	0,22	94
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	0,23	93
Boyacá	Briceño	Rural	0,23	93
Cundinamarca	Fomeque	Rural	0,24	93



Cundinamarca	Medina	Rural Disperso	0,26	92
Cesar	Pallitas	Rural	0,26	92
Huila	Palermo	Rural	0,27	92
Bolívar	Pinillos	Rural Disperso	0,28	92
Santander	California	Rural	0,31	91
Antioquia	San José de la Montaña	Rural	0,32	91
Antioquia	Buriticá	Rural Disperso	0,32	90
Norte de Santander	Tibú	Rural	0,32	90
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	0,33	90

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Prevalencia	Puntaje
Antioquia	Peque	Rural Disperso	0,34	90
Casanare	Tauramena	Rural Disperso	0,37	89
Meta	Puerto López	Rural Disperso	0,41	88
Amazonas	Leticia	Rural	0,46	86
Huila	Guadalupe	Rural	0,46	86
Antioquia	Santafé de Antioquia	Rural	0,48	86
Risaralda	Mistrató	Rural Disperso	0,52	85
Guaviare	San José del Guaviare	Rural	0,52	85
Cesar	Chiraganá	Rural	0,56	83
Antioquia	Yolombó	Rural	0,60	82
Antioquia	Carolina	Rural	0,65	81
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	0,67	80
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	0,80	76
Cundinamarca	Guatavita	Rural Disperso	1,15	66
Santander	San Miguel	Rural Disperso	1,41	58
Cauca	Caloto	Rural	1,49	56
Tolima	Santa Isabel	Rural	1,50	56
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	1,57	54
Huila	Palestina	Rural	1,92	43
Sucre	Guaranda	Rural	3,37	0

Fuente: Sivigila, 2020.

Prevalencia de VIH/SIDA

Enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana, el cual ataca el sistema inmunitario disminuyéndolo de forma progresiva abriendo las puertas a las enfermedades más oportunistas del ambiente (35). A pesar de los primeros registros que datan de los años 50, se conoció de forma más



específica en todo el mundo por la epidemia de los años 80, lo que abrió la investigación de la patología de una forma más profunda, aprendiendo mejor acerca de su etiología, formas de transmisión, etc., lo que por ende incentivó el surgimiento de recomendaciones más acordes a la historia natural de la enfermedad de una forma menos estigmatizante (36).

A 2020, la enfermedad continúa siendo un problema de salud pública, cobrando hasta ese momento un estimado de 36,3 millones de vidas en el mundo, 680.000 de las cuales se registraron en ese último año (37). Hasta el momento no hay una evaluación oficial acerca de la estrategia 90-90-90 propuesta por ONUSIDA en el 2013, la cual planteaba que para 2020 el 90% de las personas que vivían con el VIH conocieran su estado serológico respecto al VIH, el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH recibieran terapia antirretrovírica continuada y el 90% de las personas que recibían terapia antirretrovírica tuvieran supresión viral (38). De acuerdo con la misma entidad la meta fijada para 2020 en las Américas consistía en disminuir de 100.000 casos nuevos en 2014 a 26.000 y de 50.000 muertes relacionadas con el SIDA a 19.000 (39).

En Colombia el primer caso se detectó en 1983 y desde allí el crecimiento de la enfermedad ha sido progresivo. En el 2012 se registraron 5.275 casos incidentes en la CAC y para el 2020 la cifra pasó a 12.528 a lo largo del territorio nacional, presentándose de forma más permanente en la población masculina y en el grupo etario de 20 a 34 años (40). Para el mismo año se registraron en el país 1.626 casos de mortalidad relacionada con SIDA y una letalidad de 13,1 por cada 1.000 personas que conviven con VIH.

Las prevalencias registradas en los 386 municipios rurales y rurales dispersos, no son tan altas como las que se registran en las zonas urbanas del país, un claro ejemplo es Florencia que registra con la prevalencia más alta del país (3,25) en la CAC. El promedio de los valores estandarizados se encuentra en 95 puntos, mientras la prevalencia media del grupo de municipios es de 0,06%, con una prevalencia mínima de 0,06% y una máxima de 1,44%, esta última notificada por el municipio de Armenia en Antioquia, catalogado como municipio rural (ver tabla 14). El resultado de Armenia puede atribuirse al liderazgo que mantiene el municipio en el tema de detección de VIH/SIDA (41), realizando continuas campañas de detección por pruebas rápidas, lo que ha disminuido en los últimos años la incidencia de la enfermedad en el territorio. Del grupo, a Armenia le sigue con prevalencias más bajas Pijao (0,35)



y Génova (0,24), ambos municipios de Quindío, departamento que notifica la prevalencia de VIH/SIDA más alta del país.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 14. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA PREVALENCIA DE VIH/SIDA

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Prevalencia	Puntaje
Antioquia	San José de la Montaña	Rural	0,00	100
Boyacá	Aquitania	Rural	0,00	100
Boyacá	Berbeo	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Betétiva	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Campohermoso	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Chiquiza	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Gachantivá	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Güicán	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	La Capilla	Rural	0,00	100
Boyacá	Oitacá	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Paz de Rio	Rural	0,00	100
Boyacá	Quipama	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Rondón	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	San Eduardo	Rural	0,00	100
Boyacá	San Miguel de Sema	Rural	0,00	100
Boyacá	San Pablo de Borbur	Rural	0,00	100
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	0,00	100
Boyacá	Somondoco	Rural	0,00	100
Boyacá	Sora	Rural	0,00	100
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Prevalencia	Puntaje
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	0,15	90
Cesar	Gamarra	Rural	0,16	89
Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	0,16	89
Sucre	San Onofre	Rural	0,16	89

Valle del Cauca	Yotoco	Rural	0,16	89
Bolívar	Río Viejo	Rural	0,17	88
Magdalena	Santa Ana	Rural	0,17	88
Valle del Cauca	El Águila	Rural Disperso	0,17	88
Amazonas	Leticia	Rural	0,18	88
Magdalena	Puebloviejo	Rural	0,18	87
Sucre	Tolú Viejo	Rural	0,19	87
Tolima	Cajamarca	Rural	0,19	87
Guaviare	San José del Guaviare	Rural	0,19	87
Antioquia	Carolina	Rural	0,20	86
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	0,20	86
Cesar	Chiriguaná	Rural	0,22	85
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	0,24	83
Quindío	Génova	Rural	0,25	83
Quindío	Pijao	Rural	0,35	76
Antioquia	Armenia	Rural	1,44	0

Fuente: CAC, 2020.

Tasa de incidencia de violencia contra las mujeres

La vulnerabilidad femenina ha sido un tema muy álgido, que se ha visibilizado en la última década, ampliando una realidad que sigue generando grandes traumas a la sociedad después de mucho tiempo. De acuerdo con la definición establecida en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, el término trata de “cualquier acto de violencia de género que tenga como resultado, o pueda tener como resultado, daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada” (42). Teniendo en cuenta la anterior definición, para el presente índice se tomó como fuente principal el reporte Forensis de medicina legal, donde el resultado en Cero (0) es porque no se notificaron casos de violencia contra las mujeres y no por ausencia de información de acuerdo con la fuente.

Por otro lado, es importante resaltar que según las proyecciones publicadas para el 2020 por la OMS el 30% de las mujeres en el mundo ha sufrido algún tipo de violencia física o sexual en algún momento de su vida y por lo menos 1/3 de mujeres entre 15 y 49 años presentaron violencia por parte de su pareja sentimental, en algún momento de su vida (43), cifras que aumentaron como consecuencia de la pandemia y que probablemente tengan un importante subregistro ya que las víctimas en el confinamiento manifestaron mayor temor de reportar (44). Para 2020 en Colombia, medicina legal reportó 18.902 casos de violencia contra las mujeres, concentrándose una gran mayoría (33,6%) en el grupo de 20 a 29 años (45). En tanto, el Observatorio Femicidios Colombia notifica para el mismo año 620 femicidios, siendo septiembre el mes de mayor aumento en el indicador y el departamento de Antioquia el que presenta la cantidad más alta de casos en el país (46)



De los 386 municipios analizados, el 45% reporta el indicador en 0 lo que representa en el conjunto de datos el mejor resultado y el techo del puntaje (100 puntos), congregados en su gran mayoría en el departamento de Boyacá (Aquitania, Arcabuco, Berbeo, Betétiva, Buenavista, Caldas, Campohermoso, Chíquiza, Chitaraque, Ciénega, El Cocuy, Floresta, Gachantivá, Gameza, Jericó, La Capilla, La Uvita, Maripí, Mongua, Pachavita, Páez, Pauna, Paz de Río, Pesca, Pisba, Quípama, Ráquira, Rondón, San Eduardo, San Luis de Gaceno, Socha, Somondoco, Sora, Susacón, Sutamarchán, Tasco, Tibaná, Tinjacá, Tipacoque, Togüí, Umbita, Viracachá, Zetaquirá), Santander (Aguada, Albania, Cabrera, Cepitá, Charta, Chima, Chipatá, Confines, Coromoro, El Guacamayo, Enciso, Galán, Guaca, Guapotá, Molagavita, San Joaquín, San Miguel, Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Sucre, Vetas) y Antioquia (Alejandría, Angostura, Anza, Argelia, Armenia, Caicedo, Caracolí, Frontino, Liborina, Maceo, Nariño, Nechí, Peque, Sabanalarga, San Francisco, Valparaíso, Vigía del Fuerte, Yondó), los 91 municipios restantes se encuentran agrupados en cada departamento en menor proporción.

El territorio que presenta el desempeño más bajo es Carolina (ver tabla 15) que corresponde a un municipio rural de Antioquia con cerca de 5.000 habitantes y que reportó en el 2020 por medio de medicina legal una tasa de 496,8 casos de lesiones de causa externa por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a un total de 10 casos en el año, 3 de ellos en menores de edad. A Carolina le siguen los municipios Labranzagrande de Boyacá, Carmen de Apicalá, Santa Isabel, Natagaima del Tolima y Puerto Wilches de Santander, todos con puntajes por debajo de 50 puntos.

El indicador señala una mínima de 0 puntos (tasa de 496,8 x 100.000 hab.) y una máxima de 100 puntos (tasa de 0,0 x 100.000 hab.), con una media de 92 puntos, lo que representa una tasa media entre 38,6 lesiones de causa externa en mujeres por cada 100.000 mujeres en el grupo evaluado.

Los valores más bajos, que se encuentran en el primer cuartil, contienen en su mayoría (66%) municipios pertenecientes a las zonas catalogadas como rurales y en menor proporción (34%) a las rurales dispersas. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 15. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

40 más altos				
Departamento	Municipio	Zona	Tasa x 100.000	Puntaje
Santander	Bolívar	Rural Disperso	111,50	78
Tolima	Falan	Rural Disperso	112,61	77
Tolima	Villahermosa	Rural	114,00	77
Meta	San Carlos de Guarca	Rural	114,10	77
Santander	Pinchote	Rural	114,59	77
Tolima	Pianadas	Rural Disperso	120,88	76
Santander	Cerrito	Rural	121,62	76
Santander	Sadana de Torres	Rural	123,23	75
Santander	Matanza	Rural Disperso	125,58	75
Nariño	Yacuanquer	Rural	125,94	75
Santander	La Paz	Rural Disperso	128,48	74
Cauca	Patía	Rural	129,61	74
Antioquia	Anorí	Rural	131,69	73
Antioquia	Campamento	Rural	134,20	73
Antioquia	Santafé de Antioquia	Rural	139,73	72
Antioquia	San Andrés de Cuerquía	Rural	141,00	72
Cundinamarca	Fomeque	Rural	144,58	71
Cundinamarca	Sasaima	Rural	144,85	71
Cundinamarca	Vergara	Rural	147,23	70
Huila	Isnos	Rural Disperso	149,12	70
40 más bajos				
Departamento	Municipio	Zona	Tasa x 100.000	Puntaje
Cundinamarca	Medina	Rural Disperso	153,5	69
Huila	Colombia	Rural Disperso	154,4	69
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	154,8	69
Tolima	Murillo	Rural Disperso	157,2	68
Antioquia	Gómez Plata	Rural	180,8	64
Cundinamarca	Guaduas	Rural	187,8	62
Santander	Mogotes	Rural	189,2	62
Cundinamarca	Sesquilé	Rural	190,4	62
Tolima	Coyaima	Rural Disperso	190,6	62
Boyacá	San Pablo de Borbur	Rural	195,4	61
Antioquia	Vegachí	Rural	197,5	60
Santander	Vélez	Rural	198,9	60



Meta	Puerto López	Rural Disperso	227,9	54
Tolima	Valle de San Juan	Rural	228,2	54
Santander	Puerto Wilches	Rural	253,2	49
Tolima	Natagaima	Rural	258,5	48
Tolima	Santa Isabel	Rural	262,9	47
Tolima	Carmen de Apicalá	Rural	363,6	27
Boyacá	Labranzagrande	Rural Disperso	436,1	12
Antioquia	Carolina	Rural	496,8	0

Fuente: FORENSIS (Cifras de lesiones de causa externa en Colombia. 2020 5-Violencia interpersonal. Colombia, 2020)

Toma de Mamografías

Una mamografía, consiste en la toma de una imagen de la mama por medio de Rx (47). Estas son usadas como tamizaje para la búsqueda de cáncer, siendo hasta el momento la prueba reina para la detección temprana. Dentro del grupo de países de la OCDE, Colombia cuenta el segundo mejor indicador de máquinas de mamografía en hospitales (22,3 x millón de hab.), después de Corea del Sur, pero no se tienen cuantificadas las máquinas que hay en consulta ambulatoria y en ese sentido es Estados Unidos quien lidera la lista con un indicador en 66,9 máquinas en consulta externa por millón de habitantes, seguido por Grecia (66,8) y Corea (63,4) (48).

De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer, las mujeres de 40 a 44 años deben tener la opción de iniciar el tamizaje con mamografía y continuar anualmente, a partir de los 45 años y hasta los 54 años debería ser obligatorio realizar la mamografía cada año y a partir de los 55 pueden optar por cambiar el mamograma de forma bienal. En Colombia de acuerdo con la resolución 3280, el examen se realiza a partir de los 50 años, continuando cada 2 años hasta los 69 años. (49)

Para el 2020, el cáncer de mama fue el más incidente en el mundo (11,7%), seguido por el

de pulmón (11,4%). En Colombia, el cáncer más incidente para ese mismo año fue de igual forma el de mama (13,7%), seguido por el de próstata (12,8%) (50). Cifras que dan una relevancia especial a las actividades de tamizaje con mamografía, pero que desafortunadamente no se encuentran al alcance de toda la población en riesgo, si se tienen en cuenta las grandes barreras para el acceso a los servicios de salud que presentan las poblaciones más dispersas del país.

Para los municipios revisados, se encuentra un promedio de 30 puntos y una media de 7 mamografías por cada 100 mujeres, con una mínima de 0% y un máximo del 43% de mujeres con toma de mamografía (ver tabla 16). Al estandarizar los datos, se encuentran 9 territorios con un puntaje de 0 (Zapayán, Santa Sofía, Nechí, Cáceres, El Peñón, Santa Bárbara, Cerro San Antonio, Río Viejo y Altos del Rosario) y con un puntaje de 100, se encuentra a Villagarzón, municipio perteneciente al departamento del Putumayo donde por cada 100 mujeres entre los 50 y 69 años se realizaron 43 mamografías. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 16. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE PROPORCIÓN DE MUJERES ENTRE LOS 50 Y 69 AÑOS CON TOMA DE MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS POR IPS

20 más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Putumayo	Villagarzón	Rural	43,3%	100
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	40,9%	95
Nariño	Tangua	Rural Disperso	33,9%	78
Amazonas	Leticia	Rural	28,9%	67
Nariño	Aldana	Rural	27,2%	63
Nariño	Puerres	Rural	27,1%	63
Cauca	Patía	Rural	26,2%	61
Nariño	Córdoba	Rural Disperso	25,3%	58
Santander	Vélez	Rural	24,8%	57
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	24,8%	57
Guaviare	San José del Guaviare	Rural	24,7%	57
Meta	San Martín	Rural Disperso	22,0%	51
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	21,8%	50
Santander	California	Rural	21,7%	50
Santander	Puerto Wilches	Rural	21,5%	50
Cesar	San Alberto	Rural	21,4%	49
Nariño	El Peñol	Rural	21,3%	49
Putumayo	San Miguel	Rural	21,1%	49
Nariño	Funes	Rural	20,9%	48
Nariño	La Florida	Rural	20,9%	48
20 más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Magdalena	Pedraza	Rural	0,43%	1
Magdalena	Pijiño del Carmen	Rural	0,41%	1
Magdalena	Sabanas de San Angel	Rural Disperso	0,40%	1
Magdalena	Santa Ana	Rural	0,39%	1
Magdalena	Tenerife	Rural	0,38%	1
Santander	Bolívar	Rural Disperso	0,38%	1
Santander	Capitá	Rural Disperso	0,36%	1
Santander	Confines	Rural Disperso	0,36%	1
Santander	El Peñón	Rural Disperso	0,36%	1
Santander	La Paz	Rural Disperso	0,27%	1
Tolima	Villarrica	Rural	0,23%	1
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	0,17%	0



Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	0,17%	0
Antioquia	Nechí	Rural	0,17%	0
Bolívar	Altos del Rosario	Rural	0,15%	0
Bolívar	El Peñón	Rural	0,13%	0
Bolívar	Río Viejo	Rural	0,10%	0
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	0,09%	0
Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	0,09%	0
Magdalena	Zapayán	Rural	0,00%	0
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	0,00%	0

Fuente: Reporte Resolución 4505 - cruzado con BDUa y RIPS. Dispuesto en SISPRO MinSalud.

Toma de Citología

Examen paraclínico considerado como el mejor tamizaje para la detección de cáncer de cérvix, también llamado Papanicolau por la técnica con que se analiza, el cual una vez sale como positivo es señal de aviso inmediato para realizar colposcopia, que consiste en la biopsia de las lesiones sospechosas. Después de esto y dependiendo de los resultados se inicia el tratamiento más conveniente (51).

Aunque las coberturas de tamizaje han aumentado en Colombia, es una de las tareas que se debe realizar con persistencia desde el sistema de salud ya que el miedo y algunos mitos ante el examen, además de las barreras ya conocidas para tener acceso al servicio, impiden de manera tácita que dichas coberturas tuvieran el éxito que se requiere.

En las coberturas a nivel rural, teniendo en cuenta los municipios objeto de análisis, se observan en general coberturas bajas, donde las proporciones manejan una mediana de 38%, un cuartil superior que se mueve por encima del 45%, y un cuartil inferior que se mueve en un rango de 9% hasta 31%. Entendiendo que el techo lo pone puerto Wilches Santander, con una proporción de 94% equivalente a un puntaje de 100, seguido de bugalagrande municipio del Valle del Cauca con el 87% paralelo a 91 puntos (ambos municipios catalogados como



rurales), le siguen Gramalote (Norte Santander), Cáceres (Antioquia), Tame (Arauca), Río de Oro (César) y San Luis de Gaceno (Boyacá), con puntajes por debajo de 80 (ver tabla 17). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 17. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE PROPORCIÓN DE TOMA DE CITOLOGÍA

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Proporción	Puntaje
Santander	Puerto Wilches	Rural	94%	100
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	87%	91
Norte de Santander	Gramalote	Rural	76%	78
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	72%	74
Arauca	Tame	Rural Disperso	72%	73
Cesar	Río de Oro	Rural	69%	71
Boyacá	San Luis de Gaceno	Rural	66%	67
Caldas	Salamina	Rural	64%	64
Boyacá	Oicatá	Rural Disperso	63%	63
Huila	Teruel	Rural	62%	62
Santander	Suratá	Rural Disperso	62%	62
Nariño	El Rosario	Rural	61%	61
Cesar	El Paso	Rural Disperso	61%	60
Cauca	Caloto	Rural	60%	59
Nariño	Córdoba	Rural Disperso	60%	59
Caldas	Pácora	Rural	58%	58
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	58%	57
Boyacá	Gameza	Rural	57%	56
Boyacá	Soracá	Rural	57%	56
Cauca	Paez	Rural Disperso	56%	55
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Proporción	Puntaje
Bolívar	El Peñón	Rural	21%	14
Cundinamarca	Guatavita	Rural Disperso	21%	14
Cundinamarca	Medina	Rural Disperso	21%	14
Magdalena	Tenerife	Rural	21%	14
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	21%	14
Santander	California	Rural	21%	14
Antioquia	Nechi	Rural	20%	13
Nariño	Francisco Pizarro	Rural	20%	13
Santander	Bolívar	Rural Disperso	20%	13
Bolívar	Simiti	Rural	19%	12
Santander	Confines	Rural Disperso	19%	12
Bolívar	Altos del Rosario	Rural	17%	10
Bolívar	Cantagallo	Rural	17%	9



Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	17%	9
Magdalena	Zapayán	Rural	17%	9
Santander	Cepitá	Rural Disperso	17%	9
Santander	Guaca	Rural	16%	8
Santander	Sucre	Rural Disperso	16%	8
Magdalena	El Piñón	Rural	9%	0
Santander	Albania	Rural Disperso	9%	0

Fuente: Reporte Resolución 4505 - cruzado con BDUA y RIPS. Dispuesto en SISPRO MinSalud.

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es considerada como “todo acto de violencia física, verbal o psicológica que se comete por uno o más miembros de la familia, contra uno o más miembros de dicha unidad familiar” (52), es de los flagelos que causan mayor trauma en la sociedad, ya que cada una de las violencias que lo componen (violencia física, psicológica, sexual, económica o de género) son lesivas para todos los integrantes del hogar y por ende vulnera su módulo funcional.

De acuerdo con el reporte de medicina legal, para el 2020 Colombia presentó 5.069 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes con mayor predominio en el grupo etario de 10 a 14 años (37%) y donde los padres son los principales agresores, 10.060 casos de violencia entre otros familiares donde la mayor cantidad de agresiones se da entre hermanos y 1.495 casos de violencia contra el adulto mayor donde los fundamentales agresores son los hijos.

Es contradictorio observar como las familias que se supone componen las redes de apoyo más básicas de un individuo dentro de una sociedad, se convierten en los principales agresores, según lo ratificado por algunos autores, ya que según algunos estudios y como se aprecia en los registros de agresión, estos tipos de violencia se sustentan en dinámicas de poder/afecto y dominación/subordinación, subyugando a quienes están en estado de desventaja (53),.

En un país que ha sido marcado por la violencia, es preciso encender las alarmas en estos tipos de emociones que están generando profundas heridas desde las etapas más tempranas de las personas, pero no solo quedarse en la generación de alertas sino en la ejecución de estrategias que permitan sanar heridas al interior de las familias y por ende del país en todos sus niveles.

De los 386 municipios evaluados, 177 reportaron en cero (0) el indicador, de los cuales 105 pertenecían al área rural y 72 al rural disperso, en ese mismo grupo se identifican 25 territorios que están vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y 58 incluidos dentro de los municipios catalogados como zonas más afectadas por el conflicto armado (ZOMAC).

El municipio con el desempeño más bajo en el indicador es Vergara perteneciente al departamento de Cundinamarca, con una tasa de 223,2 violencias reportadas por cada 100.000 hab., población rural con cerca de 146km² que cuenta con un aproximado 7.167 habitantes. A este le sigue Guadalupe de Santander, Soracá de Boyacá, Murillo de Tolima, Coromoro de Santander, Tauramena de Casanare, Guatavita de Cundinamarca, Briceño de Antioquia y Carmen de Carupa de Cundinamarca, con puntajes menores a 40, que califican tasas entre 138,5 y 223,2 x 100.000 hab. (ver tabla 18). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 18. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

20 más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Cundinamarca	Guaduas	Rural	99,36	55
Antioquia	Vegachí	Rural	99,68	55
Antioquia	Carolina	Rural	100,70	55
Boyacá	San Pablo de Borbur	Rural	104,23	53
Huila	Isnos	Rural disperso	104,98	53
Tolima	Carmen de Apicalá	Rural	105,28	53
Boyacá	Labranzagrando	Rural disperso	114,51	49
Santander	Cerrito	Rural	129,81	42
Cundinamarca	Medina	Rural disperso	133,97	40
Santander	California	Rural	134,41	40
Cundinamarca	Carmen de Carupa	Rural disperso	138,54	38
Cundinamarca	Guatavita	Rural disperso	146,82	34
Antioquia	Briceño	Rural disperso	147,78	34
Casanare	Tauramena	Rural disperso	150,96	32
Tolima	Coyaima	Rural disperso	155,62	30
Santander	Coromoro	Rural disperso	159,24	29
Tolima	Murillo	Rural disperso	168,96	24
Boyacá	Soracá	Rural	197,76	11
Santander	Guadalupe	Rural	201,43	10
Cundinamarca	Vergara	Rural	223,25	0

Fuente: Forensis, 2020.



DIMENSIÓN

Talento Humano en Salud

Considerada como la dimensión que representa el talento humano en salud simbolizado en las profesiones de médicos y enfermeras. En 2020 la OMS estimó que el talento humano en salud en el mundo se encontraba alrededor de los 65 millones (54) y en Colombia la cifra es de 406.833 (55), donde se encuentran incluidos los perfiles de Bacteriología, Enfermería, Medicina, Nutrición y dietética, Odontología, Optometría, Química Farmacéutica, Fisioterapia, Fonoaudiología, Instrumentación quirúrgica, Terapia ocupacional y Terapia respiratoria. Específicamente para el indicador de profesionales de medicina y enfermería, Colombia cuenta con una densidad de 39,5 profesionales por 10.000 habitantes, cifras que se calculan teniendo en cuenta la sumatoria de las 2 profesiones. A diferencia de estos datos generales, el presente índice procura reportar las cifras por separado para generar una mayor atención al respecto.

Densidad de enfermeras

En el 2022, mediante la resolución 755, se adopta la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031, normativa esperada durante varios años por este grupo laboral, que busca mejorar las condiciones de formación, desempeño, gestión y desarrollo integral del personal y que además se centra en tres líneas estratégicas i) Condiciones para el ejercicio, el desempeño y gestión para el desarrollo profesional y auxiliar de Enfermería, ii) Fortalecimiento de com-

petencias y calidad de la formación en enfermería y iii) Autonomía y liderazgo profesional (56).

Para el 2020, el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) indicó que para enfermería se registraban 78.103 profesionales y 305.548 auxiliares, el problema radica en que la mayoría de dicho talento humano se concentra en las grandes ciudades.

En el grupo de municipios de clasificación rural y rural disperso, que están sujetos al presente análisis, se encuentra que el 22,5% quedó en cero (0) en la estandarización de los resultados, dado que no cuentan con el registro de este personal o porque dicho registro es muy bajo, moviéndose entre 0,0 y 0,3, dentro de este conjunto de municipios se encuentra a Cáceres, Buenos Aires, Alejandría, Anorí, Belmira, Ebéjico, Giraldo, Gómez Plata, Maceo, Peque, San Francisco, San José de La Montaña, Valparaíso, Yondó, Arenal, Cantagallo, Arcabuco, Berbeo, Betétiva, Briceño, Buenavista, Caldas, Campohermoso, Chitaraque, Ciénega, Corrales, Gachantivá, Gameza, Jericó, La Capilla, La Uvita, Maripí, Oicatá, Pachavita, Ráquira, Rondón, San Eduardo, San Luis de Gaceno, San Miguel de Sema, San Pablo de Borbur, Socha, Somondoco, Sora, Sotaquirá, Susacón, Tasco, Tinjacá, Tota, Viracachá, Zetaquirá, La Vega, Cucunubá, Puerto Salgar, Elías, Iquira, Remolino, Santa Bárbara de Pinto, El Peñol, Funes, Policarpa, Yacuanquer, La Playa, Albania, Cabrera, California, Cepitá, Concepción, El Guacamayo, Enciso, Galán, Guadalupe, Guapotá, La Paz, Los Santos, Matanza, Mogotes, Puerto Parra,

Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Vetas, Carmen de Apicalá, Casabianca, Coello, Herveo, Piedras, Roncesvalles y Valle de San Juan.

El municipio que registra la razón más alta de enfermeros por 10.000 habitantes es San Joaquín (Santander), seguido de El Peñón (Cundinamarca), Francisco Pizarro (Nariño), San José del Guaviare (Guaviare), San Juan del Cesar (La Guajira), Leticia (Amazonas), San Miguel (San Miguel), Guachucal (Nariño) y Mitú (Vaupés), todos con razones por encima de 10 enfermeros por cada 10.000 habitantes, el resto de los municipios se encuentran por debajo de esta cifra (ver tabla 19). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 19. PUNTAJES ESTANDARIZADOS DE LA DENSIDAD DE ENFERMERAS X10.000 HAB.

10 puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Densidad	Puntaje
Santander	San Joaquín	Rural disperso	67,9	100
Cundinamarca	El Peñón	Rural disperso	52,2	77
Nariño	Francisco Pizarro	Rural	47,3	70
Guaviare	San José del Guaviare	Rural	16,7	25
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	14,5	21
Amazonas	Leticia	Rural	12,7	19
Santander	San Miguel	Rural disperso	12,1	18
Nariño	Guachucal	Rural	11,4	17
Vaupés	Mitú	Rural disperso	11,3	17
Bolívar	Talaigua Nuevo	Rural	9,1	13

Fuente: Cubo-RETHUS.

Densidad de médicos generales

La presencia de los profesionales médicos en todos los ciclos de vida de un ser humano es imprescindible, ya que desde la concepción e incluso antes, están atentos a que el proceso de fertilidad y embarazo lleven un curso normal o en su defecto están preparados para reaccionar oportunamente ante cualquier eventualidad, de la misma manera sucede en cada etapa, incluida la muerte.

La labor médica, es un acto de vocación que implica cuidar el bienestar del prójimo, y como lo dijo Hipócrates, para ser médico se necesita de “disposición natural, enseñanza, lugar oportuno, instrucción desde la niñez, amor al trabajo y actividad” (57), acciones que requieren de cierto grado de sacrificio hacia el otro.



Por otra parte, es importante resaltar que la ausencia de personal sanitario en amplias zonas del país, especialmente las más alejadas, se debe a tres grandes factores que han sido resaltados en varias oportunidades desde el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud y la pertinencia en la formación para las necesidades del sistema. La distribución equitativa del talento humano en el territorio nacional que se debe a varios factores, como los incentivos laborales, pero también y en gran medida, las oportunidades de desarrollo profesional y familiar que en muchas regiones son limitadas, además de las condiciones laborales dignas en las cuales debe ejercer su profesión. Es imprescindible brindar mayores oportunidades de formación en los territorios acompañada de incentivos para lograr una retención de personal que dé cuenta de lo que sucede en cada nivel territorial.

Lo anterior se observa al analizar los 386 municipios incluidos en el índice, cuando se presentan 124 municipios que no inscriben en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud ningún profesional de medicina, dentro de los que se encuentran: Sasaima, Morales, Paez, Entrerrios, Fuente de Oro, Achí, Puerto Rico, San Carlos de Guaroa, Santa Bárbara, San Martín, Tenerife, Ituango, Valdivia, Puerto Nare, El Zulia, Los Santos, Sabanas de San Angel, Cajamarca, Uribia, Rovira, Dabeiba, El Piñon, Rionegro, Sitionuevo, La Paz, Cáceres, Buenos Aires, Puebloviejo, Toribio, Alejandría, Angostura, Anza, Argelia, Belmira, Caicedo, Giraldo, San José de La Montaña, Vigía del Fuerte, Yondó, Cantagallo, El Peñón, San Fernando, San Jacinto del Cauca, Arcabuco, Berbeo, Briceño, Buenavista, Caldas, Campohermoso, Chitaraque, Ciénega, Corrales, Chíquiza, El Cocuy, Gachantivá, Gameza, Jericó, La Capilla, Macanal, Maripí, Oicatá, Pachavita, Páez, Pauna, Pisba, Quípama, Ráquira, Rondón, San Eduardo, San Luis de Gaceno, San Miguel de Sema, San Pablo de Borbur, Santa Sofía, Siachoque, Somondoco, Sora, Sotaquirá, Soracá, Sutamarchán, Tasco, Tinjacá, Togüí, Tota, Tuta, Viracachá, Zetaquirá, Becerril, Río de Oro, Puerto Salgar, Tausa, Oporapa, Remolino, Cachirá, Gramalote, Herrán, La Playa, Aguada, California, Cepitá, Cerrito, Charta, Chima, Chipatá, Confines, Curití, Enciso, Galán, Guapotá, Matanza, Mogotes, Puerto Parra, Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Simacota, Vetas, Anzoátegui, Coello, Coyaima, Dolores, Herveo, San Luis, Valle de San Juan, Villarrica y El Águila, 54% de ellos pertenecientes a al área rural dispersa. Cabe resaltar que en el registro que realiza un profesional en el RETHUS, no consigna la ubicación de residencia en el momento en que se inscribe al sistema, gran falencia con la que se cuenta ya que no es posible rastrear la ubicación del talento humano en salud en tiempo real.



El techo de la tabla lo impone el municipio de San Joaquín (Santander), territorio que registra 176,6 médicos por cada 10.000 habitantes, seguido de Francisco Pizarro y San Miguel (ver tabla 20). Los 10 primeros en la tabla califican razones entre 8,9 y 176,6 médicos por 10.000 habitantes. Los datos del indicador tienen un promedio de 2 puntos, lo que equivale a un promedio de 3,3 médicos x 10.000 hab. en los 386 municipios analizados. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 20. PUNTAJES ESTANDARIZADOS DE LA DENSIDAD DE MÉDICOS X10.000 HAB.

10 puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Densidad	Puntaje
Santander	San Joaquín	Rural disperso	176,6	100
Nariño	Francisco Pizarro	Rural	99,6	56
Santander	San Miguel	Rural disperso	40,4	23
Antioquia	Armenia	Rural	37,6	21
Cundinamarca	El Peñón	Rural disperso	37,4	21
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	27,0	15
Guaviare	San José del Guaviare	Rural	12,9	7
Amazonas	Leticia	Rural	10,9	6
Boyacá	Paz de Río	Rural	9,5	5
Huila	San Agustín	Rural	8,9	5

Fuente: Cubo-RETHUS.



DIMENSIÓN

Microeconómica

En esta dimensión se ubican 3 indicadores que buscan describir unas acciones individuales que conforman parte de la base financiera que se encuentra en la entrada del sector salud, dentro de ellos se encuentra la categorización de riesgo para las ESE del nivel territorial, el índice de desempeño fiscal y el índice de pobreza multidimensional.

Categorización de riesgo de ESE del nivel territorial para la vigencia 2019

De acuerdo con el artículo 80 de la ley 1348, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene el compromiso anual de remitir a las direcciones departamentales, municipales y distritales un reporte del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta equilibrio y viabilidad financiera, según sus indicadores y de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio en mención (58).

Para el año 2020, el estado de emergencia sanitaria no permitió la publicación de la resolución que categoriza el riesgo de las ESE, motivo por el cual en el documento de salud rural se tomarán los valores publicados en la resolución 1342 de 2019, en la que solamente dos entidades (ESE Hospital local Turbaná y ESE Camu Chimá) quedaron con calificación de alto riesgo por no tener la información al corte de la elaboración del informe (59).

Por otro lado, es importante resaltar que el indicador se comporta de forma negativa, a mayor ries-

go menor capacidad de gestión efectiva en salud, por lo tanto, menor puntaje de desempeño en la estandarización de los valores.

De los 386 municipios analizados, 251 se encuentran sin riesgo y 49 fueron catalogados en riesgo bajo (Bugalagrande, Santa Isabel, San Luis, Natagaima, Cajamarca, Puente Nacional, Ocamonte, Concepción, Cimitarra, Génova, Gramalote, Santacruz, Linares, El Tablón de Gómez, Sitionuevo, Puebloviejo, Pijiño del Carmen, Nueva Granada, San Juan del Cesar, Tello, Paicol, Nátaga, Hobo, Tausa, Toribio, Buenos Aires, Valparaíso, Belén de Los Andaquies, Viracachá, Socha, Santa Sofía, Rondón, Quípama, Otanche, Oicatá, Macanal, Caldas, Buenavista, Boyacá, Arcabuco, Altos del Rosario, San Roque, San José de La Montaña, San Francisco, Necoclí, Maceo, Caicedo, Anza y Abejorral) en su gran mayoría de Boyacá y Antioquia, 21 en riesgo medio (San Miguel, El Cairo, Piedras, San Onofre, La Unión, Santa Helena del Opón, Santa Bárbara, Pinchote, Cepitá, Zapayán, Tenerife, Pivijay, Iquira, Sesquilé, El Doncello, San Eduardo, Berbeo, Campamento, Briceño y Angostura).

En riesgo alto se relacionan 65 territorios (Leticia, Prado, Carmen de Apicalá, Tolú Viejo, Sucre, Ovejas, Guaranda, Caimito, Vetas, Suratá, San Joaquín, Puerto Wilches, Guapotá, El Peñón, Confines, Chipatá, Charta, California, Cabrera, Aguada, Pijao, Santa Bárbara, Francisco Pizarro, Barbacoas, Santa Ana, San Zenón, San Sebastián de Buenavista, Remolino, El Piñon, Chivolo, Cerro San Antonio,

Condoto, Vergara, Sasaima, Puerto Salgar, El Peñón, Cucunubá, Carmen de Carupa, Pelaya, La Gloria, Chiriguaná, Becerril, Tipacoque, Paz de Río, Maripí, El Cocuy, Zambrano, Talaigua Nuevo, Hatillo de Loba, Cantagallo, Arenal, Piojó, Yondó, Vigía del Fuerte, Valparaíso, Valdivia, Toledo, Puerto Nare, Nariño, Mutatá, Ebéjico, Cáceres, Armenia, Argelia y Alejandría) en su gran mayoría de Antioquia, Santander y Magdalena.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

Desempeño Fiscal

Es un indicador sintético publicado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) que evalúa seis categorías de las entidades territoriales en sus diferentes niveles, dichas categorías son las siguientes (60):

- **Autofinanciación de los gastos de funcionamiento.** Mide a “parte de recursos de libre destinación asignada a pago de nómina y gastos generales de operación de la administración central de la entidad territorial”.
- **Respaldo del servicio de la deuda.** “Proporción de los ingresos disponibles que están respaldando el servicio de la deuda”, esperando que el total de la deuda no supere la capacidad de pago de la entidad.
- **Dependencia de las transferencias de la Nación y las Regalías (SGR).** “indica el peso que tienen estos recursos en el total de ingresos y su magnitud refleja el grado en el cual las transferencias y regalías se convierten en los recursos fundamentales para financiar el desarrollo territorial”.
- **Generación de recursos propios.** Indicador que complementa el de transferencias de la nación y regalías, ya que “mide el peso relativo de los ingresos tributarios en el total de ingresos corrientes, obteniendo la generación de rentas tributarias propias”.
- **Magnitud de la inversión pública.** “cuantificar el grado de inversión que hace la entidad territorial, respecto del gasto total”.
- **Capacidad de ahorro.** “Balance entre los ingresos y los gastos corrientes y es igual al ahorro corriente como porcentaje de los ingresos corrientes”, actuando como medida de solvencia de la entidad territorial para generar excedentes propios.

Para efectos del presente índice se tendrán en cuenta los resultados obtenidos por el nivel municipal, más específicamente en los 386 municipios catalogados como rurales y rurales dispersos que contaron con la mayoría de la información requerida. De acuerdo con el boletín del DNP, para el 2020 en el nivel municipal se presentó un incremento en la dependencia de las transferencias con respecto al año anterior, por otro lado, se recalca que los ingresos tributarios que habían tenido un ascenso importante en sus cifras a partir del año 2000 tuvieron una caída del 5,9% en el año 2020, siendo el impuesto predial el más representativo en ese grupo, convirtiéndose en el único que tuvo crecimiento durante ese año.

El municipio que puso el techo del indicador, y que por lo mismo obtuvo 100 puntos en el ejercicio de estandarización, es Úmbita (Boyacá) con un desempeño fiscal del 72,3%, seguido de Cimitarra (Santander), Sutamarchán (Boyacá) y Mongua (Boyacá), municipios entre los 95 y 99 puntos (ver tabla 21). Por encima del Cuartil 3 (77 puntos), se ubican 87 municipios de los cuales el 24,1% pertenece al departamento de Boyacá, el 10,34% al departamento de Cundinamarca, el 9,20% a Santander al igual que en Huila y un 8,05% de Antioquia y Nariño, el resto de los departamentos tienen una participación menor al 7% en este fragmento superior.



En la parte inferior de la tabla se puede observar con el dato mínimo al municipio de Sucre con un desempeño fiscal de 17,6 puntos y un puntaje de 0 en la estandarización, seguido por Morales (Bolívar) con 30 puntos, Rioblanco (Tolima), Buenos Aires (Cauca), Cajamarca (Tolima) y Talaigua Nuevo (Bolívar), todos por debajo de los 40 puntos.

TABLA 21. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL ÍNDICE DE DESEMPEÑO FISCAL

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	IDF	Puntaje
Boyacá	Umbita	Rural	72	100
Santander	Cimitarra	Rural	71	98
Boyacá	Sutamarchán	Rural	70	96
Boyacá	Mongua	Rural	70	95
Caldas	Norcasia	Rural	69	94
Boyacá	Tuta	Rural	69	93
Huila	Hobo	Rural	68	92
Santander	Charta	Rural Disperso	67	91
Putumayo	Orito	Rural	67	91
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	67	89
Casanare	Tauramena	Rural Disperso	66	89
Meta	Currabal	Rural Disperso	66	88
Santander	Oiba	Rural	66	88
Nariño	El Peñol	Rural	65	87
Valle del Cauca	Yotoco	Rural	65	87
Antioquia	Buriticá	Rural Disperso	65	86
Antioquia	Valdivia	Rural Disperso	65	86
Bolívar	Hatillo de Loba	Rural	65	86
Boyacá	San Pablo de Borbur	Rural	65	86
Boyacá	Zetaquirá	Rural Disperso	65	86
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	IDF	Puntaje
Boyacá	Chitaraque	Rural Disperso	43	47
Sucre	La Unión	Rural	43	47
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	43	46
Cauca	Caloto	Rural	43	46
Antioquia	Toledo	Rural Disperso	42	45
Tolima	Coyaima	Rural Disperso	42	45
Antioquia	Campamento	Rural	42	44

Bolívar	San Martín de Loba	Rural	41	43
Antioquia	Aleandría	Rural	40	42
Boyacá	Susacón	Rural	40	41
Norte de Santander	Gramalote	Rural	40	41
Valle del Cauca	El Águila	Rural Disperso	40	41
Antioquia	Nariño	Rural	39	40
Magdalena	San Sebastián de Buenavista	Rural	39	40
Bolívar	Talaigua Nuevo	Rural	38	37
Tolima	Cajamarca	Rural	38	37
Cauca	Buenos Aires	Rural	38	36
Tolima	Rioblanco	Rural Disperso	37	36
Bolívar	Morales	Rural Disperso	34	30
Sucre	Sucre	Rural	18	0

Fuente: DNP, 2020.

La media del desempeño fiscal en el grupo de los 386 municipios se encuentra en 54,5 puntos, con una mínima de 17,59 puntos y una máxima de 72,32 puntos, evidenciando que en su gran mayoría no se observa un desempeño fiscal en riesgo. De acuerdo con los rangos de desempeño fiscal, ninguno de los 386 municipios es solvente, tan solo 4 de ellos son sostenibles (Úmbita, Cimitarra, Sutamarchán y Mongua), el 24% se encuentra en el rango de vulnerabilidad, el 73% en riesgo y el 6% en deterioro (Sucre, Morales, Rioblanco, Buenos Aires, Cajamarca y Talaigua Nuevo).

Índice de Pobreza Multidimensional

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) fue creado por el Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) con el fin de identificar el motivo de las necesidades en una población (61). El DNP define el IPM como “la combinación del porcentaje de personas consideradas pobres, y de la proporción de dimensiones en las cuales los hogares son, en promedio, pobres” (61).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPHI consideran que los índices de pobreza multidimensional son una herramienta primordial para la creación de políticas en un marco de equidad, ya que corresponden a mediciones que permiten visualizar las poblaciones más vulnerables en un territorio o un país, ante enfermedades o implicaciones socioeconómicas producto de emergencias sanitarias, como la ocurrida con la pandemia por la COVID-19 (62). Para el presente



ejercicio de priorización la variable se comporta de forma negativa, a mayor índice de pobreza, menor puntaje en la estandarización de datos.

Según la metodología del DANE, “la Medida de Pobreza Multidimensional Municipal de Fuente Censal está conformada por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos domiciliarios (63), las mismas que agrupan 15 indicadores, los cuales buscan identificar diversos niveles de pobreza. En esta metodología se consideran en situación de pobreza los hogares que tengan privación en por lo menos el 33,3% de los indicadores”.

Para el 2020 la pobreza multidimensional en Colombia fue del 18,1% el cual aumentó con respecto al 2019, presentando una diferencia significativa entre las cabeceras (12,5%) y los centros poblados junto con el rural disperso, siendo estos últimos 3 veces más altos (64) y así como lo cita Annan, la pobreza es el más grande enemigo para la salud (65).

Dentro de la revisión realizada, en esta variable se puede observar un puntaje promedio de 45 y una media del indicador en los 386 municipios del 44%, con un mínimo del 17,7% y un máximo de 92,2%, donde el mejor desempeño está dado por

el municipio de Sesquilé (Cundinamarca) con 100 puntos que representan el porcentaje más bajo de IPM (17,7%), seguido de Amalfi (Antioquia) con el 19,1%. El puntaje más bajo lo obtiene Uribia de La Guajira, por registrar el porcentaje más alto de pobreza multidimensional en el grupo analizado (ver tabla 22). El 25% que concentra los resultados más altos de pobreza, contiene en su gran mayoría municipios de Bolívar (Hatillo de Loba, Tiquisio, Altos del Rosario, Montecristo, Pinillos, El Peñón, San Jacinto del Cauca, San Fernando, Zambrano, Achí, Córdoba, Arenal, San Martín de Loba, Morales, Río Viejo y Simití), Magdalena (Zapayán, Sitionuevo, Sabanas de San Ángel, Nueva Granada, San Sebastián de Buenavista, Cerro San Antonio, Pijiño del Carmen, Guamal, Santa Bárbara de Pinto, Puebloviejo, Algarrobo, Tenerife, San Zenón, Pedraza, Ariguaní y Chivolo) y Antioquia (Vigía del Fuerte, Cáceres, Necoclí, Nechí, Dabeiba, Valdivia, Campamento, Mutatá, Ituango, Briceño, Caicedo, Toledo, Peque, Anorí y Angostura). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

Hay teorías que insinúan que la pobreza multidimensional estuvo directamente relacionada con los desenlaces fatales por COVID – 19, aunque hasta el momento no se conoce ningún estudio que compruebe de forma contundente lo anterior.

TABLA 22. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	IPM	Puntaje
Cundinamarca	Sesquilé	Rural	17,7	100
Antioquia	Amalfi	Rural	19,1	98
Quindío	Salento	Rural	19,7	97
Antioquia	Carolina	Rural	20,4	96
Boyacá	Socha	Rural	20,8	96

Tolima	Carmen de Apicalá	Rural	20,7	96
Valle del Cauca	Yotoco	Rural	20,8	96
Boyacá	Paz de Río	Rural	21,6	95
Santander	California	Rural	21,2	95
Meta	Cubarral	Rural Disperso	21,8	94
Nariño	Ancuyá	Rural	22,2	94
Antioquia	Entrerrios	Rural	23,1	93
Boyacá	Oitacá	Rural Disperso	22,8	93
Cundinamarca	Sasaima	Rural	22,9	93
Meta	Castilla la Nueva	Rural	23,1	93
Meta	Guamal	Rural	22,6	93
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	22,9	93
Valle del Cauca	Riofrío	Rural	23,2	93
Santander	Pinchote	Rural	23,8	92
Cundinamarca	Tausa	Rural Disperso	24,3	91

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	IPM	Puntaje
Norte de Santander	La Playa	Rural Disperso	67,9	33
Magdalena	Sabanas de San Angel	Rural Disperso	69,4	31
Sucre	San Onofre	Rural	69,0	31
Bolívar	Montecristo	Rural Disperso	70,1	30
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	69,7	30
Nariño	Francisco Pizarro	Rural	69,5	30
Bolívar	Altos del Rosario	Rural	70,7	29
Magdalena	Sitionuevo	Rural	70,7	29
Magdalena	Zapayán	Rural	70,4	29
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	70,5	29
Nariño	Ricaurte	Rural Disperso	71,9	27
Bolívar	Tiquisio	Rural Disperso	73,0	26
Bolívar	Hatillo de Loba	Rural	73,8	25
Cesar	Pueblo Bello	Rural Disperso	74,9	23
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	75,1	23
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	74,8	23
Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	76,1	22
Nariño	Barbacoas	Rural	76,1	22
Nariño	Olaya Herrera	Rural	75,9	22
La Guajira	Uribia	Rural Disperso	92,2	0

Fuente: DANE, 2020.



02

EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Eje que pretende acercarse a la realidad institucional, analizando su desempeño por medio de 3 dimensiones (acceso a servicios, efectividad del acceso a servicios y oportunidad del servicio) y 9 indicadores.

DIMENSIÓN

Acceso a Servicios

Dimensión que por medio de 2 indicadores (% de partos NO atendidos en instituciones de salud y Tutelas en salud) busca evaluar el grado de acceso a los servicios de salud por parte de la población colombiana residente en los municipios rurales.

Partos NO atendidos en instituciones de salud

El parto, considerado como un proceso natural de la mujer, con el paso de los años se ha convertido en un proceso médico con el que se pretende mejorar la expectativa de vida de los niños al nacer y la seguridad de la madre, por medio de medicamentos y nuevas tecnologías. A partir de esto se han mejorado los indicadores de mortalidad materna y de mortalidad perinatal que se manejaban décadas atrás e incluso siglos (66), pero no por esto se puede desconocer que hay cultura en las que existen expertas parteras que poco son reconocidas en la labor que realizan en el domicilio de las madres, las cuales procuran mantener el proceso natural de la mujer (67).

Es necesario que por medio del enfoque diferencial del que se habla en las políticas de salud pública empiece a generar consensos culturales y científicos, donde los beneficiarios sean los binomios madre – hijo. En el presente indicador, se midieron los partos atendidos en domicilio desde la perspectiva de riesgo, dado que hasta que se cuente con un registro juicioso de la labor que realizan las

parteras en los territorios, se podrá tener seguridad de las condiciones exactas en las que se dio el nacimiento de estos niños, además del estado físico de los involucrados. Por tal motivo se toma como un indicador negativo que a mayor cantidad mayor riesgo representa para estas comunidades, especialmente para las más apartadas.

Dentro de los municipios analizados, 10 registran el 100% de sus nacimientos en el domicilio (Gameza, Pesca, Saboyá, Somondoco, Sora, Zetaquirá, Tausa, Elías, Gramalote, Charta), pero solamente uno de ellos muestra una cifra importante en mortalidad materna (Charta, Santander), por lo contrario, en el indicador de mortalidad neonatal estos municipios no registran casos. De los territorios que presentan entre el 50% y más atenciones en domicilio (ver tabla 23), su gran mayoría se encuentra en el rural disperso (61%), de los que un 35% pertenecen a zonas de conflicto armado, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, se observan 132 municipios que no registran casos de partos domiciliarios, de los cuales el 40% corresponde a territorios ubicados en el rural disperso y donde el 9% pertenece a zonas de conflicto armado. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 23. PUNTAJE ESTANDARIZADO % ATENCIÓN DE PARTOS EN DOMICILIO

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Partos en Domicilio (%)	Puntaje
Boyacá	Chitaraque	Rural disperso	50%	50
Boyacá	Siachoque	Rural	50%	50
Boyacá	Tibaná	Rural	50%	50
Nariño	Yacuanquer	Rural	50%	50
Santander	El Guacamayo	Rural disperso	50%	50
Santander	Galán	Rural disperso	50%	50
Tolima	Rioblanco	Rural disperso	52%	48
Boyacá	Güicán	Rural disperso	53%	47
Vaupés	Mitú	Rural disperso	53%	47
Santander	Cerrito	Rural	54%	46
Cesar	Becerril	Rural	55%	45
Boyacá	Ráquira	Rural	60%	40
Cauca	Paez	Rural disperso	61%	39
Huila	Iquira	Rural disperso	67%	33
Santander	Sucré	Rural disperso	67%	33
Risaralda	Pueblo Rico	Rural disperso	71%	29
Cesar	Pueblo Bello	Rural disperso	73%	27
Risaralda	Mistrató	Rural disperso	77%	23
Boyacá	Gameza	Rural	100%	0
Boyacá	Pesca	Rural disperso	100%	0
Boyacá	Saboyá	Rural disperso	100%	0
Boyacá	Somondoco	Rural	100%	0
Boyacá	Sora	Rural	100%	0
Boyacá	Zetaquirá	Rural disperso	100%	0
Cundinamarca	Tausa	Rural disperso	100%	0
Huila	Elías	Rural	100%	0
Norte de Santander	Gramalote	Rural	100%	0
Santander	Charta	Rural disperso	100%	0

Fuente: DANE, 2020.

Tutelas en Salud

La tutela continúa siendo el mecanismo más utilizado por la población colombiana para reclamar servicios en salud que consideran han sido vulnerados. Las solicitudes que realiza la ciudadanía son especialmente para el acceso a servicios (64,4%), medicamentos (14,11%), dispositivos médicos quirúrgicos e insumos (4,25%), elementos no asistenciales pero tutelables (7,38%), productos cosméticos y de aseo (4,6%), aseguramiento (2,6%) y suplementos dietarios (2,4%), entre otros (68).

De acuerdo con el reporte de la defensoría del pueblo para 2020, el total de tutelas y principalmente las de salud disminuyeron considerablemente, después de un incremento sostenido por más de 20 años, lo que se puede atribuir hipotéticamente a la pandemia por COVID-19, que obligo a la población a renunciar a ciertos servicios que necesitaba por miedo al contagio dentro de las instituciones de salud (68).

TUTELAS EN SALUD DE MUNICIPIOS DE COLOMBIA

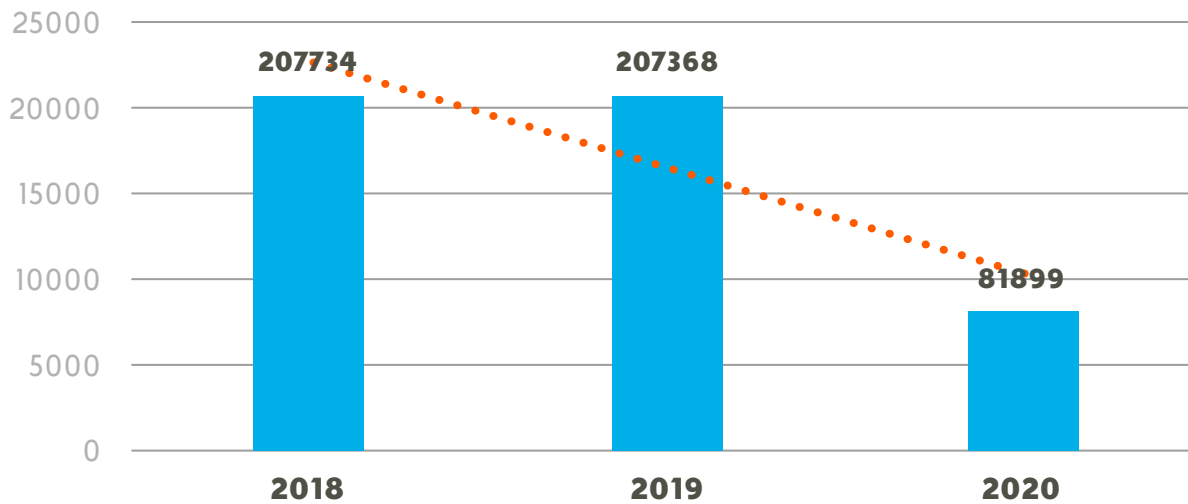


Gráfico N°. 2. Tutelas en Salud en municipios de Colombia. Fuente: Defensoría del pueblo

En 2018, de los 1123 municipios existentes en el país, el 9,5% no reportaron tutelas en salud, para el 2019 el 8,1% y para el 2020 el 16,7%. Paralelamente, las tutelas reportadas en 2018 presentan un promedio de 185 tutelas/año con un máximo de 23.417 tutelas y un mínimo de 0, en 2019 se calcula el mismo promedio con un máximo de 19.158 tutelas, mientras para 2020 se registra una media de 73 tutelas/año, con un máximo de 6.769 tutelas y un mínimo de cero (0) (68), las cuales evidentemente disminuyeron considerablemente, lo que puede ser explicado por el confinamiento derivado de la pandemia y el impacto generado por el mismo suceso.

Para 2018 y 2019 fue Medellín la ciudad que reportó mayor cantidad de tutelas interpuestas solicitando derechos en salud, seguida de Bogotá. Ya para 2020, es el distrito capital quien reporta mayor cantidad de tutelas en Colombia, pese a que el número total disminuyo ostensiblemente en comparación con los años anteriores.

Al revisar el mismo indicador, pero teniendo en cuenta la población a nivel departamental, para 2020 se puede observar que es Caquetá el departamento que concentra la mayor cantidad de tutelas interpuestas (51,09 x 10.000 habitantes), seguido por Cesar (47,41 x 10.000 habitantes), Meta (46,87 x 10.000 habitantes), y Guainía (41,84 x 10.000 habitantes) (68).

Por último y considerando la finalidad de la presente revisión, de los 386 municipios con mayor ruralidad en el país, se evidencia que la tasa de presentación de tutelas es más alta en 102 municipios siendo Prado



(Tolima) el que presenta la mayor tasa por 10.000 habitantes, seguido por San Francisco, Ciénega, Salamina, Carolina, Santa Sofía, Concepción, San Miguel, Vegachí, Giraldo, Pácora, Leticia, San Andrés, Río de Oro, Aguadas, Fomeque, El Peñón, Nariño, La Victoria, Abrego, Caicedo, Puerto Salgar, Urrao, Guaduas, Suárez, Cabrera, Santacruz, Fosca, Valparaíso, Yolombó, Algeciras, La Playa, Cocorná, El Cairo, Belmira, La Florida, El Águila, Gameza, Pailitas, San José de La Montaña, Bugalagrande, Baraya, Caldas, Sonson, Saladoblanco, Paicol, Viracachá, Armero, Corrales, Roncesvalles, Vetas, Bolívar, Teruel, Cerrito, San Lorenzo, Puerto López, Simacota, Carmen de Carupa, Entrerrios, Norcasia, El Tambo, Briceño, Tausa, Remedios, Mutatá, Cañasgordas, Villagarzón, Suratá, Tasco, Elías, Ebéjico, San Luis, Enciso, Fuente de Oro, Salento, Yondó, El Tablón de Gómez, Ancuyá, Taminango, Frontino, San Rafael, Victoria, San Martín, Guadalupe, Pelaya, Hobo, Abejorral, Villarrica, Altos del Rosario, Angostura, Chima, Chíquiza, Oiba, Génova, Puerres, La Llanada, Pueblo Rico, González, Linares, Puerto Nare, Pensilvania y La Capilla, municipios que se encuentran por debajo del primer cuartil (ver tabla 24).

Por el contrario los municipios que presentan un mejor puntaje en el tema de acceso en salud, representado por menor cantidad de tutelas son 62: Armenia, Caracolí, Gómez Plata, Nechí, Peque, Piojó, Cantagallo, Morales, San Jacinto del Cauca, Betétiva, Briceño, Campohermoso, Cómbita, Gachantivá, Güicán, Jericó, Oicatá, Paz de Río, Pisba, Quípama, Ráquira, Rondón, San Eduardo, San Luis de Gaceno, Siachoque, Socotá, Sora, Sotaquirá, Soracá, Tipacoque, Umbita, Paez, Vergara, Condoto, Santa María, Uribia, Nueva Granada, Pedraza, Aldana, Barbacoas, El Peñol, Olaya Herrera, Santa Bárbara, El Zulia, Gramalote, California, Cepitá, Chipatá, El Guacamayo, El Peñón, Guapotá, Rionegro, Santa Bárbara, Anzoátegui, Falan, Piedras, Tame, Puerto Wilches, El Tambo, Achí, El Piñon y Guachucal, los cuales se encuentran por encima del cuartil 3 con 100 puntos.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 24. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE TUTELAS

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	IPM	Puntaje
Valle del Cauca	Bugalagrande	Rural	24,1	80
Valle del Cauca	El Águila	Rural Disperso	24,5	79
Boyacá	Gameza	Rural	24,7	79
Cesar	Pailitas	Rural	24,9	79
Antioquia	Cocorná	Rural	25,6	78
Valle del Cauca	El Cairo	Rural Disperso	26,1	78
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	26,2	78
Nariño	La Florida	Rural	26,2	78
Norte de Santander	La Playa	Rural Disperso	27,5	77
Antioquia	Valparaíso	Rural	27,8	76
Antioquia	Yolombó	Rural	28,5	76

Huila	Algeciras	Rural	28,8	76
Antioquia	Urrao	Rural	28,8	75
Cundinamarca	Guaduas	Rural	28,9	75
Tolima	Suárez	Rural	29,2	75
Santander	Cabrera	Rural Disperso	29,7	75
Nariño	Santacruz	Rural Disperso	29,8	75
Cundinamarca	Fosca	Rural	29,8	75
Antioquia	Nariño	Rural	30,2	74
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	30,3	74
Norte de Santander	Abrego	Rural	30,4	74
Antioquia	Caicedo	Rural Disperso	30,5	74
Cundinamarca	Puerto Salgar	Rural	30,6	74
Cundinamarca	Fomeque	Rural	31,2	73
Bolívar	El Peñón	Rural	32,2	73
Santander	San Andrés	Rural	32,6	72
Cesar	Río de Oro	Rural	33,2	72
Caldas	Aguadas	Rural	33,4	72
Amazonas	Leticia	Rural	35,2	70
Antioquia	Giraldo	Rural	38,3	67
Caldas	Pácora	Rural	39,2	67
Antioquia	Vegachí	Rural	39,9	66
Santander	San Miguel	Rural Disperso	44,4	62
Santander	Concepción	Rural	55,6	53
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	56,0	52
Antioquia	Carolina	Rural	57,9	51
Caldas	Salamina	Rural	81,5	31
Boyacá	Ciénega	Rural	90,2	23
Antioquia	San Francisco	Rural	93,4	21
Tolima	Prado	Rural	117,6	0

Fuente: Defensoría del pueblo, 2020.



DIMENSIÓN

Efectividad del Acceso a Servicios

Dimensión que busca medir la efectividad de las instituciones en brindar un acceso oportuno, especialmente para esas actividades básicas de prevención. En el presente acápite se tienen en cuenta 4 indicadores (Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año, Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año, Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal y Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad) de los cuales se debió prescindir del último correspondiente a tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad, por no contar con la suficiente información en todos los municipios.

los municipios analizados (por debajo del 73%), y la mitad de ese esos territorios no superó el 62% de cobertura. Como se puede observar en la tabla 23, las mejores coberturas de vacunación para este biológico se encuentran en municipios de los departamentos de Nariño, Bolívar, Tolima, Huila, Cesar, La Guajira, Magdalena y Antioquia las cuales oscilan entre el 100% y el 170% lo que equivale a puntajes entre 50 y 100, mientras que las coberturas más bajas se encuentran en territorios mayoritariamente pertenecientes al rural disperso, que oscilan entre el 29 y el 47%, lo que equivale a un rango de 0 a 12 puntos (ver tabla 25). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

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 rubeola. En 1995 se incorporó la parotiditis y la rubeola a la vacuna antisarampionosa, logrando altas eficacias, del 95% para sarampión y parotiditis, y del 98% para rubeola.

En el análisis realizado a los 386 municipios rurales y rurales dispersos permite deducir que las coberturas de vacunación para triple viral en 2020 tuvieron una cobertura baja en el 50% de

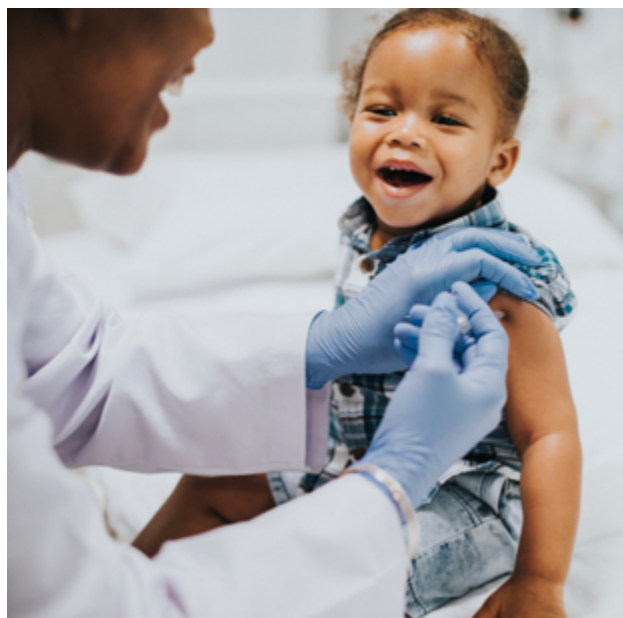


TABLA 25. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN PARA TRIPLE VIRAL EN <1 AÑO

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Nariño	Cumbitara	Rural Disperso	170%	100
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	158%	91
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	123%	67
Bolívar	San Martín de Loba	Rural	118%	63
Bolívar	Hatillo de Loba	Rural	117%	62
Bolívar	Tiquisio	Rural Disperso	111%	58
Tolima	Natagaima	Rural	110%	57
Huila	Acevedo	Rural Disperso	108%	56
Cesar	Pailitas	Rural	107%	55
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	106%	54
Magdalena	Pijiño del Carmen	Rural	105%	54
Huila	Iquirá	Rural Disperso	103%	53
Tolima	Planadas	Rural Disperso	104%	53
Antioquia	Mutató	Rural Disperso	102%	52
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	102%	52
Bolívar	Arenal	Rural Disperso	101%	51
Nariño	Leiva	Rural	101%	51
Tolima	Rovira	Rural	101%	51
Cesar	El Copey	Rural	100%	50
Magdalena	Pedraza	Rural	100%	50
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	47%	12
Boyacá	Macanal	Rural Disperso	47%	12
Nariño	Barbacoas	Rural	46%	12
Santander	Albania	Rural Disperso	46%	12
Santander	Cabrera	Rural Disperso	46%	12
Santander	California	Rural	47%	12
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	44%	11
Bolívar	Morales	Rural Disperso	45%	11
Boyacá	Oicatá	Rural Disperso	45%	11
Boyacá	Susacón	Rural	45%	11
Boyacá	Berbeo	Rural Disperso	43%	10
Boyacá	Tinjacá	Rural Disperso	44%	10



Nariño	Francisco Pizarro	Rural	44%	10
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	44%	10
Santander	Santa Bárbara	Rural Disperso	43%	10
Nariño	El Rosario	Rural	41%	8
Boyacá	Campohermoso	Rural Disperso	39%	7
Boyacá	Betéiva	Rural Disperso	38%	6
Santander	Sucre	Rural Disperso	31%	1
Norte de Santander	Herrán	Rural Disperso	29%	0

Fuente: Sispro, 2020.

Coberturas administrativas de vacunación pentavalente en menores de 1 año

La pentavalente es una vacuna compuesta por la DPT, la Haemophilus influenzae del tipo B y la Hepatitis B, que inmuniza contra 5 enfermedades y que se introdujo en Colombia en el año 2001. El biológico llamado DPT descubierto por el Alemán Emil von Behring en 1890 y comercializada solo 1 año después, está compuesto por 2 toxoides y una célula entera de pertussis los cuales inmunizan contra 3 enfermedades difteria, tétanos y tos ferina (69). Se introdujo en Colombia en la década de los 70, momento desde el cual redujo considerablemente la morbimortalidad de las 3 enfermedades (70). La Hepatitis B fue creada en 1980 y Haemophilus Influenzae a finales de los 80.

Con la llegada de la vacuna pentavalente al país, se ampliaron las coberturas de una forma más acelerada, porque disminuyó las oportunidades perdidas, tiempos de atención y como era de esperarse, disminución de las enfermedades (71).

En los 386 municipios rurales y rurales dispersos analizados, se puede observar que para el 2020 un 25% (n=95) de estos territorios se encuentra por debajo del 58% de cobertura, siendo en una pequeña mayoría del área rural dispersa (53%), cabe resaltar que a causa de la pandemia por COVID – 19, las coberturas de vacunación disminuyeron de forma importante en todo el territorio nacional.

Paralelamente, otro 25% (n=96) de los municipios registran coberturas por encima del 82%, donde el 67 % de ellos pertenecen al área catalogada como rural que registran coberturas entre 82% y 172% (ver tabla 26). Cabe resaltar que en muchas ocasiones este tipo de indicadores se encuentra sobre ejecutado, dado que algunas

familias de las áreas dispersas recurren a los procesos de vacunación a las poblaciones con mayor urbanidad y en las que se concentra el talento humano y la infraestructura para llevar a cabo las respectivas campañas de vacunación. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 26. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN PENTAVALENTE EN <1 AÑO

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Nariño	Cumbitara	Rural Disperso	176%	100
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	163%	91
Bolívar	Hatillo de Loba	Rural	117%	60
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	109%	54
Tolima	Natagaima	Rural	109%	54
Antioquia	Mutató	Rural Disperso	107%	53
Huila	Acevedo	Rural Disperso	108%	53
Bolívar	San Martín de Loba	Rural	106%	52
Magdalena	Pijiño del Carmen	Rural	106%	52
Tolima	Rovira	Rural	105%	52
Huila	Iquirá	Rural Disperso	104%	51
La Guajira	San Juan de Cesar	Rural	105%	51
Santander	Molagavita	Rural Disperso	102%	50
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	103%	50
Tolima	Carmen de Apicalá	Rural	103%	50
Tolima	Planadas	Rural Disperso	103%	50
Boyacá	Soracá	Rural	102%	49
Magdalena	Pivijay	Rural	101%	49
Meta	Fuente de Oro	Rural	101%	49
Valle del Cauca	Bolívar	Rural Disperso	99%	48
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Boyacá	Betétiva	Rural Disperso	44%	10
Nariño	El Rosario	Rural	44%	10
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	45%	10
Antioquia	Armenia	Rural	42%	9



Antioquia	Dabeiba	Rural	44%	9
Antioquia	Yalí	Rural	42%	9
Boyacá	Campohermoso	Rural Disperso	43%	9
Santander	Albania	Rural Disperso	43%	9
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	42%	8
Boyacá	Pisba	Rural Disperso	42%	8
Nariño	Barbacoas	Rural	40%	7
Santander	California	Rural	40%	7
Atlántico	Piojó	Rural	39%	6
Bolívar	Montecristo	Rural Disperso	38%	6
Quindío	Salento	Rural	39%	6
Santander	Sucre	Rural Disperso	38%	6
Santander	Vetas	Rural	38%	6
Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	35%	4
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	35%	4
Norte de Santander	Herrán	Rural Disperso	30%	0

Fuente: Sispro, 2020.

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

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), una gestante debe realizarse entre 4 y 8 controles prenatales, asegurando que entre mayor sea el contacto de la embarazada con el médico tratante, menor es el riesgo de muerte prenatal, ya que “una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas” (72).

En la resolución 3280 de 2018 se anota: “Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es múltipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40” (73).

En el presente ejercicio, se revisaron los nacidos vivos que cuentan con un registro de 4 controles prenatales o más, encontrando los siguientes hallazgos:

- En 5 municipios, el 100% de las gestantes tuvieron 4 o más consultas prenatales, dichos territorios son: Armenia (Antioquia), Valparaíso (Antioquia), Pachavita (Boyacá), Tipacoque (Boyacá) y Ancuyá (Nariño), perteneciendo al rural disperso los 2 de Boyacá (ver tabla 27).
- Entre el 90% y el 99%, se encuentran 85 municipios, de los cuales el 29% corresponde al rural disperso.
- Se encuentran 7 municipios con menos del 50% de gestantes que se realizaron 4 o más controles, ellos son: Santa Bárbara (Nariño), Cantagallo (Bolívar), Uribe (La Guajira), Cubará (Boyacá), Güicán (Boyacá), Pueblo Rico (Risaralda), y Mitú (Vaupés), todos pertenecientes al rural disperso a excepción de Cantagallo.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 27. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA COBERTURA DE CONTROL PRENATAL (≥ 4)

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	4 atenciones CPN (%)	Puntaje
Antioquia	Armenia	Rural	100%	100
Antioquia	Valparaíso	Rural	100%	100
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	100%	100
Boyacá	Tipacoque	Rural Disperso	100%	100
Nariño	Ancuyá	Rural	100%	100
Nariño	Linares	Rural	98%	98
Caldas	Pácora	Rural	97%	96
Santander	Guadalupe	Rural	97%	96
Boyacá	Páez	Rural Disperso	97%	95
Caldas	Aguadas	Rural	97%	95
Caldas	Pensilvania	Rural	97%	95
Boyacá	Floresta	Rural	96%	94
Boyacá	La Uvita	Rural	96%	94
Boyacá	Macanal	Rural Disperso	96%	94
Cundinamarca	Guatavita	Rural Disperso	96%	94
Nariño	La Florida	Rural	96%	94
Boyacá	Ciénega	Rural	95%	93
Caldas	Salamina	Rural	95%	93
Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	96%	93
Nariño	El Peñol	Rural	95%	93
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	4 atenciones CPN (%)	Puntaje
Tolima	Piedras	Rural	62%	45
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	61%	44
Antioquia	Vigia del Fuerte	Rural Disperso	60%	42
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	60%	42
Caquetá	San Vicente del Caguán	Rural	60%	42
Arauca	Tame	Rural Disperso	60%	42
Amazonas	Leticia	Rural	60%	42
Boyacá	Pisba	Rural Disperso	59%	40



Tolima	Rioblanco	Rural Disperso	59%	40
Santander	Charta	Rural Disperso	58%	39
Norte de Santander	Tibú	Rural	55%	35
Risaralda	Mistrató	Rural Disperso	54%	33
Antioquia	Mutatá	Rural Disperso	51%	29
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	49%	26
Bolívar	Cantagallo	Rural	48%	25
La Guajira	Uribia	Rural Disperso	44%	18
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	40%	12
Boyacá	Güicán	Rural Disperso	35%	6
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	34%	3
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	31%	0

Fuente: Sispro, 2020.

DIMENSIÓN

Oportunidad del Servicio

Dimensión que contiene 4 indicadores que evalúan la oportunidad en los tiempos de atención de medicina general, medicina especializada y entrega de medicamentos. Desafortunadamente a nivel municipal no fue posible encontrar la información por lo tanto y para poder continuar con el ejercicio inicial, se obviarán en esta oportunidad, esperando que en años subsecuentes las entidades correspondientes que realizan las encuestas de satisfacción tengan en cuenta este nivel tan importante que puede dar luces de una realidad más acorde.



03

EJE RESULTADOS EN SALUD

Eje que contiene los efectos más relevantes en el sector salud como producto de los dos ejes anteriores. Comprende tres dimensiones: i) resultados en salud pública ii) percepción ciudadana y iii) protección financiera, las cuales abarcan 18 indicadores.

Desafortunadamente la dimensión de percepción ciudadana, donde se esperaba recolectar información suficiente acerca de la impresión que tiene la población del nivel municipal sobre los servicios de medicina especializada, medicina general, dispensación de medicamentos y de la experiencia global, no se encontraron datos suficientes para el grupo de territorios analizados, motivo por el cual la dimensión no se encuentra en el presente documento.

DIMENSIÓN

Resultados en Salud

En esta dimensión se ubican los desenlaces en salud considerados como trazadores para una sociedad y que pueden ser modificables o no, de acuerdo con los condicionantes que se encuentran en la trayectoria del indicador.

En el ejercicio de correlación realizado, se planteó una posible relación lineal entre el promedio del eje de resultados en salud frente al de condiciones iniciales y desempeño institucional, encontrando una alta significancia estadística en una correlación negativa débil entre el eje de resultados en salud y el eje de condiciones iniciales. Lo anterior significa que esos dos ejes tienen una relación estadística leve, que justifica esa dependencia inversa donde a medida que los valores de un eje aumentan los del otro eje descienden denotando así que a medida que mejora el desempeño de las variables

de condición inicial se mejora el efecto de los indicadores del resultado en salud.

Basados en las pruebas referenciadas previamente, no hay evidencia estadística suficiente para reconocer una dependencia entre el eje de desempeño institucional y los resultados en salud, no obstante, se considera que al no contar con los datos suficientes en el eje de desempeño institucional no se tomará en cuenta el resultado de la prueba y no se buscará por lo tanto establecer posibles relaciones entre estas variables.

CORRELACIÓN EJES

			prom_res_salud	Prom_condvida	prom_desinst
Rho de Spearman	prom_res_salud	Coefficiente de correlación	1,000	-,155**	0,012
		Sig. (bilateral)		0,002	0,811
		N	386	386	386

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

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



Razón de mortalidad materna

Definida por la OMS como “la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (74), y catalogado como uno de los eventos prevenibles e inaceptables, que refleja las más grandes inequidades existentes para el acceso a los servicios de salud, según la OMS “casi la totalidad de la mortalidad materna corresponde a países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria” (75) y se necesita de estrategias efectivas para acelerar el progreso en la disminución de la mortalidad materna y así alcanzar las metas propuestas por los ODS para el 2030 (76).

Para Colombia en 2019 se encontraba en 81 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y para 2020 aumenta en un 21%, llegando a 102,4 muertes x 100.000 nv. (77) lo que muchos adjudican al bajo control materno – infantil derivado de la contingencia en los servicios de salud ocasionada por la pandemia, lo que pasó una factura realmente alta a este grupo poblacional, elevando la curva que venía en ascenso desde años atrás y retrocediendo a las cifras que se registraban en el 2000 (ver gráfico 3).

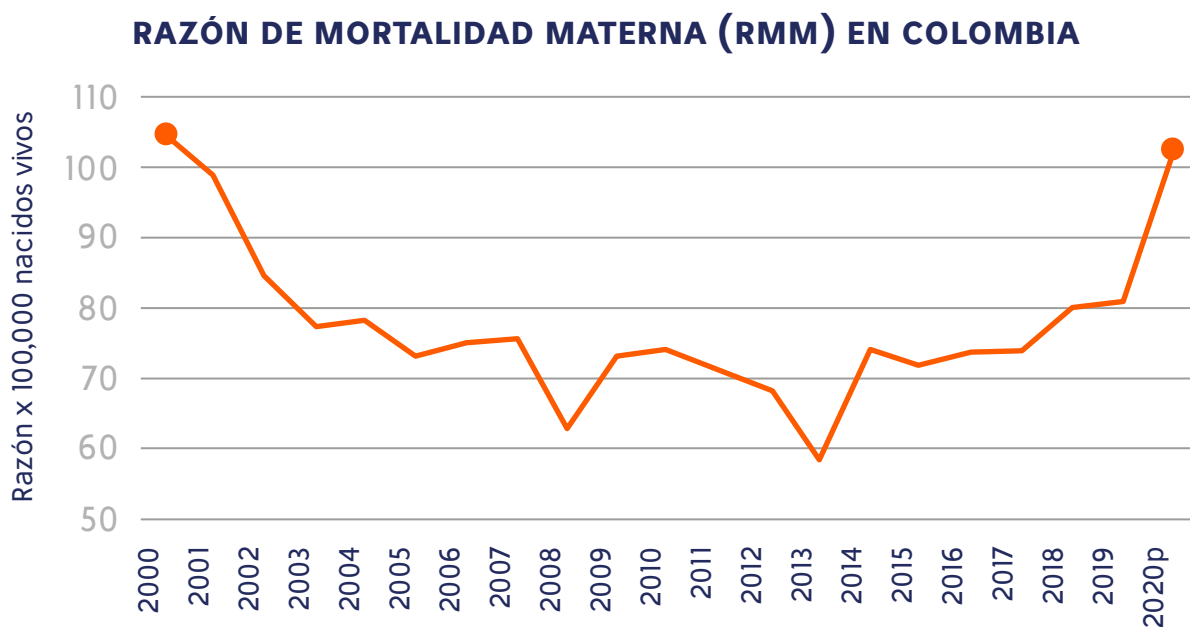


Gráfico N° 3: Razón de mortalidad materna en Colombia. Fuente: Así Vamos en Salud, 2022.

En el nivel municipal, se observa que el 90% de los territorios analizados reportan cifras en cero (0), tan solo 38 municipios reportan casos en sus indicadores (como se puede observar en la tabla 28), inflando el indicador, dado que sus denominadores son muy bajos, lo cual no resta importancia al evento en cada

municipio ya que una sola muerte materna es catastrófica para el país. El número absoluto por municipio es de 1 caso para todos los 38, a excepción de San Juan del Cesar (n=2), Uribia (n=6), Algarrobo (n=2), Olaya Herrera (n=3), Tibú (n=2) y Tame (n=3). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 28. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	PDET	ZOMAC	Razón x 100.000 nv	Puntaje
Antioquia	Necoclí	Rural disperso	Sí	Si	99,0	98
Cesar	Chiriguaná	Rural	No	Si	111,1	98
Caquetá	San Vicente del Caguán	Rural	Sí	Si	111,6	98
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Rural	Sí	Si	128,5	98
Amazonas	Leticia	Rural	No	No	135,1	97
Norte de Santander	Tibú	Rural	Sí	Si	137,0	97
La Guajira	Uribia	Rural disperso	No	No	150,0	97
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	Sí	Si	202,8	96
Cauca	El Tambo	Rural disperso	Sí	Si	211,0	96
Valle del Cauca	Dagua	Rural disperso	No	Si	220,3	96
Magdalena	Puebloviejo	Rural	No	No	229,4	96
Santander	Cimitarra	Rural	No	No	235,3	96
Nariño	Barbacoas	Rural	Sí	Si	237,0	95
Huila	Isnos	Rural disperso	No	Si	239,8	95
Cesar	Astrea	Rural	No	No	244,5	95
Santander	Puerto Wilches	Rural	No	No	247,5	95
Putumayo	Villagarzón	Rural	Sí	Si	249,4	95
Tolima	Rioblanco	Rural disperso	Sí	Si	253,8	95
Norte de Santander	Abrego	Rural	No	No	267,4	95
Norte de Santander	El Zulia	Rural	No	Si	277,8	95
Huila	Suaza	Rural disperso	No	No	287,4	95
Arauca	Tame	Rural disperso	Sí	Si	293,8	94
Magdalena	Santa Ana	Rural	No	No	319,5	94
Casanare	Tauramena	Rural disperso	No	Si	336,7	94
Cesar	San Diego	Rural	Sí	Si	348,4	93
Sucre	Sucre	Rural	No	No	384,6	93
Antioquia	Dabeiba	Rural	Sí	Si	395,3	92
Magdalena	Sabanas de San Angel	Rural disperso	No	No	408,2	92
Risaralda	Mistrató	Rural disperso	No	Si	526,3	90
Magdalena	Algarrobo	Rural	No	No	647,2	88
Sucre	La Unión	Rural	No	No	649,4	88
Nariño	Olaya Herrera	Rural	Sí	Si	678,7	87



Bolívar	San Jacinto del Cauca	Rural disperso	No	No	1190,5	77
Boyacá	Siachoque	Rural	No	No	1190,5	77
Boyacá	Güicán	Rural disperso	No	No	1515,2	71
Norte de Santander	Gramalote	Rural	No	No	1886,8	64
Santander	El Peñón	Rural disperso	No	No	2000,0	62
Santander	Charta	Rural disperso	No	Si	5263,2	0

Fuente: Sispro, 2020.

Al revisar las posibles correlaciones entre las variables designadas como condiciones iniciales y las pertenecientes al desempeño institucional, teniendo en cuenta la plausibilidad biológica, se encuentra evidencia estadística altamente significativa de correspondencia con las variables de **Índice de Pobreza Multidimensional, VIH sida, depresión, razón de enfermeras por 10.000 habitantes, partos no institucionales, tutelas, control Prenatal y PDET**, siendo más fuerte la relación lineal con el control prenatal, lo que corrobora los hallazgos encontrados en la literatura consultada y la experiencia empírica que demuestran que a menor cantidad de controles prenatales mayor probabilidad de mortalidad materna. Cabe resaltar que la direccionalidad de la correlación no corresponde a la realidad ya que no es coherente decir que a mayores controles prenatales mayor razón de mortalidad materna, lo que puede estar generado por una variable que este confundiendo el efecto.

CORRELACIÓN RAZÓN MORTALIDAD MATERNA

		rmm_st	IPM_st	VIH_SIDA_ST	Depres_st	Raz_enf_st	partos_no_inst_st	tutelas_st	cpn_st	PDET	
Rho de Spearman	rmm_st	Coefficiente de correlación	1,000	,152**	,118*	-,154**	-,101*	,195**	-,194**	,306**	-,159**
		Sig. (bilateral)		0,003	0,020	0,002	0,047	0,000	0,000	0,000	0,002
		Ncorrelación	386	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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

Tasa de mortalidad neonatal

A medida que pasan los años, la salud de los recién nacidos cobra mayor importancia en la agenda pública. Sin embargo, aún siguen existiendo importantes desafíos para poner fin a las muertes neonatales las cuales son totalmente prevenibles.

De acuerdo con las últimas cifras emitidas en el informe del IGM (Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil), los niños enfrentan el mayor riesgo de morir en sus primeros 28 días de vida. A nivel mundial se estima que hubo 6700 muertes neonatales cada día durante 2019, en comparación con la probabilidad de morir después del primer mes y antes de cumplir 1 año se

estimó en 11 muertes por 1.000 nacidos vivos (78), para 2020 la tasa reportada al Banco Mundial para Colombia es de 7 muertes por cada 1000 nacidos vivos (79).

Si bien se ha logrado una notable reducción en la mortalidad neonatal, esta descendió más lentamente que la mortalidad entre los 1 a 59 meses. Dentro de las tres causas que explican esta problemática en el mundo, se encuentran: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%), las cuales podrían ser prevenibles, si las intervenciones llegaran de manera oportuna a quienes las necesitan (1)

Del conjunto de datos analizado, se encuentra que el 53% reporta en cero (0) el indicador, siendo los departamentos de Boyacá, Santander y Antioquia los que aportan mayor número de municipios con el mejor resultado en el indicador (ver tabla 29). Por encima del tercer cuartil se ubican los municipios que contienen tasas de 8,26 muertes por 1.000 nacidos vivos hasta las 64,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos, que es el techo de la tabla puesto por el municipio de Páez (Boyacá). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 29. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 1.000 nv	Puntaje
Antioquia	Necoclí	Rural Disperso	13,8	79
Cundinamarca	Sesquilé	Rural	14,0	78
Boyacá	Tibaná	Rural	14,1	78
Tolima	Prado	Rural	14,5	78
Antioquia	San Andrés de Cuerquía	Rural	14,9	77
Boyacá	Otanche	Rural	14,9	77
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	15,2	77
Santander	San Andrés	Rural	15,4	76
Nariño	Consaca	Rural	15,6	76
Santander	Matanza	Rural Disperso	15,6	76
Nariño	Barbacoas	Rural	16,4	75
Cesar	El Copey	Rural	16,9	74
Tolima	Rioblanco	Rural Disperso	17,4	73



Antioquia	Amalfí	Rural	17,9	72
Huila	La Argentina	Rural	18,0	72
Antioquia	Nechí	Rural	18,5	71
Nariño	El Rosario	Rural	18,5	71
Tolima	Villarrica	Rural	18,9	71
Bolívar	Tiquisio	Rural Disperso	19,0	70
Quindío	Pijao	Rural	19,2	70
Tolima	San Antonio	Rural Disperso	20,0	69
Boyacá	Togüí	Rural Disperso	20,4	68
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	20,7	68
Boyacá	Boyacá	Rural	20,8	68
Cundinamarca	Tausa	Rural Disperso	21,7	66
Cundinamarca	Cucunubá	Rural	23,3	64
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	24,1	63
Boyacá	El Cocuy	Rural	24,4	62
Santander	Coromoro	Rural Disperso	25,0	61
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	25,6	60
Tolima	Murillo	Rural Disperso	28,6	56
Nariño	Aldana	Rural	30,3	53
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	32,3	50
Santander	La Paz	Rural Disperso	35,7	45
Santander	San Miguel	Rural Disperso	37,0	43
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	40,0	38
Boyacá	Quípama	Rural Disperso	44,4	31
Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	49,4	23
Santander	Santa Bárbara	Rural Disperso	62,5	3
Boyacá	Páez	Rural Disperso	64,5	0

Fuente: DANE, 2020.

Al analizar las correlaciones que se pueden encontrar al contrastar la variable mortalidad neonatal, se encuentran relaciones espurias con variables como depresión, VIH, IRCA, EDA e IRA, que no cuentan con evidencia lógica que los conecte. Dentro de la plausibilidad biológica, se encuentra correspondencia positiva con alta significancia entre mortalidad neonatal con **Índice De Pobreza Multidimensional, control prenatal, analfabetismo y violencia contra la mujer**, lo que indica que, si una de ellas aumenta o disminuye, en la misma dirección se moverá la variable dependiente (mortalidad neonatal). Con dirección contraria se observan la variable de razón de enfermeras por 10.000 habitantes, lo que indica una relación inversa, mientras disminuya una aumentará la otra. Cabe resaltar que, aunque hay relación no se inter-

preta el sentido y la magnitud de correlación para las variables PDET y ZOMAC por ser nominales.

CORRELACIÓN MORTALIDAD NEONATAL

		tmneo_st	IPM_st	VIH_SIDA_ST	Depres_st	Raz_enf_st	cpn_st	PDET	ZOMAC	IRCA_st	Analfab_st	EDA_st	IRA_st	viol_mujer_st	
Rho de Spearman	tmneo_st	Coefficiente de correlación	1,000	,169**	,247**	-,131**	-,135**	,181**	-,258**	-,186**	,115*	,114*	,156*	,141**	,116*
		Sig. (bilateral)		0,001	0,000	0,010	0,008	0,000	0,000	0,024	0,025	0,002	0,005	0,022	
		N	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386	

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

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

Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)

Si bien la tasa de mortalidad infantil definida como el “número anual de muertes de niños menores de un año en relación con el número de nacimientos en un territorio determinado”, ha venido disminuyendo progresivamente con la llegada de la pandemia por Covid-19, se ha puesto en duda la continuidad de esta tendencia, puesto que el Coronavirus ha tenido efectos indirectos en la vida de los niños a nivel mundial.

De acuerdo con las últimas investigaciones realizadas a la fecha se observa que el número de muertes infantiles relacionadas con el Covid-19 no es tan alta como se habría estimado. Según la OMS el informe emitido el 30 de septiembre de 2021 afirmó que las muertes por el contagio de este virus fueron bajas entre los niños y adolescentes (80), así lo refleja el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME), que recopiló datos de 77 países sobre las muertes por Covid-19 y afirmó que el impacto directo por este virus en la mortalidad infantil sigue siendo insignificante.

Sin embargo, cabe mencionar algunos efectos indirectos que ha dejado la pandemia como la hambruna, trata de niños y conflicto armado. Los

niños (especialmente los menores de cinco años) se vieron afectados por los problemas económicos, especialmente en los países considerados pobres, ya que estas poblaciones en general carecen de acceso al agua potable, a los alimentos y a una vivienda digna, por lo que su estado de salud depende en gran medida de la situación económica (81).

En Colombia, cabe resaltar que los municipios con las tasas de mortalidad infantil más altas son pertenecientes en su gran mayoría al rural disperso. En los 386 municipios analizados se observó que un 40,6% reportó cero (o) muertes en menores de 5 años para el 2020, se calcula que la mediana de los datos se encuentra en 6,4 muertes x 1.000 nacidos vivos (nv.) y el cuartil superior de 13,5 a 96,8 muertes x 1000 nv. que es el techo puesto por el municipio de Páez (Boyacá), siendo el territorio con la tasa más alta en mortalidad infantil y mortalidad neonatal también. (ver tabla 30). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.



TABLA 30. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 1.000 nv	Puntaje
Boyacá	Togüí	Rural Disperso	20,4	79
Cesar	El Copey	Rural	20,7	79
Nariño	Barbacoas	Rural	20,5	79
Tolima	San Antonio	Rural Disperso	20,0	79
Antioquia	Maceo	Rural	21,5	78
Boyacá	Saboyá	Rural Disperso	21,6	78
Cundinamarca	Fosca	Rural	21,7	78
Cundinamarca	Tausa	Rural Disperso	21,7	78
Huila	Agrado	Rural	20,8	78
Antioquia	Nechi	Rural	22,2	77
Antioquia	Valdivia	Rural Disperso	22,1	77
Bolívar	Córdoba	Rural Disperso	22,3	77
Huila	La Argentina	Rural	22,5	77
Cundinamarca	Cucunubá	Rural	23,3	76
Boyacá	El Cocuy	Rural	24,4	75
Boyacá	Mongua	Rural	23,8	75
Nariño	Yacuanquer	Rural	24,1	75
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	24,1	75
Antioquia	Yolombó	Rural	25,5	74
Boyacá	Gameza	Rural	25,0	74
Nariño	Santacruz	Rural Disperso	25,6	74
Santander	Coromoro	Rural Disperso	25,0	74
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	25,6	74
Tolima	Rioblanco	Rural Disperso	24,8	74
Boyacá	Maripí	Rural	27,0	72
Tolima	Murillo	Rural Disperso	28,6	70
Nariño	Aldana	Rural	30,3	69
Nariño	Consaca	Rural	31,3	68
Santander	Matanza	Rural Disperso	31,3	68
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	34,5	64
Santander	La Paz	Rural Disperso	35,7	63
Nariño	El Rosario	Rural	37,0	62
Santander	San Miguel	Rural Disperso	37,0	62
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	40,0	59
Boyacá	Boyacá	Rural	41,7	57
Boyacá	Quípama	Rural Disperso	44,4	54
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	48,4	50

Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	61,7	36
Santander	Santa Bárbara	Rural Disperso	62,5	35
Boyacá	Páez	Rural Disperso	96,8	0

Fuente: DANE, 2020.

Al realizar la correlación. Entre la variable dependiente de tasa de mortalidad infantil. Se encuentra correspondencia. Con las variables de **PDET, IRCA, IPM, analfabetismo, EDA, IRA, ZOMAC, partos no institucionales, cobertura de vacunación triple viral y control prenatal**, encontrando el mismo hallazgo con la variable de control prenatal que describe anteriormente, lo que indica que se presenta asociación significativa pero la direccionalidad no corresponde a la realidad. Dado que estaríamos diciendo que, a mayores controles prenatales, mayor tasa de mortalidad infantil, lo cual no es coherente ante el conocimiento empírico.

Se encuentra relación positiva con las variables **Índice de Pobreza Multidimensional, analfabetismo, enfermedad diarreica aguda, insuficiencia respiratoria y partos no institucionales**, lo cual quiere decir que, a medida que crecen estas variables, mayor es tasa de mortalidad infantil. Por lo contrario, hay una relación negativa o inversa con la cobertura de vacunación triple viral, lo cual es coherente con la plausibilidad biológica conocida, ya que, **a menor tasa de vacunación triple viral, mayor tasa de mortalidad infantil** y viceversa.

CORRELACIÓN RAZÓN MORTALIDAD INFANTIL

		tmi_st	PDET	IRCA_st	IPM_st	Analfab_st	EDA_st	IRA_st	ZOMAC	partos_noinst_st	Cob_vactrivir_st	cpn_st	
Rho de Spearman	tmi_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,223**	,105*	,222**	,149**	,125*	,117*	-,143**	,137**	-,116*	,248**
		Sig. (bilateral)		0,000	0,039	0,000	0,003	0,014	0,022	0,005	0,007	0,023	0,000
		N	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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

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

La mortalidad en menores de 5 años se define como la probabilidad de un recién nacido de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos. De acuerdo con las últimas cifras reportadas por la OMS, se estima que para el año 2019 murieron alrededor de 5,2 millones de niños menores de cinco años y que sus causas eran prevenibles, entre ellas se encontraron complicaciones durante el parto, asfixia, anomalías congénitas, diarrea y paludismo; todas ellas tratables o prevenibles a través de intervenciones tempranas y accesibles (82). Sin embargo, cabe resaltar que la tasa mundial de mortalidad de niños menores de cinco años cayó de 93 muertes en 1990 a 38 muertes por cada 1.000



nacidos vivos en el 2019, lo que representa una disminución de casi el 60% de las muertes (83).

Si bien se han implementado diferentes estrategias y progresos para reducir la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, actualmente existen discrepancias en las regiones y países. Este es el caso del África Subsahariana que sigue siendo la región con la tasa de mortalidad más alta del mundo (76 muertes por cada 1000 nacidos vivos), seguida por Asia meridional (40 muertes por cada 1000 nacidos vivos) (82).

Asimismo, el informe del IGM (Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil) advierte que la pandemia

de COVID-19 podría amenazar décadas de progreso hacia la eliminación de las muertes infantiles prevenibles, resaltando la necesidad de fortalecer los servicios de parto y la atención prenatal y postnatal para madres y bebés (83).

En Colombia, al analizar los 386 municipios se observa que el 71,5% de ellos reporta el indicador en cero (0), y dentro de los que presentan la tasa de mortalidad más elevada se pueden apreciar, municipios en su mayoría de los departamentos de Boyacá y Antioquia, siendo Güicán el municipio del grupo con la tasa más alta (ver tabla 31). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 31. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 1.000 nv	Puntaje
Nariño	Cumbal	Rural Disperso	6,8	89
Bolívar	Simití	Rural	6,9	88
Huila	Agrado	Rural	6,9	88
Huila	Isnos	Rural Disperso	7,2	88
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	7,2	88
Magdalena	Ariguaní	Rural	7,3	88
Nariño	Cumbitara	Rural Disperso	7,8	87
Antioquia	Dabeiba	Rural	7,9	87
Antioquia	Entrerrios	Rural	7,9	87
Huila	Nátaga	Rural	9,3	84
Boyacá	Cómbita	Rural	9,4	84
Magdalena	San Zenón	Rural Disperso	10,1	83
Huila	Hobo	Rural	10,1	83
Cesar	Río de Oro	Rural	10,3	83
Boyacá	Sutamarchán	Rural	10,6	82
Cundinamarca	Fosca	Rural	10,9	82
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	11,0	82
Bolívar	San Jacinto del Cauca	Rural Disperso	11,9	80
Boyacá	Soracá	Rural	12,0	80

Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	12,3	79
Meta	Cubarral	Rural Disperso	12,8	79
Meta	Puerto Rico	Rural Disperso	12,9	78
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	13,1	78
Huila	Paicol	Rural	13,9	77
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	14,4	76
Boyacá	Pesca	Rural Disperso	15,2	75
Nariño	Aldana	Rural	15,2	75
Quindío	Génova	Rural	16,1	73
Tolima	Roncesvalles	Rural Disperso	16,1	73
Nariño	Puerres	Rural	16,4	73
Antioquia	San José de La Montaña	Rural	20,0	67
Nariño	El Peñol	Rural	22,7	62
Boyacá	Maripí	Rural	27,0	55
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	27,6	54
Boyacá	Buenavista	Rural	28,6	52
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	30,3	49
Tolima	Suárez	Rural	30,3	49
Boyacá	Corrales	Rural	45,5	24
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	50,0	16
Boyacá	Güicán	Rural Disperso	59,7	0

Fuente: DANE, 2020.

Los coeficientes de correlación encontrados entre la variable tasa de mortalidad en la niñez y las variables pertenecientes a condiciones iniciales y desempeño institucional, se encontró que son estadísticamente significativas las relaciones con **PDET, IPM, IRCA, analfabetismo, EDA, IRA, ZOMAC, coberturas de vacunación pentavalente y triple viral**, lo cual es coherente con lo revisado en la literatura. Las correlaciones positivas encontradas corresponden a **IRCA, analfabetismo, enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda**, lo cual indica que al aumentar estas variables aumenta el riesgo en la **tasa de mortalidad de los niños menores de 1 año**. Por el contrario, las variables con correlación negativa son las **coberturas de vacunación pentavalente y triple viral**, lo cual es coherente, ya que al aumentar o disminuir las coberturas de vacunación la variable dependiente se moverá en sentido contrario, es decir si aumenta la vacunación disminuye la tasa de mortalidad y viceversa. Cabe resaltar que las variables **PDET y ZOMAC** no son interpretables en direccionalidad por su naturaleza nominal.



CORRELACIÓN TASA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

		tmor_niñez_st	PDET	IPM_st	IRCA_st	Analfab_st	EDA_st	IRA_st	ZOMAC	Cob_vac_pentast	Cob_vactrivr_st	
Rho de Spearman	tmor_niñez_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,284**	,217**	,188**	,105*	,195**	,133**	-,209**	-,148**	-,201**
		Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,039	0,000	0,009	0,000	0,003	0,000	
		N	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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

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

Según la OMS, el indicador de bajo peso al nacer define los casos de recién nacidos que pesan por debajo de los 2.500 gr. al nacer y describe una problemática muy importante de salud pública que solo es el trasfondo de una cadena de condiciones adversas que desembocan en la salud materno infantil (84). Dentro de dichas causas se encuentra la disponibilidad de acceso a los controles prenatales, seguridad alimentaria, apoyo psicosocial, educación, infección durante el embarazo, no aumentar de peso lo suficiente durante el embarazo, antecedentes de un bebé de muy bajo peso en un embarazo anterior, fumar, uso de alcohol o de drogas, tener menos de 17 años o más de 35 años, ser de raza afroamericana, entre muchos otros que impactan de forma negativa cuando no se controlan adecuadamente (85).

El objetivo trazado por la OMS para el 2025 es reducir un 30% los niños que presentan bajo peso al nacer, por lo mismo y para cumplir la meta, piden a cada país reducir el indicador anualmente en un promedio del 3% (84).

De los 386 municipios analizados para el presente indicador, se calcula una media del 8%, encontrando que el 3,4% no registra casos de recién nacidos con bajo peso, la mayoría de ellos pertenecientes al departamento de Boyacá. El primer cuartil se mueve entre 0% y 5,4%, con una mediana de 7,5% y un cuartil superior a partir de 9,6% hasta el 22%, cifra registrada por el municipio del Peñón (Santander). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo I, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 32. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER (BPN)

Puntajes más altos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	BPN (%)	Puntaje
Antioquia	Valparaíso	Rural	0%	100
Boyacá	Betétiva	Rural Disperso	0%	100
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	0%	100



Boyacá	Pesca	Rural Disperso	0%	100
Boyacá	Pisba	Rural Disperso	0%	100
Boyacá	San Eduardo	Rural	0%	100
Boyacá	San Luis de	Rural	0%	100
Cesar	González	Rural	0%	100
Cundinamarca	El Peñon	Rural Disperso	0%	100
Magdalena	Cerro San Antonio	Rural	0%	100
Nariño	Sapuyes	Rural Disperso	0%	100
Santander	Cabrera	Rural Disperso	0%	100
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	0%	100
Huila	Hobo	Rural	1%	95
Caldas	Norcasia	Rural	1%	94
Cundinamarca	Medina	Rural Disperso	1%	94
Tolima	Prado	Rural	1%	93
Mate	Fuente de Oro	Rural	2%	92
Huila	Elías	Rural	2%	91
Quindío	Pijao	Rural	2%	91

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	BPN (%)	Puntaje
Santander	Confines	Rural Disperso	14%	34
Nariño	Puerres	Rural	15%	32
Cundinamarca	Carmen de Carupa	Rural Disperso	15%	29
Cundinamarca	Fosca	Rural	15%	29
Santander	San Andrés	Rural	15%	29
Boyacá	Tibaná	Rural	15%	28
Boyacá	Viracachá	Rural	16%	27
Nariño	Vacuanquer	Rural	16%	27
Antioquia	Entrerrios	Rural	16%	26
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	16%	26
Antioquia	Belmira	Rural Disperso	17%	23
Nariño	La Llanada	Rural	17%	23
Santander	El Guacamayo	Rural Disperso	17%	23
Boyacá	El Cocuy	Rural	17%	21
Boyacá	Socha	Rural	17%	21
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	17%	19
Santander	San Miguel	Rural Disperso	19%	14
Santander	California	Rural	19%	13
Santander	Matanza	Rural Disperso	19%	13
Santander	El Peñón	Rural Disperso	22%	0

Fuente: SISPRO, 2020.



El resultado en salud **% nacidos vivos con bajo peso al nacer** presenta correlación con alto nivel de significancia principalmente para las variables del eje de condiciones iniciales tales como **Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)**, **Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano (IRCA)**, cobertura de internet, porcentaje de analfabetismo en personas de 15 años y más, tasa de incidencia de violencia contra la mujer y prevalencia por depresión. Es importante precisar que, si bien se identifica correlación para las variables **IPM e IRCA, y porcentaje de analfabetismo en personas de 15 años y más**, la dirección que el coeficiente refleja no es representativa de la relación existente entre la mismas.

De otra parte, se evidencia correlación negativa con alto nivel de significancia para una única variable de desempeño institucional, **% nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal**, explicando en cierto modo la importancia de los controles prenatales que de forma empírica se ha considerado de tiempo atrás, una de las principales medidas para reducir el riesgo materno perinatal.

CORRELACIÓN BAJO PESO AL NACER

		bpn_st	Cob_conect_internet_st	IPM_st	IRCA_st	Analfab_st	cpn_st	Depres_st	viol_mujer_st	
Rho de Spearman	bpn_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,115*	-,158**	-,102*	-,186**	-,128*	,130*	,101*
		Sig. (bilateral)		0,024	0,002	0,046	0,000	0,012	0,011	0,046
		N	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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

Mortalidad por cáncer (Ca) de mama y cérvix

El panorama del cáncer en el mundo continúa desmejorando de forma significativa, agravando su situación desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la que ha dejado en evidencia las inconsistencias de los sistemas de salud para prevenir, diagnosticar y tratar de forma temprana enfermedades crónicas como el cáncer. Se ha presentado un incremento de estas condiciones en los 2 últimos años, debido a la priorización por el cuidado de la pandemia, a las restricciones de atención en los servicios a estas patologías y al temor de los pacientes a recurrir a espacios que no consideraban seguros para su integridad física por la alta posibilidad de contagio que se generó desde el inicio de la epidemia.

Las estadísticas de la OMS reportan para diciembre de 2020 la muerte de 9.958.133 personas en todo el mundo a causa del cáncer por todas sus causas, una tasa de incidencia de 201 casos por cada 100.000 personas y una tasa de mortalidad de 100,7 por 100.000 habitantes debidos a todos los cánceres y en ambos sexos. Asia reporta el mayor porcentaje de casos nuevos para todos los cánceres (49,3%) y de mortalidad (58,3%), seguido por Europa. En tanto, la incidencia de Latinoamérica no es tan alta como en los otros continentes, pero su mortalidad es proporcionalmente similar a Norte América y África (86). En cuanto a la mortalidad específica por cáncer de seno, la cifra global es del 6.9% (684.996 casos) y para cáncer de cérvix de 3,3% (341.831 casos). (87)



En Colombia, de acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, el panorama en el país para el 2020 nos muestra una frecuencia absoluta de 347.745 casos, con un incremento significativo en la prevalencia nacional de cáncer invasivo para el mismo año, la cual pasó de 533,49 casos por 100.000 habitantes en 2019 a 670,14 casos por 100.000 habitantes, comportamiento que fue similar en la mortalidad (pasó de 35,6 a 53,2) y en la proporción de casos nuevos reportados (pasó de 55,4 a 82,3). Por otro lado, al revisar la calidad del servicio, se observa que la oportunidad en términos de atención general y tratamiento continúa por debajo de la meta establecida. Además, los tiempos de acceso a los servicios fueron significativamente más prolongados durante el 2020 (88). De acuerdo con la misma fuente se considera que en Colombia el mayor tiempo promedio de espera para realizar un diagnóstico se registra en el cáncer de cérvix con 79,13 días en promedio, seguido por el cáncer de próstata con 77,30 días y mama con 70,25 días, situación similar se observa en la oportunidad de tratamiento con rangos entre 2 y 3 meses (88).

Al analizar de forma específica la mortalidad por cáncer de seno y de cérvix en el nivel municipal, se encuentra que el municipio con mayor mortalidad por Ca de mama es El Guacamayo (Santander), con 95,4 muertes por cada 100.000 mujeres y por Ca de cérvix es Labranzagrande (Boyacá) con 124,6 defunciones por cada 100.000 mujeres.

Para Cáncer de mama, se encuentra que el 56,4% de los municipios reportan en cero (0) el presente indicador, perteneciendo en su mayoría a los departamentos de Boyacá (20%), Santander (16%) y Antioquia (14%), al otro extremo de la tabla se ubican los municipios con desempeños más bajos por obtener las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo analizado, allí se encuentran 14 territorios por encima de las 50 defunciones por cada 100.000 habitantes hasta las 95,4 muertes que configura el indicador más alto, de los cuales el 71,4% pertenecen a zonas catalogadas como rural disperso.

En el grupo de los 386 municipios analizados para cáncer de cérvix, el 62,4% reporta no haber tenido ninguna defunción por esta causa en el 2020, mientras que al otro extremo de los datos se encuentran 7 municipios por encima de los 50 casos por 100.000 habitantes hasta 124,6 que es la cifra que conforma el techo del indicador (ver tabla 33). Tanto Alpujarra como Tipacoque registran altas tasas en los 2 indicadores (Ca seno y Ca cérvix), pero hay que resaltar que su población está por debajo de los 2500 habitantes. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 33. PUNTAJES ESTANDARIZADOS DE CÁNCER DE SENO Y DE CÉRVIX

Puntaje Estandarizado de la Tasa de Mortalidad por Ca de Seno				
Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000 hab	Puntaje
Boyacá	Zetaquirá	Rural Disperso	43,8	54
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	46,3	51
Boyacá	Togüí	Rural Disperso	47,7	50



Huila	Elías	Rural	48,6	49
Valle del	El Águila	Rural Disperso	49,0	49
Boyacá	El Cocuy	Rural	49,8	48
Boyacá	Otanche	Rural	51,3	46
Cundinamarca	Carmen de Carupa	Rural Disperso	52,5	45
Nariño	Sapuyes	Rural Disperso	55,0	42
Tolima	Herveo	Rural Disperso	57,0	40
Boyacá	Tipacoque	Rural Disperso	62,0	35
Boyacá	Sora	Rural	67,2	30
Valle del	El Cairo	Rural Disperso	66,5	30
Boyacá	Somondoco	Rural	68,0	29
Santander	Galán	Rural Disperso	71,1	26
Boyacá	La Capilla	Rural	75,6	21
Boyacá	Macanal	Rural Disperso	80,0	16
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	84,7	11
Boyacá	Rondón	Rural Disperso	85,3	11
Santander	El Guacamayo	Rural Disperso	95,4	0

Puntaje Estandarizado de la Tasa de Mortalidad por Ca de Cérvix

Puntajes más bajos

Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000 hab	Puntaje
Boyacá	San Pablo de Borbur	Rural	32,6	74
Boyacá	Arcabuco	Rural	33,5	73
Putumayo	Villagarzón	Rural	33,2	73
Santander	Concepción	Rural	35,3	72
Santander	Florián	Rural Disperso	36,9	70
Tolima	Santa Isabel	Rural	37,6	70
Amazonas	Leticia	Rural	37,1	70
Boyacá	Ciénega	Rural	42,6	66
Santander	Coromoro	Rural Disperso	42,4	66
Santander	La Paz	Rural Disperso	42,8	66
Huila	Agrado	Rural	44,5	64
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	46,3	63
Antioquia	Caicedo	Rural Disperso	46,9	62
Tolima	Murillo	Rural Disperso	52,4	58
Huila	Tello	Rural	53,9	57
Boyacá	Tipacoque	Rural Disperso	62,0	50
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	63,3	49
Santander	Chima	Rural Disperso	72,7	42
Santander	Matanza	Rural Disperso	83,7	33
Boyacá	Labranzagrande	Rural Disperso	124,6	0

Al revisar las posibles correspondencias entre cáncer de mamá y cérvix frente a las variables del eje condiciones iniciales y desempeño institucional, se encuentra que **cáncer de mama** guarda relación inversa no tan fuerte, es estadísticamente significativa únicamente con la **toma de mamografía**, reiterando lo que muchos estudios han confirmado y es que, a mayor cantidad de tamizaje con mamografía, menor será la cantidad de mujeres que mueran por cáncer de seno.

Por otro lado, al analizar las posibles relaciones de **cáncer de cérvix** con las otras variables, se encuentra que hay una relación respaldada estadísticamente, entre **cáncer de cérvix** solamente con los indicadores de riesgo de las **ESEs, cobertura de conectividad a Internet, mamografía, razón de médicos y razón de enfermeras**.

Es importante recalcar que, según la plausibilidad biológica, se esperaba encontrar correlación entre la tamización con citología y la disminución de cáncer de cérvix, pero éstas no muestran relaciones que puedan ser respaldadas estadísticamente.

CORRELACIÓN CA MAMA Y CA CÉRVIX

			camama_st	cacervix_st	riesgoESE_st	Cob_conect_Internet_st	mamografia_st	Raz_med_st	Raz_enf_st
Rho de Spearman	camama_st	Coefficiente de correlación	1,000	0,030	-0,081	-0,025	-,173**	-0,046	-0,045
		Sig. (bilateral)		0,556	0,114	0,620	0,001	0,362	0,383
		N	386	386	386	386	386	386	386
	cacervix_st	Coefficiente de correlación	0,030	1,000	-,127*	-,102*	-,117*	-,165**	-,126*
		Sig. (bilateral)		0,556	0,013	0,044	0,022	0,001	0,013
		N	386	386	386	386	386	386	386

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

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

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

La seguridad vial a lo largo de los años se ha convertido en un problema que compete no solamente a las autoridades de movilidad, sino que globalmente se ha convertido en un problema de salud pública que vincula diferentes sectores.

De acuerdo con el informe emitido por la Organización Mundial de la Salud en 2018, en el 2000 se contaba con un registro de 1.15 millones de muertes por accidentes de tránsito mientras para 2016 la cifra alcanzó 1.35 millones, lo que permite percibir a primera vista y de forma global el incremento sostenido que mantiene la curva de mortalidad por accidentes, pero que de acuerdo a la misma organización, no se considera



tan dramática debido a los continuos programas de seguridad vial que implementa cada uno de los países, especialmente si se tiene en cuenta el aumento poblacional a nivel mundial además de la cantidad de vehículos introducidos en el mercado y adquiridos por las diferentes poblaciones (89).

Para el informe del 2020, se encuentran datos más desagregados por país, en donde Colombia ocupa el tercer puesto de los países que registran mayor tasa de mortalidad en el mundo, después de Costa Rica y Sur África. Es importante tener en cuenta que, pese a que la mayoría de los países registra una tendencia constante hacia la disminución de casos desde el año 2000, es Colombia de los pocos países que apenas inicia una leve disminución de la curva en los últimos años (90).

De acuerdo con las cifras nacionales, el DANE reporta que para 2020 a nivel nacional se presentaron 5.896 muertes derivadas de un accidente de tránsito, lo que representa una tasa de mortalidad por 11,7 x 100.000 habitantes., donde el 83% corresponde al sexo masculino y el 17% restante al femenino (91). Según la agencia nacional de seguridad vial, Colombia presenta el promedio de tasas de mortalidad más alto en comparación con países de América del Norte, Latinoamérica y Europa, aún en 2020 cuando la tasa de mortalidad disminuyó

considerablemente (se cree que por las medidas de confinamiento de la pandemia), continúa siendo alta la tasa (92).

En el nivel municipal, de los 386 territorios analizados se observa que el 38% de ellos reporta una accidentalidad en cero (0) y el 54% por debajo de la media nacional. Dentro de los municipios con las más altas tasas de mortalidad por esta causa y que se encuentran por encima de las 40 muertes por cada 100.000 habitantes se ubica a Santa Bárbara, San Andrés de Cuerquía, Gameza, Cantagallo, Albania, Aipe, Guamal, Briceño, Giraldo, Suárez, Los Andes, San Luis de Gaceno, Natagaima, Puerto Parra, Mutatá, Valdivia y Susacón, quien impone el indicador más alto (74 x 100.000 hab.)

Aunque el mayor número de defunciones en este grupo de municipios, lo tiene Tame (Arauca), con 18 muertes por esta causa, seguido de Dagua (Valle del Cauca) con 16 defunciones y Tibú (Norte de Santander), pero que al hacerlos comparables por medio de una tasa se diluyen en su denominador pasando a un lugar intermedio (ver tabla 34). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 34. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL PORCENTAJE DE TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	%	Puntaje
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	31,1	58
Antioquia	Buriticá	Rural Disperso	31,1	58
Putumayo	Puerto Caicedo	Rural	31,2	58
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	32,0	57
Caldas	Norcasia	Rural	32,6	56
Valle del	Dagua	Rural Disperso	32,6	56

Antioquia	Belmira	Rural Disperso	32,7	56
Antioquia	Vegachí	Rural	33,2	55
Huila	Oporapa	Rural	33,6	55
Huila	Agrado	Rural	33,6	55
Antioquia	Dabeiba	Rural	34,0	54
Nariño	Cumbitara	Rural Disperso	34,7	53
Tolima	Prado	Rural	35,7	52
Casanare	Tauramena	Rural Disperso	35,8	52
Nariño	Puerres	Rural	35,9	52
Tolima	Coello	Rural Disperso	36,1	51
Arauca	Tame	Rural Disperso	36,8	50
Valle del	Yotoco	Rural	37,0	50
Boyacá	Socha	Rural	37,1	50
Boyacá	La Capilla	Rural	37,2	50
Norte de Santander	El Zuila	Rural	37,4	49
Meta	Castilla la Nueva	Rural	37,7	49
Tolima	Cajamarca	Rural	38,0	49
Santander	Santa Bárbara	Rural Disperso	40,8	45
Antioquia	San Andrés de Cuerquía	Rural	41,2	44
Boyacá	Gameza	Rural	41,2	44
Bolívar	Cantagallo	Rural	46,0	38
Santander	Albania	Rural Disperso	46,1	38
Huila	Aipe	Rural	48,4	35
Meta	Guamal	Rural	48,4	35
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	49,3	33
Antioquia	Giraldo	Rural	52,2	29
Tolima	Suárez	Rural	53,0	28
Nariño	Los Andes	Rural	53,9	27
Boyacá	San Luis de Gaceno	Rural	54,8	26
Tolima	Natagaima	Rural	61,3	17
Santander	Puerto Parra	Rural Disperso	62,4	16
Antioquia	Mutatá	Rural Disperso	69,5	6
Antioquia	Valdivia	Rural Disperso	70,9	4
Boyacá	Susacón	Rural	74,0	0

Fuente: DANE, 2020.

El resultado en salud tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre presenta correlación con alto nivel de significancia con variables de condiciones iniciales, siendo las más relevantes a considerar en el análisis a partir del juicio de experto y la literatura, **PDET, cobertura de internet, índice de desempeño fiscal, Índice de Pobreza Multidimensional y porcentaje de analfabetismo en personas de 15 años y más.**



La correlación es negativa para las primeras variables y en todos los casos se podría categorizar como baja o mínima, lo cual no se puede afirmar para las dos últimas variables, ya que si bien se identifica correlación el sentido de esta no es representativo de la experiencia en el sector.

CORRELACIÓN TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

		camama_st	PDET	Cob_conect_Internet_st	IPM_st	IDF_st	Analfab_st
Rho de Spearman	tmor_accter_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,135**	-,183**	-,140**	-,124*
		Sig. (bilateral)		0,008	0,000	0,006	0,015
		N	386	386	386	386	386

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

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

Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)

Después del levantamiento del confinamiento por Covid-19, en el 2021 la mayoría de los países de América Latina experimentaron un crecimiento en el número de homicidios. Cabe mencionar que gran parte de la población se vio más afectada por la pobreza, lo cual exacerbó ciertas problemáticas sociales como el consumo de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar e interpersonal.

Asimismo, de acuerdo con el Centro de Pensamiento Insight Crime, los grupos de crimen organizado encontraron la oportunidad de fortalecerse a medida que el mundo reemergía. Dentro de las problemáticas evidenciadas se encontró el tráfico de cocaína y los asesinatos por las disputas de las esquinas de expendio (93).

Por otra parte, según datos de las Naciones Unidas los países con las tasas más altas de homicidio para el 2020 fueron Jamaica (44,68), Trinidad y Tobago (38,57), El Salvador (37,16), Honduras (36,33) Sudáfrica (33,46), México (28,37), Belice (25,65), Guatemala (26,04), Colombia (22,64) y Brasil (20,86) (94).

De los municipios analizados se observa que el 35,4% reporta el indicador en cero (o), de los cuales en su gran mayoría y como es lo esperado, no están incluidos en los ZOMAC, mientras los últimos en la tabla que contemplan los puntajes más altos en 2020 pertenecen en su totalidad a este grupo.



La mediana de los datos obtenidos se encuentra en 12,4 homicidios por 100.000 habitantes, un promedio de 21 homicidios por 100.000 hab. y un cuartil superior que se mueve por encima de 27,5 hasta 77,3 muertes por 100.000 hab.

Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 35. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Cauca	Bolívar	Rural	54,1	72
Tolima	Santa Isabel	Rural	52,9	72
Putumayo	Villagarzón	Rural	54,0	72
Antioquia	Mutatá	Rural Disperso	55,6	71
Antioquia	San Andrés de Cuerquía	Rural	54,9	71
Valle del Cauca	Yotoco	Rural	55,6	71
Antioquia	Armenia	Rural	59,1	69
Antioquia	Dabeiba	Rural	59,6	69
Nariño	Ricaurte	Rural Disperso	59,8	69
Quindío	Pijao	Rural	58,6	69
Valle del Cauca	El Águila	Rural Disperso	58,4	69
Caquetá	Belén de los Andaquies	Rural	62,6	67
Nariño	Barbacoas	Rural	63,7	67
Cauca	Toribio	Rural	65,4	66
Antioquia	Frontino	Rural	67,6	65
Tolima	Anzoátegui	Rural Disperso	70,0	63
Valle del Cauca	Bolívar	Rural Disperso	70,0	63
Antioquia	Valdivia	Rural Disperso	78,0	59
Cauca	El Tambo	Rural Disperso	78,1	59
Cauca	Patía	Rural	77,3	59
Huila	Acevedo	Rural Disperso	79,1	59
Antioquia	Argelia	Rural Disperso	79,5	58
Antioquia	Remedios	Rural	81,0	58
Huila	Algeciras	Rural	79,7	58
Norte de Santander	Tibú	Rural	80,0	58
Antioquia	Anorí	Rural	83,8	56
Antioquia	Briceño	Rural Disperso	86,2	55
Antioquia	San Francisco	Rural	84,9	55
Cauca	Buenos Aires	Rural	87,4	54



Antioquia	Vegachí	Rural	91,4	52
Nariño	Olaya Herrera	Rural	91,2	52
Antioquia	Urrao	Rural	93,9	51
Cauca	Caloto	Rural	92,7	51
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	111,6	42
Valle del Cauca	El Cairo	Rural Disperso	123,0	36
Valle del Cauca	El Dovio	Rural	127,7	33
Antioquia	Cáceres	Rural Disperso	148,2	22
Nariño	Policarpa	Rural Disperso	173,8	9
Nariño	Leiva	Rural	188,1	1
Nariño	Cumbitara	Rural Disperso	190,7	0

Fuente: DANE, 2020.

Para la variable resultado en salud tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) se identifica correlación con alto nivel de significancia para la mayoría de variables de condiciones iniciales, no obstante, a partir del juicio de experto y la literatura relacionada, las variables más relevantes a considerar en el análisis son, **Clasificación Rural de Ocampo, PDET, cobertura de internet, porcentaje de analfabetismo en personas de 15 años y más, ZOMAC, tasa de incidencia de violencia contra la mujer Y tasa de incidencia de violencia intrafamiliar.**

La correlación es positiva mínima para las variables tasa de incidencia de violencia contra la mujer Y **tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y porcentaje de analfabetismo en personas de 15 años y más** y negativa baja para la variable cobertura de internet. No se interpreta el sentido y magnitud de correlación para las variables ordinales **Clasificación Rural de Ocampo, PDET y ZOMAC.**

CORRELACIÓN HOMICIDIOS

			homic_st	Analfab_st	ZOMAC	viol_mujer_st	viol_intraf_st
Rho de Spearman	homic_st	Coefficiente de correlación	1,000	,118*	-,504**	,192**	,145**
		Sig. (bilateral)		0,020	0,000	0,000	0,004
		N	386	386	386	386	386

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

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

Tasa de mortalidad por suicidios

Con la llegada de la pandemia por Covid-19 se han incrementado los factores de riesgo asociados al suicidio, como la pérdida de empleo, disminución de los ingresos, los traumas, abusos, trastornos



mentales, cambios en las formas de trabajar y estudiar, barreras de acceso en la atención en salud, entre otros. Además, se ha evidenciado que vivir con conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas.

Según la OMS, cada año mueren más personas a causa de esta problemática que por el VIH, malaria, cáncer de mama y los homicidios. Es así como el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De acuerdo con el último informe publicado por la OMS *Suicide worldwide in 2019* se suicidaron 703.000 personas (último dato disponible), es decir 1 de cada 100 muertes, lo que ha llevado a las entidades gubernamentales a elaborar nuevas estrategias para mejorar la prevención del suicidio y los cuidados que esto conlleva (43).

A nivel mundial las tasas más altas que se registraron fueron en: África (11,2 x 100.000 hab.), Europa (10,5 x 100.000 hab.) y Asia Sudoriental (10,2 x 100.000 hab.), las cuales fueron superiores a la media mundial (9,0

x 100.000 hab.) en 2019. La tasa de suicidio más baja fue la Región del Mediterráneo Oriental (6,4). (43)

En Colombia, el 2020 fue relevante para disminuir las muertes autoinfligidas, lo que muchos atribuyen a las medidas de confinamiento generadas durante la pandemia, que en algunos casos actuaron de manera positiva cuando las redes de apoyo se encontraban cerca pero que en los casos en que muchas personas quedaron alejadas de cualquier ser querido fue difícil y los casos de depresión aumentaron considerablemente. Para 2019 la tasa de mortalidad por esta causa se encontraba en 5,9 y para el 2020 descendió hasta 5,4 Suicidios x 100.000 hab (95).

En el nivel municipal se encuentra que, del grupo de 386 territorios, el 50,2% de los municipios reporta en cero (0) el indicador, mientras que en el último cuartil se encuentran tasas entre 10,2 y 60,5 suicidios por 100.000 habitantes (ver tabla 36). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 36. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Huila	Isnos	Rural Disperso	19,4	68
Huila	Santa María	Rural Disperso	19,1	68
Boyacá	Quípama	Rural Disperso	20,1	67
Antioquia	Mutatá	Rural Disperso	20,8	66
Cesar	González	Rural	21,9	64
Cesar	Pelaya	Rural	22,4	63
Santander	Guadalupe	Rural	22,4	63
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	22,4	63
Boyacá	Togüí	Rural Disperso	23,1	62
Tolima	Alvarado	Rural	22,9	62
Meta	San Carlos de Guaroa	Rural	23,3	61



Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	24,3	60
Antioquia	Carolina	Rural	25,2	58
Huila	Tello	Rural	25,4	58
Norte de Santander	Abrego	Rural	26,5	56
Nariño	Funes	Rural	28,0	54
Nariño	Sapuyes	Rural Disperso	27,7	54
Huila	Colombia	Rural Disperso	28,3	53
Santander	Mogotes	Rural	28,2	53
Antioquia	Buriticá	Rural Disperso	31,1	49
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	32,0	47
Amazonas	Leticia	Rural	32,2	47
Antioquia	Urrao	Rural	32,4	46
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	33,5	45
Santander	Ocamonte	Rural	34,4	43
Nariño	Ricarte	Rural Disperso	34,9	42
Boyacá	Viracachá	Rural	35,6	41
Nariño	Puerres	Rural	35,9	41
Boyacá	La Capilla	Rural	37,2	39
Santander	Pinchote	Rural	37,1	39
Antioquia	Armenia	Rural	39,4	35
Santander	Coromoro	Rural Disperso	39,8	34
Santander	San Miguel	Rural Disperso	40,4	33
Boyacá	Rondón	Rural Disperso	42,1	30
Santander	California	Rural	44,8	26
Boyacá	Briceño	Rural	46,2	24
Santander	El Guacamayo	Rural Disperso	48,0	21
Antioquia	Nariño	Rural	50,3	17
Quindío	Pijao	Rural	58,6	3
Tolima	Villarrica	Rural	60,5	0

Fuente: DANE, 2020.

La tasa de mortalidad por suicidios como resultado en salud, presenta correlación negativa (mientras una variable sube la otra baja) con alto nivel de significancia estadística para variables de condiciones iniciales tales como cobertura de Internet, razón de enfermeros profesionales por mil habitantes y razón de médicos por mil habitantes, por otro lado se presenta correlación positiva para las variables tasa de incidencia de violencia contra la mujer y tasa de incidencia de violencia intrafamiliar, además de correlación con la variable ZOMAC a la cual no se le interpretó sentido ni magnitud.

Vale la pena mencionar, que al ser contrastada la tasa de mortalidad por suicidios en el ejercicio con la variable depresión no se puede establecer correlación a un nivel de confianza del 95% y de determinarse dicha correlación a un nivel de confianza del 90%, dicha correlación sería mínima.



Aunque hay una oportunidad de mejora en la calidad de los datos reportados y recolectados en el sector salud, lo anterior resulta consistente con la multidimensionalidad de una problemática social como el suicidio y el hecho de que esta situación no es consecuencia únicamente de un estado mental y no se llega a este acto solo por problemas a los que no se les halla solución (96).

CORRELACIÓN TASA POR SUICIDIOS

		suic_st	ZOMAC	viol_mujer_st	viol_intraf_st	Raz_med_st	Raz_enf_st
Rho de Spearman	suic_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,127*	,143**	-,162**	-,194**
		Sig. (bilateral)		0,013	0,005	0,001	0,000
		N	386	386	386	386	386

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

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

Tasa de mortalidad por EDA

Las enfermedades diarreicas aguda son la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años y se dan por una infección del tracto digestivo ocasionada por bacterias, virus y parásitos, que pueden ser adquiridos mediante el consumo de alimentos o aguas contaminadas. Según la OMS registra cada año alrededor de 1.700 millones de casos por esta enfermedad en América Latina y El Caribe.

Por otra parte, el estudio de la carga global de las enfermedades (Global Burden of Disease – GBD) del 2019, clasificó las enfermedades diarreicas como la quinta causa de AVAD o pérdida de salud a nivel mundial. Asimismo, este estudio indicó que la tasa de mortalidad por diarrea en Latinoamérica y el Caribe fue del 19,3 por cada 100.000 individuos, una cifra inferior al promedio mundial de 74,3 por cada 100.000 personas (97).

En el caso de Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud para el 2022 la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) aumentó con respecto al periodo 2020-2021. La menor incidencia se registró en el periodo IV agudizados por la contención del Covid-19 desde el periodo III. Es importante mencionar, que este aumento de casos podría estar relacionado con las diferentes aperturas poblacionales, al respecto se identificó mayor aumento en población menor de 5 años (98).

Al analizar los municipios sujetos al presente análisis, se observa que el 81% de los territorios notifican el indicador en cero casos (0). Al otro extremo de la tabla se pueden observar a San Eduardo (Boyacá), Pueblo Rico (Risaralda), Vetas (Santander), Rondón (Boyacá) y Alpujarra (Tolima), como los 5 municipios con mayor tasa de mortalidad x 100.000 hab, los cuales se pueden observar en la tabla 37. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

La tasa de **mortalidad por EDA** como resultado en salud, tiene correlación negativa con alto nivel de significancia para las variables de condiciones iniciales **cobertura de internet**, **razón de enfermeros**



profesionales por mil habitantes y razón de médicos por mil habitantes, lo cual es consistente con la relevancia que se ha dado a incrementar la conectividad de las poblaciones e igualmente mantener un número mínimo de profesionales de la salud en estas comunidades para garantizar no solo una atención oportuna sino mecanismos de prevención que reduzcan estas incidencias.

TABLA 37. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR EDA

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Putumayo	Puerto Caicedo	Rural	6,2	90
Vaupés	Mitú	Rural Disperso	6,1	90
Antioquia	Cocorná	Rural	6,7	89
Boyacá	Aquitania	Rural	6,4	89
Caldas	Pácora	Rural	6,5	89
Cauca	Paez	Rural Disperso	6,4	89
Nariño	Córdoba	Rural Disperso	6,5	89
Cesar	San Alberto	Rural	7,0	88
Bolívar	Talaigua Nuevo	Rural	7,6	87
Huila	La Argentina	Rural	7,6	87
Meta	Puerto Rico	Rural Disperso	7,8	87
Sucre	San Onofre	Rural	7,8	87
Antioquia	Angostura	Rural Disperso	8,7	86
Huila	Oporapa	Rural	8,4	86
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	8,4	86
Boyacá	Cubará	Rural Disperso	9,3	85
Magdalena	Zapayán	Rural	9,4	84
Caldas	Salamina	Rural	10,3	83
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	10,1	83
Nariño	Linares	Rural	10,0	83
Cauca	Toribío	Rural	10,9	82
Nariño	Los Andes	Rural	10,8	82
Huila	Agrado	Rural	11,2	81
Tolima	Alvarado	Rural	11,5	81
Antioquia	Maceo	Rural	12,1	80
Antioquia	San Rafael	Rural	12,8	79
Antioquia	Mutatá	Rural Disperso	13,9	77
Huila	Colombia	Rural Disperso	14,2	77
Tolima	Natagaima	Rural	13,6	77
Santander	Cerrito	Rural	14,4	76
Valle del Cauca	Versalles	Rural	14,4	76

Nariño	La Llanada	Rural	15,5	74
Santander	Guaca	Rural	16,9	72
Santander	Coromoro	Rural Disperso	19,9	67
Boyacá	Chíquiza	Rural Disperso	21,1	65
Tolima	Alpujarra	Rural Disperso	22,4	63
Boyacá	Rondón	Rural Disperso	42,1	30
Santander	Vetas	Rural	46,1	23
Risaralda	Pueblo Rico	Rural Disperso	54,7	9
Boyacá	San Eduardo	Rural	60,2	0

Fuente: DANE.

De otra parte, la correlación es positiva y mínima para las variables **prevalencia por EDA y prevalencia por VIH/SIDA** y como se describe en los anteriores acápite, no se interpreta el sentido (positivo o negativo) y magnitud (leve, moderada o fuerte) de correlación para las variables ordinales **PDET y ZOMAC**, por su naturaleza nominal.

CORRELACIÓN TASA DE MORTALIDAD POR EDA

		tmor_EDA_st	VIH_SIDA_st	EDA_st	Raz_med_st	Raz_enf_st	ZOMAC
Rho de Spearman	tmor_EDA_St						
	Coeficiente de correlación	1,000	,121*	,177**	-,140**	-,186**	-,114*
	Sig. (bilateral)		0,017	0,000	0,006	0,000	0,025
	N	386	386	386	386	386	386

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

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

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 (99).

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.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud a la fecha han sido notificados al sistema de vigilancia 2028 casos de Enfermedad Similar a la Influenza (ESI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG),



con un incremento de 212 % en comparación con 2021 (100).

Al analizar los 386 municipios, se observa que el 28,5% de los territorios reporta el indicador en cero (0) casos, con la prevalencia más alta se identifica a Aguada (Santander) quien notifica que de cada 100 habitantes 3,37 sufrieron de infección respiratoria aguda en el 2020, obteniendo el puntaje más bajo del grupo. A Guaranda le sigue Palestina, San Juan del Cesar, Santa Isabel, Caloto y San Miguel, quienes se mueven entre 40 y 60 puntos, que equivale a prevalencias entre 1,4% y 1,9%, como se observa en la tabla 38. Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

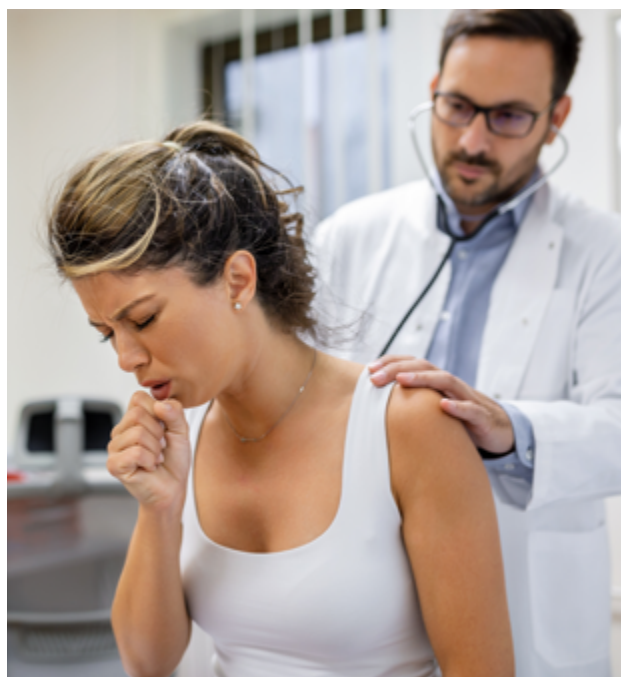


TABLA 38. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR IRA

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Tolima	Casablanca	Rural	31,8	70
Boyacá	Caldas	Rural Disperso	32,0	70
La Guajira	San Juan del Cesar	Rural	32,3	70
Santander	Charalá	Rural	32,6	70
Cundinamarca	Sesaima	Rural	34,7	68
Tolima	Prado	Rural	35,7	67
Caldas	Salamina	Rural	36,1	66
Huila	Teruel	Rural	37,1	65
Boyacá	Tota	Rural Disperso	38,2	64
Boyacá	Macanal	Rural Disperso	39,4	63
Tolima	Villarrica	Rural	40,3	62
Santander	San Miguel	Rural Disperso	40,4	62
Meta	Fuente de Oro	Rural	40,4	62
Magdalena	Puebloviejo	Rural	40,4	62
Cundinamarca	El Peñón	Rural Disperso	41,8	61
Boyacá	Ciénega	Rural	43,0	60
Valle del Cauca	Versalles	Rural	43,2	60
Cesar	González	Rural	43,8	59

Bolívar	Achí	Rural Disperso	44,2	59
Huila	Agrado	Rural	44,8	58
Boyacá	Togúí	Rural Disperso	46,1	57
Boyacá	Tuta	Rural	47,3	56
Nariño	Puerres	Rural	47,8	55
Boyacá	El Cocuy	Rural	48,6	55
Boyacá	Arcabuco	Rural	50,2	53
Bolívar	Arenal	Rural Disperso	51,4	52
Bolívar	Altos del Rosario	Rural	51,8	52
Boyacá	Umbita	Rural	53,0	51
Boyacá	Pisba	Rural Disperso	55,8	48
Meta	San Martín	Rural Disperso	56,6	47
Boyacá	Santa Sofía	Rural Disperso	62,3	42
Boyacá	Berbeo	Rural Disperso	63,2	41
Boyacá	San Miguel de Sema	Rural	66,4	38
Tolima	Natagaima	Rural	68,2	36
Boyacá	Chitaraque	Rural Disperso	68,2	36
Huila	Elías	Rural	69,8	35
Santander	San Joaquín	Rural Disperso	90,6	15
Boyacá	Güicán	Rural Disperso	93,0	13
Santander	El Guacamayo	Rural Disperso	95,9	10
Santander	Aguada	Rural Disperso	107,1	0

Fuente: DANE.

El resultado en salud tasa de mortalidad por IRA muestra correlación con las variables del eje de condiciones iniciales: **Razón de enfermeros profesionales por mil habitantes, Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año, Prevalencia de VIH/SIDA y Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal.** Para las dos primeras variables enunciadas, la correlación es negativa frente a la tasa de mortalidad por IRA y para las dos últimas se esperaría una correlación positiva, no obstante, la última variable de control prenatal muestra en la prueba estadística un resultado no representativo del tipo de relación evidenciada en estudios para la tasa de mortalidad por IRA cuando se presenta en neonatos.

Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de incrementar, ante estas infecciones, las herramientas de prevención y control para disminuir la tasa de mortalidad asociada, como medidas de contención no solo del individuo afectado sino de la generación de emergencias de salud pública (101).



CORRELACIÓN TASA DE MORTALIDAD POR IRA

		tmor_IRA_st	VIH_SIDA_st	Cob_vac_pentast	Raz_enf_st	bpn_st	
Rho de Spearman	tmor_IRA_st	Coeficiente de correlación	1,000	,167**	-,152**	-,119*	0,009
		Sig. (bilateral)		0,001	0,003	0,019	0,864
		N	386	386	386	386	386

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

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

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

La enfermedad renal crónica (ERC), describe la pérdida progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar productos de desecho y el exceso de líquido en el cuerpo. Dentro de las causas predisponentes para la ERC, se encuentra la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA). Se considera que no tiene cura, pero se puede prevenir, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas.

Según la OMS, la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. En Colombia la Cuenta de Alto Costo (CAC) a partir del año 2008, inició el reporte de la ERC, la HTA y la DM acorde con la Resolución 4700 de 2008, momento desde el cual publica un reporte anual en el que presenta el comportamiento del evento. Dentro de sus registros se encontró que para el año 2021, 889.123 personas padecían ERC, y de ellas el 4,64%, se encuentran en estadio 5 (102).

Del total de municipios analizados, se observa que el 28% reporta cero (0) casos de mortalidad por ERC, en tanto, los territorios que presentan el puntaje más bajo por registrar las tasas más altas de mortalidad por la misma causa se encuentran a Aguada, El Guacamayo, Güicán, San Joaquín y Elías, con tasas superiores a 68 casos x 100.000 hab. (ver tabla 39). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 39. PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ERC

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	Tasa x 100.000	Puntaje
Antioquia	Amalfi	Rural	59,6	87
Huila	Tarquí	Rural	56,6	87
Huila	Teruel	Rural	61,9	86
Sucre	TolúViejo	Rural	63,4	86

Antioquia	Anorí	Rural	68,7	85
Antioquia	Yolombó	Rural	68,7	85
Huila	Tello	Rural	67,9	85
Meta	Puerto Rico	Rural Disperso	69,8	85
Nariño	El Tablón de Gómez	Rural	70,0	85
Nariño	Funes	Rural	69,9	85
Putumayo	Villagarzón	Rural	66,7	85
Boyacá	Susacón	Rural	74,0	84
Nariño	Buesaco	Rural Disperso	71,1	84
Nariño	Puerres	Rural	71,4	84
Huila	Agrado	Rural	78,6	83
Huila	Aipe	Rural	79,0	83
Huila	Iquira	Rural Disperso	75,1	83
Huila	Paicol	Rural	74,8	83
Meta	Puerto López	Rural Disperso	75,9	83
Sucre	Ovejas	Rural	77,3	83
Meta	San Martín	Rural Disperso	82,9	82
Nariño	Tangua	Rural Disperso	82,3	82
Santander	Puente Nacional	Rural	81,1	82
Huila	Algeciras	Rural	84,3	81
Huila	Saladoblanco	Rural Disperso	85,4	81
Valle del Cauca	La Victoria	Rural	83,9	81
Nariño	Ancuyá	Rural	92,6	80
Nariño	Sapuyes	Rural Disperso	96,5	79
Tolima	Natagaima	Rural	95,3	79
Nariño	Consaca	Rural	101,8	78
Valle del cauca	Yotoco	Rural	105,2	77
Bolívar	Talaigua Nuevo	Rural	106,5	76
Nariño	La Florida	Rural	110,6	76
Nariño	Yacuanquer	Rural	109,6	76
Huila	Colombia	Rural Disperso	112,7	75
Nariño	El Tambo	Rural	115,1	75
Valle del Cauca	Versalles	Rural	114,1	75
Nariño	El Peñol	Rural	134,4	70
Huila	Hobo	Rural	163,0	64
Antioquia	Armenia	Rural	452,8	0

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020.

Al contrastar la variable de tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica con variables del eje de condiciones iniciales y de desempeño institucional, se encuentra que hay correlaciones mínimas con las variables de clasificación de **ruralidad**, **cobertura de Internet**, **Índice de pobreza multidimensional**,



analfabetismo y prevalencia de enfermedad renal crónica, la correlación aumenta un poco, pero continúa siendo baja con las variables de **razón de médicos y enfermeras**.

Se observa una relación negativa entre ERC con la mayoría de las variables lo que quiere decir que mientras una variable sube la otra baja, pero con una coherencia biológica coherente solamente en los casos de **conectividad de Internet y Razón de médicos y enfermeras**, lo que indica que a medida que las variables causales suben la mortalidad baja, lo que no es lógico en el caso de analfabetismo, porque no se puede argumentar que, a mayor analfabetismo menor tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica. Cabe resaltar que para la clasificación de ruralidad de Ocampo no se analiza direccionalidad por tratarse de una variable nominal.

CORRELACIÓN DE TASA DE MORTALIDAD POR ERC

		tmor_erc_st	Clasificación Ocampo	Cob_conect_internet_st	IPM_st	Analfab_st	ERC_st	Raz_med_st	Raz_enf_st	
Rho de Spearman	tmor_erc_ts	Coefficiente de correlación	1,000	-,168**	-,146**	-,157**	-,156**	,640**	-,240**	-,235**
		Sig. (bilateral)		0,001	0,004	0,002	0,002	0,000	0,000	0,000
		N	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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

DIMENSIÓN

Protección Financiera

Dimensión que evalúa un solo indicador, el cual da información acerca de la cantidad de población que se encuentra afiliada a EPS que están en riesgo de intervención como medida de protección financiera del sector.

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 participen en el sistema general de seguridad social en salud (103) y dentro de las que puede realizar se encuentran las siguientes (104):

1. Intervención forzosa administrativa para liquidar
2. Intervención forzosa administrativa para administrar
3. Intervención técnica y administrativa

Del grupo de municipios analizado, 176 no cuenta con población afiliada a EPS en vigilancia, mientras 30 de ellos tienen el 90% y más, en EPS sujeto de vigilancia. El 73% de los municipios cuenta con menos del 50% de su población adscrita a EPS en vigilancia.

De los 30 municipios que tienen entre el 90% y el 100% de su población afiliada a EPS sujetas a vigilancia, el 47% pertenecen al departamento del Huila (Saladoblanco, Suaza, Santa María, Palestina, Oporapa, Colombia, Acevedo, Teruel, Nátaga, La Argentina, Elías, Algeciras, San Agustín y Baraya) y tan solo un tercio de estos, pertenecen al rural disperso (ver tabla 40). Para mayor información de los datos pertenecientes a la totalidad de municipios, ver anexo 1, que se ubica en la página www.asivamosensalud.org.

TABLA 40. PUNTAJE ESTANDARIZADO DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA A EPS EN VIGILANCIA

Puntajes más bajos				
Departamento	Municipio	Clasificación Ocampo	(%) Población	Puntaje
Huila	Tello	Rural	85%	13
Antioquia	Ituango	Rural Disperso	87%	12



Antioquia	Liborina	Rural Disperso	87%	12
Huila	Tarqui	Rural	87%	12
Boyacá	La Uvita	Rural	88%	11
Caquetá	El Doncello	Rural	88%	11
Huila	Iquira	Rural Disperso	88%	11
Antioquia	Sabanalarga	Rural	89%	10
Antioquia	Yondó	Rural Disperso	89%	10
Boyacá	Pachavita	Rural Disperso	89%	10
Caquetá	Belén de los	Rural	90%	9
Cauca	El Tambo	Rural Disperso	90%	9
Caquetá	San Vicente del	Rural	91%	8
Cauca	Patía	Rural	91%	8
Huila	Baraya	Rural	91%	8
Huila	San Agustín	Rural	90%	8
Antioquia	Nariño	Rural	92%	7
Cundinamarca	Vergara	Rural	91%	7
Huila	Algeciras	Rural	92%	7
Huila	Elías	Rural	92%	7
Huila	La Argentina	Rural	92%	7
Huila	Nátaga	Rural	92%	7
Huila	Teruel	Rural	92%	7
Antioquia	Caicedo	Rural Disperso	93%	6
Antioquia	Campamento	Rural	93%	6
Antioquia	San Francisco	Rural	93%	6
Cauca	Buenos Aires	Rural	93%	6
Antioquia	Argelia	Rural Disperso	94%	5
Huila	Acevedo	Rural Disperso	94%	5
Huila	Colombia	Rural Disperso	94%	5
Huila	Oporapa	Rural	94%	5
Huila	Palestina	Rural	94%	5
Huila	Santa María	Rural Disperso	94%	5
Huila	Suaza	Rural Disperso	94%	5
Huila	Saladoblanco	Rural Disperso	95%	4
Caquetá	Valparaiso	Rural	96%	3
Antioquia	Vigía del Fuerte	Rural Disperso	98%	1
Nariño	Santa Bárbara	Rural Disperso	98%	1
Nariño	El Rosario	Rural	99%	0
Nariño	Leiva	Rural	99%	0

Fuente: Cubo BDUA.

El resultado en salud % población afiliada a **EPS's en vigilancia** presenta correlación con alto nivel de significancia para las variables del eje de condiciones iniciales: **Clasificación Rural de Ocampo, PDET,**



cobertura de internet, prevalencia por IRA, y ZOMAC, la correlación es principalmente negativa excepto para la variable **Prevalencia por IRA** y no se interpreta el tipo de correlación para las variables ordinales **PDET y ZOMAC**. De igual forma, se evidencia correlación negativa con alto nivel de significancia en la variable del eje de desempeño institucional, **% nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal** y correlación positiva con la variable **tutelas en salud**.

Estos resultados son consistentes con lo descrito previamente en el documento y la literatura consultada, así como con el juicio de experto utilizado, razón por la cual se consideró necesario excluir la variable razón de enfermeros x cada 10.000 habitantes. A pesar de que la prueba estadística permitiera concluir que existe correlación.

CORRELACIÓN POBLACIÓN AFILIADA A EPS EN VIGILANCIA

			EPS_vig_St	Clasificación Ocampo	PDET	ZOMAC	Cob_conect_Internet_st	IRA_st	Raz_enf_st	bpn_st	tutelas_st
Rho de Spearman	EPS_vig_st	Coefficiente de correlación	1,000	-,119*	-,108*	-,198**	-,229**	-,161**	,129*	-0,007	,149**
		Sig. (bilateral)		0,019	0,034	0,000	0,000	0,002	0,011	0,886	0,003
		N	386	386	386	386	386	386	386	386	386

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

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



Limitaciones del Estudio

Una de las limitaciones más importantes de este estudio fue la consecución de la información en el nivel municipal en la mayoría de los indicadores, lo que obligó a replantear el análisis de la población rural y no emitir el acostumbrado cálculo en un índice sintético.

Por otro lado, la población no es fija, dado que los resultados de los indicadores evaluados no contienen una población estándar por ser de diferentes fuentes oficiales, además de la constante movilidad de la misma población colombiana, no se puede establecer un tamaño de muestra que lleve a un proceso estadístico riguroso en el que se puedan hallar asociaciones más significativas. De igual forma es importante resaltar que el uso de fuentes secundarias puede incurrir en sesgos propios de los estudios transversales, pero dada la naturaleza del índice, se procura que los datos sean de fuentes validadas.



Conclusiones y Recomendaciones

La falta de información en el nivel municipal es la principal limitante para hacer un análisis más detallado de la situación rural del país, sabiendo que en estas áreas es donde se encuentra la mayor inequidad y vulnerabilidad poblacional, además de las brechas más grandes en acceso a la atención en salud. Mejorar los sistemas de información, es el punto de partida para disminuir y acabar con las inequidades de estos territorios, ya que, obteniendo un diagnóstico más preciso y real de la situación de cada uno de ellos, habrá mayor viabilidad que las entidades pertinentes puedan ejecutar acciones más costo efectivas que impacten de forma positiva y más contundente el bienestar de estas poblaciones.

Por otra parte, se comprueba una vez más que los municipios con mayor ruralidad son los que obtienen los puntajes más deficientes en los indicadores de resultado en salud como se observa a lo largo del análisis de datos, confirmando la inequidad reportada por diversos estudios, en comparación con las zonas urbanas (105) (106) (107). Los indicadores en salud y sus determinantes, no pueden seguir siendo presentados solamente de forma general o nacional, es importante generar análisis más profundos en otros niveles territoriales que se ven opacados o minimizados por la media de los datos extremos reportados casi siempre por las grandes ciudades, es imprescindible reconocer las profundas diferencias que esconden dichos promedios, al comparar los diferentes niveles territoriales.

El primer eje analizado comprende las condiciones iniciales que constituye un factor importante para el buen desempeño de los resultados en salud, entendiendo estas condiciones como el conjunto de acciones del sector salud e intersectoriales que promueven estilos de vida saludables dentro de estos escenarios, los territorios con mayor déficit en recursos hídricos potabilizados y de saneamiento ambiental, son los que están manejando tasas altas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, como en el caso de Vetás, Pueblo



Rico y San Eduardo que registran las mayores tasas por EDA y al revisar las coberturas de acueducto y alcantarillado son realmente bajas, lo cual genera un reto sustancial si se quiere cumplir con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

De igual forma, las tasas de penetración de internet en las zonas rurales deben aumentar especialmente si se pretende implementar proyectos de interoperabilidad, telesalud y telemedicina que permitan brindar un mayor margen de atención no solamente en salud sino en todas las necesidades sociales de estas poblaciones apartadas, incluso en acceder a estrategias de política pública con las que se puede llegar más fácilmente a las comunidades.

Siguiendo la línea del mismo eje, cabe resaltar que la articulación del sector educativo con el de la salud es primordial, la educación en salud requiere de algunas modificaciones en los diseños de implementación dado que los actualmente ejecutados presentan importantes falencias, especialmente en la forma de comunicación. Hay información en salud que debe extrapolarse a la población fundamentalmente en las primeras etapas educativas para lograr mayor impacto y en ese caso la articulación debe estar muy alineada a tales fines.

En cuanto a los eventos de alto costo como las enfermedades renales crónicas, configuran un reto trascendental después de los picos más altos de la pandemia por COVID – 19, donde se vieron las brechas tan grandes que existen en los diferentes grupos poblacionales y la falta de detección temprana para estas enfermedades. Paralelamente, la salud mental también representa un problema de salud pública en todo el territorio nacional y aunque las cifras reportadas en esta área son más bajas en las zonas rurales que en otras zonas del país, configura un problema creciente, silencioso y poco registrado, especialmente en zonas de alto conflicto armado que requieren de una vigilancia constante, por el componente social tan relevante.

Las acciones de promoción y prevención en los territorios apartados requieren de un proceso de fortalecimiento, especialmente los de tamizaje para cáncer que como lo muestra el presente documento, deja ver importantes falencias en su implementación ya que no son tan efectivas dichas prácticas en las poblaciones rurales, especialmente en citología.

Por otro lado, el puntaje obtenido por las zonas rurales evaluadas para los indicadores de talento humano en salud, son realmente

deficientes, confirmando una vez más lo que desde Así Vamos en Salud se ha querido resaltar desde años atrás. El talento humano se concentra en las grandes urbes, debido principalmente a la formación de dicho talento humano en salud (THS) ya que la oferta se ubica de manera predominante en las ciudades más importantes, a la distribución de ese mismo talento humano que es difícil que vuelva al lugar de residencia una vez obtiene el título, lo que se debe a varios factores, no solo las condiciones y los incentivos laborales.

Es necesario entender la diversidad de los territorios y la importancia de conocer los aspectos diferenciales en cada uno para lograr el acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud. Un buen comienzo, es el fortalecimiento en la gobernanza institucional, donde se vincule a la población de forma activa que finalmente es la que cuenta con un conocimiento más profundo del territorio no solamente geográfico sino también social y cultural.

La consecución de la información en desagregación municipal contiene un alto grado de dificultad, por lo que se recomienda a las instituciones rectoras de la información, contemplar un análisis más detallado en los territorios que permita realizar un adecuado seguimiento desde los diferentes niveles territoriales, constituyendo esto un compromiso relevante para fortalecer los sistemas de información que den cuenta de los diferentes niveles nacionales.



Referencias

1. **DANE.** *Proyecciones de Población.* Bogotá : s.n., 2020.
2. **DNP.** *Misión para la transformación del Campo.* Bogotá : s.n., 2014.
3. **DNP.** *El Campo Colombiano: Un camino hacia el bienestar y la paz.* Bogotá : s.n. pág. 321p. Vol. Tomo I. ISBN Tomo I: 978-958-8340-93-7.
4. **Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.** Decreto 893. Bogotá, Colombia : s.n., 28 de 05 de 2017.
5. **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.
6. **Gobierno de Colombia.** ABC PDET. 2021.
7. **Ministerio de Hacienda y Crédito Público.** Decreto 1650. Bogotá , Colombia : s.n., 09 de 10 de 2017.
8. **Fedepalma.** *Mecanismos Tributarios para las ZOMAC (Ley 1819 de 2016).* Bogotá : s.n., 2016. pág. 44p. ISBN: 978-958-5492-00-4.
9. **Naciones Unidas.** *CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.* Ginebra : s.n., 2002.
10. **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.
11. **WHO, Unicef, JMP.** *Progress on household drinking water, sanitation and Hygiene 2000-2020.* 2021. ISBN 978-92-4-003084-8.
12. **OMS / Unicef.** *Informe sobre la evaluación mundial del abastecimiento en 2000.* Ginebra : s.n., 2000. pág. p35. ISBN 92 4 356202 9.
13. **UNDP.** *Los ODS en Acción.* 2022.
14. **WHO / UNICEF JMP.** *PROGRESS ON HOUSEHOLD DRINKING WATER, SANITATION AND HYGIENE 2000-2020.* 2021. ISBN 978-92-4-003084-8.
15. **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.
16. **Van Dijck, José.** *La cultura de la conectividad.* ISBN: 978-987-629-669-4, Buenos Aires : siglo XXI, 2016.
17. **Statista.** *Tasa de penetración de Internet en enero de 2021, por área geográfica.* 2022.
18. **DANE.** *Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020.* Bogotá : s.n., 2021.
19. **MinTIC.** *Boletín Trimestral de las TIC cifras primer trimestre de 2021.* Bogotá : s.n., 2020. pág. 50p.
20. **Departamento Administrativo de la Función Pública.** *Decreto 1575 de 2007.* Bogotá : s.n., 2007. pág. 9p.
21. **MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL Y MINISTERIO DEPROTECCION SOCIAL.** *Resolución 2115 de 2007.* Bogotá : s.n., 2007. pág. 37p.



- 22. Gobierno de Colombia.** *Informe Nacional de Calidad del Agua par Consumo Humano (INCA 2020)*. Bogotá : s.n., 2020. pág. 133p.
- 23. 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.
- 24. 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_fQwbi4NH0vXI9ewUAGxmLPF_QsFqugc6OPi-VqMk4TtVU60SrVu2Q2n6yn-4OCDZj_QEjgW9OYFEwhItPTQ-bk4bHqSsJIYfurrLLTzx_mylnrgrGNIPvacikD.
- 25. 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.
- 26. 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/indicador/SE.ADT.LITR.ZS>.
- 27. OPS.** *Enfermedad crónica del riñón*. 2022. Hoja informativa.
- 28. 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.
- 29. 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.
- 30. PAHO.** Depresión. [En línea] [Citado el: 14 de 05 de 2022.] <https://www.paho.org/en/topics/depression>.
- 31. 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>.
- 32. OMS.** 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>.
- 33. INS.** *Informe de evento, Enfermedad Diarreica Aguda Colombia, 2020*. Bogotá : s.n., 2020.
- 34. INS.** *Informe del evento infección respiratoria aguda, Colombia 2020*. Bogotá : s.n., 2020.
- 35. 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.
- 36. 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/>.
- 37. 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>.
- 38. 90-90-90** Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. **ONUSIDA**. Ginebra : s.n.
- 39. 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.
- 40. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC).** *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020*. Bogotá : s.n., Mayo de 2021. ISSN: 2344-7702.
- 41. Alcaldía de Armenia.** *Armenia es líder en detección de VIH sida en el país*. Armenia : s.n., 2019.



- 42. United Nations.** *Declaration on the Elimination of Violence against Women.* New York : s.n., 1993. Resolución 48/104 de la Asamblea General.
- 43. 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>.
- 44. 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=CjwKCAjwwo-WBhAMEiwAV4dybWakr9GMnjGZjUj3crBhBkpxHN1uS-qDXscbFhSZuZ5BiRZ9hsWBoCaU8QAVD_BwE.
- 45. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL EN COLOMBIA, AÑO 2020.* Bogotá : s.n., 2020.
- 46. Observatorio Femicidios Colombia.** *Boletín nacional Colombia. Viva nos queremos.* Bogotá : s.n., 2020.
- 47. 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.
- 48. 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>.
- 49. Ministerio de Salud y Protección Social.** *Diario Oficial. Anexo técnico de la Resolución No. 3280 de 2018.* 2018.
- 50. OMS.** *Globocan.* 2021. world-fact-sheets.
- 51. 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.
- 52. Defensoría del pueblo.** *Violencia Intrafamiliar.* Bogotá : s.n.
- 53. Benítez Norma, Houdin Celeste y Meza Nelly.** *Construyendo Ciudadanía_ La Atención Intermedia.* Asunción : s.n., 2005. pág. p27.
- 54. WHO.** *Health workforce.*
- 55. SISPRO.** *Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS).* Bogotá : s.n., 2020.
- 56. Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 755 de 2022.* Bogotá : s.n., 2022.
- 57. Hipócrates.** *Aforismos y Sentencias.* pág. 184p.
- 58. Congreso de Colombia.** *Ley 1438 de 2011.* Bogotá : s.n., 2011. pág. 51p.
- 59. Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 1342 de 2019.* Bogotá : s.n., 2019. pág. 25p.
- 60. Observatorio de Transparencia y Anticorrupción.** *Fiscal - IDF.* [En línea] 2020. <http://2020.anticorrupcion.gov.co/Paginas/indice-desempeno-fiscal.aspx#:~:text=Esta%20es%20una%20medida%20del,de%20financiamiento%20del%20gasto%20corriente..>
- 61. DNP.** *Índice de Pobreza Multidimensional (IPM-Colombia) 1997-2008 y meta del PND.* Bogotá : s.n., 2011.
- 62. 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.
- 63. DANE.** *Nota metodológica Índice de Pobreza Multidimensional-Agregado PDET.* Bogotá : s.n., 2021. pág. 12p.
- 64. DANE.** *Boletín Técnico: Pobreza multidimensional en Colombia 2020.* Bogotá : s.n., 2021.
- 65. 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.
- 66. Rossi, Buenaventura Francisco.** *Mortalidad Materna.* Bogotá : s.n., 2000, Rev. Salud Colombia.
- 67. De la Torre Palomo, M^a Teresa.** *La atención al parto no hospitalario.* España : s.n.

- 68. Defensoría del pueblo.** *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020.* Bogotá : s.n., 2021. ISSN: 2462-8514.
- 69. 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.
- 70. Minsalud.** *Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT).* Bogotá : s.n.
- 71. Rojas Sotelo, Jaid C. y Prieto Alvarado, Franklyn E.** *Vacuna pentavalente y coberturas de vacunación en menores de un año. Colombia 2000-2003.* Sup. (1), Bogotá : s.n., Mayo de 2006, Rev. Salud pública, Vol. Vol. 8, págs. 71-85.
- 72. 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>.
- 73. Ministerio de Salud y Protección Social.** *RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018.* Bogotá : s.n., 2018, pág. p265.
- 74. 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.
- 75. OMS.** 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>.
- 76. 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.
- 77. 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>.
- 78. Naciones Unidas.** *Levels and Trends in Child Mortality: 2020 Report.* 2020.
- 79. World Bank.** *Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) - Colombia.* 2020.
- 80. OMS.** *Update 67 – COVID-19 in children and adolescents.* 2021.
- 81. Millward, J.** *Estimated impact of the 2020 economic downturn on under-5 mortality for 129 countries.* 2022.
- 82. 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>.
- 83. 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 .
- 84. 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..
- 85. 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.
- 86. 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>.
- 87. OMS.** *Cancer Today.* [En línea] 2020. [Citado el: 03 de 04 de 2022.] <https://gco.iarc.fr/today/fact->



sheets-cancers.

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

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

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

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

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

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

94. Naciones Unidas. *Datos UNODC*. 2020.

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

96. 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.

97. 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.

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

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

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

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

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

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

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

105. 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.

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

107. 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>.

108. 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.

109. 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 .



Fotografías

Frank Meriño: Pág. 13 y 113.

Alba Anguela: Pág. 114 y 115.

Julián Acotto: Pág. 6 y 7.

Daniel Manosalva: Pág. 8.

Promadik Travel: Pág. 9.

Nyau Mimi: Pág. 22.

Mateo Dávila: Pág. 77.

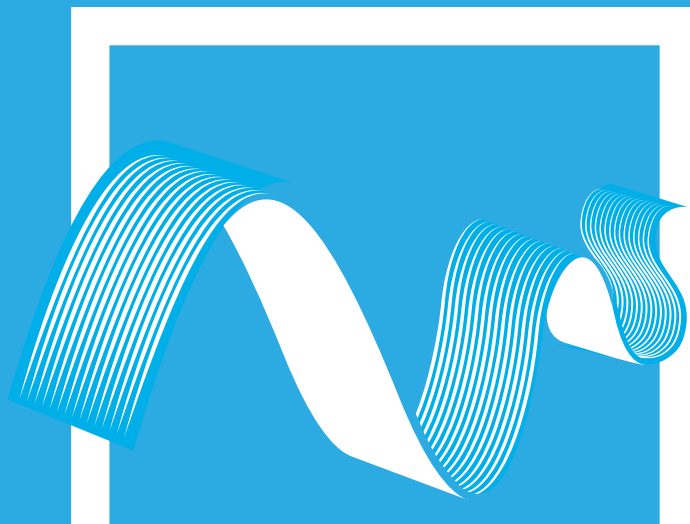
Alexander Grey: Pág. 29.

Imágenes de **Freepik.com**

Pág. 36, 42, 45, 49, 55, 63, 69, 76, 82 y 105.

La portada ha sido diseñada usando imágenes de **Freepik.com**





**Así Vamos
en Salud®**

asivamosensalud.org