



Plan Nacional de

SaludRural

Salud, cuidado y paz en el campo colombiano

Anexo técnico





Plan Nacional de Salud Rural

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de la Protección Social

DAVID SCOTT JERVIS JALABE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

CLARA M. SUÁREZ RODRÍGUEZ
Directora Epidemiología y Demografía

CESAR LEONARDO PICON ARCINIEGAS
Director Desarrollo del Talento Humano en Salud (E)

SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA
Directora Promoción y Prevención (E)

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ
Directora Medicamentos y Tecnologías en Salud

MARGARITA M. ESCUDERO OSORIO
Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

JOHN EDISÓN BETANCUR ROMERO
Director Regulación de beneficios, Costos y tarifas del aseguramiento en salud (E)

OTONIEL CABRERA ROMERO
Director de Financiamiento Sectorial

YENNY PILAR TORRES CASTRO
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

DIDIER ANIBAL BELTRAN CADENA
Jefe Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (E)

CÉSAR LEONARDO PICÓN ARCINIÉGAS
Jefe Oficina
Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres

MARITZA ISAZA GÓMEZ
Jefe de Oficina
Oficina de Promoción Social

LUZ ADRIANA ZULUAGA SALAZAR
Jefe de Oficina
Oficina de Calidad

MAYRA ALEJANDRA NIETO GUEVARA
Coordinadora Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales

LISBETH ASTRID FLOREZ MARTINEZ
Líder técnica PNSR – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

KATHERIN IOVANOWA CARRILLO NOGUERA
Asesora - Despacho Ministro

HENRY VIRGILIO CUERVO CASTILLO
Asesor - Despacho Ministro hasta junio 2024

GLORIA MILENA GRACIA CHARRY
Asesora - Despacho Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

OLGA LUCIA LIZARAZO SALGADO
Profesional jurídica - Despacho Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

SANDRA LILIANA FUENTES RUEDA
Profesional especializado - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.



Equipo de trabajo

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Ana Mejía Parra

Luis Guillermo González Rojas

Octavio Henao Orrego

Gloria Edith Villota Enríquez

Paola Cecilia Cáceres Rodríguez

Yira Tatiana Castro Romero

Libia Esperanza Forero García – Directora Prestación de Servicios y Atención Primaria hasta julio 2024.

Erika Alejandra Ramírez Gordillo hasta septiembre de 2024.

Luz Marina López Salamanca hasta septiembre de 2024.

Gina Paola González Ramírez hasta septiembre de 2024

Cindy Marleyi Sanabria Castellanos hasta agosto 2024.

Dirección de Epidemiología y Demografía

Andrea Rodríguez Rodríguez

Deisy Jeanette Arrubla Sánchez

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Carlos Arturo Guzmán Quintero

Jeimy Nathaly Roza Gutiérrez



Dirección de Promoción y Prevención

Gloria Isabel Puerta - Convivencia Social y Ciudadana
Jacqueline Palacios Gonzáles - Programa Ampliado de Inmunizaciones
Jasblehidy Lizarazo Bejarano - Salud Ambiental
Soraida Janeth Toro Sandoval - Salud Ambiental
Jennifer Calderón Tapia - Grupo de gestión de promoción y prevención
Nubia Bautista - Enfermedades Transmisibles
Julián Trujillo Trujillo - Enfermedades Transmisibles
Mauricio Javier Vera - Enfermedades Transmisibles
Luz Stella Ríos - Enfermedades Transmisibles
Mónica Genith Castro Hernández - Curso de Vida
Nelly Yomar González González - Sustancias Psicoactivas
Bibian Yiseth Moreno Mayorga - Salud Mental hasta octubre de 2024

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Fernán Vidal Sánchez

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Darío Mauricio Díaz
Amparo Valderrama Báez

Dirección de Financiamiento Sectorial

Diana Yolanda Fuentes Suarez

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Diana Maritza González Preciado

Oficina de Calidad

Heidy Juliana Olaya Cabrales
Claudia Silenia Niño Rey

Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales

Heidy Blumenkranc Arango

Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Yolanda castillo
Oswaldo Barrera Guauque
Tilcia Helena Angarita B

Oficina de Promoción Social

Adriana Patricia Torres Agudelo - Discapacidad
Carolina Cáceres Chaves - Género
Constanza Clavijo Velasco - Rehabilitación Social para la Convivencia y no Repetición
Diana Carolina Fonseca - Víctimas del Conflicto
Charles Jairo Chaves O'Flynn - Vejez
John Fredy Melgarejo Cantor - Asuntos Étnicos
Sofia Gutiérrez - Campesinado desde septiembre de 2024

Entidad Adscrita

Instituto Nacional de Salud – INS

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Karol Patricia Cotes Cantillo

Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia, APC-Colombia



José Milton Guzmán - Consultoría - Proyecto País Colombia

Entidades Asesoras

Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz-Oficina del Alto Comisionado para la Paz

Departamento Nacional de Planeación -DNP

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

Ministerio del Interior

Agencia de Renovación del Territorio – ART

Instancia de Verificación del Acuerdo Final de Paz

Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final -CSIVI

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97Bogotá

D.C., Colombia

Tabla de Contenido

Introducción	12
I. Referentes normativos.....	14
II. Referentes conceptuales	19
III. Principios y enfoques.....	25
IV. Contexto de la salud rural en Colombia	29
V. Plan Estratégico y Operativo	55
Objetivos	56
Líneas Estratégicas	57
Línea estratégica 1. Gobernanza y Gobernabilidad	57
Línea estratégica 2. Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas	61
Componente 1. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.....	62
Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud	73
Componente 3. Personal de Salud para la ruralidad	76
Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.	79
Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural	80
Componente 6. Salud de los trabajadores rurales.....	82
Línea Estratégica 3. Garantía de la calidad en salud para la personas, familias y comunidades rurales.	84
VI. Plan de Implementación.....	87
Cobertura territorial	87
Fases para la implementación	88
VII. Seguimiento y evaluación.....	89
VIII. Inspección, Vigilancia y Control	93
IX. Presupuesto indicativo y fuentes de financiación	94
X. Responsabilidades	102
Referencias bibliográficas	106
Anexos	118

Lista de tablas

Tabla 1. Posibles efectos en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia.	45
Tabla 2. Gobernanza y gobernabilidad.	58
Tabla 3. Redes integrales e integradas de servicios de salud.	65
Tabla 4. Acciones indicativas en el marco de la salud pública para la ruralidad.	71
Tabla 5. Construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud.	75
Tabla 6. Personal de salud.	78
Tabla 7. Participación inclusiva de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.	80
Tabla 8. Adopción de enfoques para la salud rural.	81
Tabla 9. Salud de los trabajadores rurales.	83
Tabla 10. Garantía de la Calidad en Salud para la personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.	85
Tabla 11. Fases para Implementación del Plan Nacional de Salud Rural.	88
Tabla 12. Indicadores Plan Marco de Implementación -PMI.	89
Tabla 13. Seguimiento y evaluación del Plan Nacional Salud Rural.	91
Tabla 14. Actividades y acciones del PNSR.	94
Tabla 15. Presupuesto PGN y SGP – PNSR.	95
Tabla 16. Costo Plan Nacional de Salud Rural.	100

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud -DSS.	43
Figura 2. Esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia.	44



Presentación

La materialización de la Reforma Rural Integral en el país requiere del diseño y ejecución de planes nacionales sectoriales que en conjunto tengan como propósito el cierre de brechas entre el campo y la ciudad y la superación de la pobreza y la desigualdad.

En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social establece el **Plan Nacional de Salud Rural** como política orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, buscando contribuir a la superación de inequidades, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, la transformación estructural del campo y la creación de condiciones de bienestar y buen vivir.

El Plan Nacional de Salud Rural se propone como hoja de ruta para la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud y el establecimiento de una agenda social compartida para el cuidado de la salud en la ruralidad; así también como herramienta de gestión para promover el desarrollo social de la salud con efecto resiliente en la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas. Su estructura se establece con base en los criterios definidos para salud en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera y el reconocimiento participativo de las demandas de la población rural, posterior a la adopción del acuerdo, en tres líneas estratégicas: (i) Gobernanza y gobernabilidad, el (ii) Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas y (iii) Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales.

En su implementación, se deberán adoptar de manera participativa los proyectos, planes, inversiones y medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas para el fortalecimiento y desarrollo de habilidades y capacidades locales que garanticen el cuidado de la salud de la población en las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país con enfoque intercultural, diferencial y de género, en pro de la equidad, la igualdad, el desarrollo integral y la construcción de paz.

Acrónimos

Sigla	Definición
ADRES	Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AETCR	Antiguos Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación
AFTCCPED	Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera
AFP	Acuerdo Final de Paz
ANT	Agencia Nacional de Tierras
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ART	Agencia de Renovación del Territorio
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
CRUE	Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias
CISAN	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CIAC	Combustibles de uso Ineficiente y Altamente Contaminantes
CNC	Convención Nacional Campesina
COTSA	Consejos Territoriales de Salud Ambiental
CODHES	Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento
CIDSS	Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales en Salud
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública
CPC	Constitución Política de Colombia
CTSSS	Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
CSIVI	Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final de Paz
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes Sociales de Salud
EBS	Equipos Básicos de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ETS	Entidad Territorial de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ET	Entidad Territorial
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FARC-EP	Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia – Ejército
GTISP	Gestión Territorial Integral de la Salud Pública
IA	Inteligencia Artificial
IEANPE	Instancia Especial de Alto Nivel con Pueblos Étnicos
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS	Instituto Nacional de Salud
IEM	Instancia Especial de Mujeres para el Enfoque de Género en la Paz
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPSS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

Sigla	Definición
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAN-MAPE	Plan de Acción Nacional sobre Mercurio en la Minería Artesanal y de Pequeña Escala de Oro
PAPSIV	Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
PATR	Plan de Acción para la Transformación del Territorio
PAS	Plan de Acción en Salud
PMIDS	Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud
PBIS	Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud
PFTS	Planes Financieros Territoriales de Salud
PNMCS	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud
PTS	Plan Territorial de Salud
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PGN	Presupuesto General de la Nación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNIS	Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PIRC	Planes Integrales de Reparación Colectiva
PMI	Plan Marco de Implementación
PIS	Planeación Integral para la Salud
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PNS	Planes Nacionales Sectoriales
PPI	Plan Plurianual de Inversiones
PSPC	Participación en Salud Pública con Base Comunitaria
PTRRM	Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Empresas Sociales del Estado
PTACCSA	Planes Territorial de Adaptación al Cambio Climático desde Salud
PRI	Programa de Reincorporación Integral
PRR	Planes de Retorno y Reubicación
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPPS	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRA	Reforma Rural Agraria
RRI	Reforma Rural Integral
RUV	Registro Único de Víctimas
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SIIPO	sistema integrado de información para el postconflicto
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SGP	Sistema General de Participaciones
SGR	Sistema General de Regalías
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad
SIVJRN	Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición
SPA	Sustancias Psicoactivas

Sigla	Definición
SSO	Servicio Social Obligatorio
TAB	Transporte Asistencial Básico
TAM	Transporte Asistencial Medicalizado
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UAEOS	Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias
UPME	Unidad de Planeación Minero-Energética
VSPC	Vigilancia en Salud Pública con Base Comunitaria
ZOMAC	Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado

Introducción

"Sin salud no hay paz y sin paz no hay salud"
Saúl Franco¹

El presente documento desarrolla los contenidos del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), como instrumento de política pública determinante en el propósito del Estado de cerrar la brecha de inequidad entre lo urbano y lo rural, toda vez que garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a las poblaciones de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, en particular las más afectadas históricamente por el conflicto armado hace parte integral de un proceso sostenible de construcción de paz, en donde el establecimiento de mecanismos que garanticen la atención en salud efectiva y el desarrollo de modelos participativos de salud territorialmente diferenciados permiten concretar con reciprocidad la contribución de la salud en la construcción de paz y de la paz en la superación de inequidades en salud.

El PNSR se establece conforme a lo estipulado en el punto 1 del Acuerdo Final de Paz para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (en adelante, Acuerdo Final de Paz) firmado en noviembre de 2016 entre el Gobierno Nacional y la guerrilla de las Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia -Ejército FARC-EP-, como instrumento para el cumplimiento de los objetivos de la Reforma Rural Integral, tal como se establece en el subpunto 1.3 (Planes Nacionales de la Reforma Rural Integral) y el inciso 1.3.2.1. Salud, partiendo del reconocimiento del territorio rural como *"un escenario sociohistórico con diversidad social y cultural, en el que las comunidades —hombres y mujeres— desempeñan un papel protagónico en la definición del mejoramiento de sus condiciones de vida y en la definición del desarrollo del país dentro de una visión de integración urbano-rural"*.

Este Plan reconoce la salud como un derecho fundamental de las comunidades rurales, *"en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad"* en coherencia con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*, buscando materializar el deber de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional y lograr que la extensión de la red pública hospitalaria no dependa de la

¹ Cirujano de la Universidad de Antioquia, magíster en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, Ph.D. en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, Brasil. Excomisionado Comisión de la Verdad.



rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social”, orientados por el Plan Decenal de Salud Pública que a partir de consenso social y ciudadano estableciendo las estrategias de salud pública orientadas a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia.

El PNSR materializa el propósito establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, Colombia Potencia Mundial de la Vida, de sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida, posicionando las zonas rurales y zonas rurales dispersas como *“territorios saludables con atención primaria en salud a partir de un Modelo de Salud Predictivo y Preventivo con gobernanza, interculturalidad, participación vinculante y articulación de los actores del sistema de salud, orientado a garantizar el derecho fundamental a la salud, y asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud”*.

El marco estratégico del PNSR incorpora el propósito, los criterios y las estrategias descritas en el Plan Marco de Implementación - PMI del Acuerdo Final de Paz, tales como: i) infraestructura, ii) atención a población dispersa, y iii) modelo especial de salud pública, articulándose por su conexidad con cada uno de los puntos conforme a las competencias sectoriales: i. Punto 3. fin del conflicto, numerales 3.2. reincorporación de las FARC-EP a la vida civil — en lo económico, lo social y lo político—y 3.2.2.7. garantías para una reincorporación económica y social sostenible; ii. Punto 4. solución al problema de las drogas ilícitas, numerales 4.2. programa de prevención del consumo y salud pública y 4.2.1. programa nacional de intervención integral frente al consumo de drogas ilícitas; iii. Punto 5. acuerdo sobre las víctimas del conflicto, numerales 5.1.3.4. rehabilitación psico-social y 5.1.3.4.2. plan de rehabilitación psico-social para la convivencia y la no repetición y iv. Punto 6. implementación, verificación y refrendación, numeral 6.2. capítulo étnico y transversalización del enfoque de género.

Además de lo anterior, acoge las prioridades de los programas de desarrollo con enfoque territorial -PDET; el Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito -PNIS; las zonas más afectadas por el conflicto armado -ZOMAC; los hallazgos y recomendaciones de la Comisión de la Verdad de Colombia; las consultas públicas lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los años 2020 y 2022; los aportes de la Red Salud Paz liderada por Universidad Nacional de Colombia; la propuesta del Partido de los Comunes; los compromisos adquiridos con la Convención Nacional Campesina -CNC, en el marco del reconocimiento del campesinado como sujeto de especial protección constitucional (Acto Legislativo 1 de 2023) y las prioridades definidas por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural quien lidera la acción trascendental de acelerar la implementación de la Reforma Rural Integral en el país.

I. Referentes normativos

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en su artículo 12 que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental para lo cual adoptarán medidas que permitan asegurar la plena efectividad de este derecho, entre las que se encuentran la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad con énfasis en poblaciones de zonas rurales.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, el 28 de septiembre de 2018, adoptó la Declaración de los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, la cual fue aprobada por la tercera comisión encargada de asuntos sociales, humanitarios y culturales. Dentro de los argumentos para su aprobación se encuentra el reconocimiento de la vulnerabilidad de las comunidades campesinas debido al cambio climático, la pobreza rural, y factores económicos y productivos que les afectan. Esta declaración contempla un marco normativo que permitirá a los países formular y desarrollar políticas, planes y programas específicos dirigidos a mejorar y dignificar las condiciones de vida de las comunidades campesinas y disfrutar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el nivel más alto nivel posible de salud física y mental.

La Constitución Política de Colombia señala que “Colombia es un Estado Social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

Así mismo, en lo relacionado con el derecho a la salud, el artículo 49 consagra:

“(...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. (...)”.

Mediante el Acto Legislativo número 02 de 2017 se adiciona un Artículo transitorio a la Constitución Política de Colombia con el propósito de dar estabilidad y seguridad jurídica al Acuerdo Final de Paz para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, este Acuerdo en materia de salud establece que, la Reforma Rural Integral RRI buscará: “acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio”.

De igual forma y con respecto del campesinado y de los trabajadores agrarios, el Artículo 64 de la norma Ibidem, consagra que:

“Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra del campesinado y de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa. El campesinado es sujeto de derechos y de especial protección, tiene un particular relacionamiento con la tierra basado en la producción de alimentos en garantía de la soberanía alimentaria, sus formas de territorialidad campesina, condiciones geográficas, demográficas, organizativas y culturales que lo distingue de otros grupos sociales.

El Estado reconoce la dimensión económica, social, cultural, política y ambiental del campesinado, así como aquellas que le sean reconocidas y velará por la protección, respeto y garantía de sus derechos individuales y colectivos, con el objetivo de lograr la igualdad material desde un enfoque de género, etario y territorial, el acceso a bienes y derechos como a la educación de calidad con pertinencia, la vivienda, la salud, los servicios públicos domiciliarios, vías terciarias, la tierra, el territorio, un ambiente sano, el acceso e intercambio de semillas, los recursos naturales y la diversidad biológica, el agua, la participación reforzada, la conectividad digital: la mejora de la infraestructura rural, la extensión agropecuaria y empresarial, asistencia técnica y tecnológica para generar valor agregado y medios de comercialización para sus productos.

Los campesinos y las campesinas son libres e iguales a todas las demás poblaciones y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular las fundadas en su situación económica, social, cultural y política. (...)” (Acto Legislativo 01 de 2023).

Durante las últimas décadas en Colombia se han evidenciado dificultades para el logro de la garantía del acceso efectivo de la población a los servicios de salud, lo que se hace más evidente para las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas



rurales dispersas del país. Como respuesta a esta problemática se han planteado una serie de reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incluyen, entre otras, las modificaciones adelantadas con las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007, se establecen ajustes sobre el funcionamiento y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sin cambios estructurales. Esta Ley incluye entre otras disposiciones las relacionadas con la promoción de servicios de telemedicina con especial interés en los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés y la definición de mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento público de poblaciones dispersas geográficamente en dichos Departamentos.

En el año 2008, la Sentencia T- 760 de la Honorable Corte Constitucional puso en evidencia varias fallas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que impedían el goce y acceso efectivo al derecho fundamental de la salud y, de acuerdo con tal identificación, impartió quince (15) órdenes relacionadas con los planes de beneficios, el flujo de recursos y la superación de fallas en el sistema de protección, estableciendo entre otras medidas las relacionadas con el cumplimiento de la meta de cobertura universal y sostenible de los servicios de salud, la medición de acciones de tutela originadas por la vulneración del derecho fundamental a la salud, la unificación del plan obligatorio de salud y las deficiencias en el suministro de lo incluido en el Plan Obligatorio de salud.

En el año 2011 se expide la Ley 1438, la cual amplía y fortalece la salud pública al precisar la importancia y desarrollo de la atención primaria en salud y el plan decenal de salud pública, así como el fortalecimiento en la prestación de servicios mediante la conformación de redes integradas de prestadores, la disposición de recursos para el saneamiento financiero y la recuperación física de la red pública hospitalaria. Esta Ley también resalta la necesidad de generar una política de talento humano en salud, regular la formación de especialistas en el país y garantizar los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

Esta misma ley plantea el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el



país, para lo cual hace necesaria la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad.

La Ley 1438 de 2011 define la Atención Primaria en Salud como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta estrategia debe tener un énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedad, una atención integral, integrada y continua, incluir prácticas tradicionales, alternativas y complementarias, con talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, fortaleciendo la baja complejidad para solventar la resolutivez.

Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud la cual, previo examen de constitucionalidad de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, consagra como derecho fundamental el derecho a la salud, declara la fundamentabilidad, autonomía e irrenunciabilidad del derecho, define el sistema de salud como el instrumento para materializar y garantizar el derecho bajo una concepción integral de la salud en todas sus fases de atención. El cuarto y último capítulo de esta Ley, se dispone la adopción de políticas públicas y la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas:

“El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

La Ley 2294 de 2023, Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" establece dentro del catalizador, "A. Punto 1. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral" las acciones para la transformación del Plan Nacional de Desarrollo y el aporte al cumplimiento del Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz. En relación con el Pilar Salud Rural identifica su alcance en: i) Seguridad humana y justicia social, ii) Formulación y puesta en marcha del Plan Nacional de Salud iii) Fortalecimiento de estrategias de salud rural, mediante un modelo de salud promocional, preventivo y predictivo, basado en Atención Primaria en Salud con cobertura en todo el territorio nacional, iv) Fortalecimiento de la



red pública hospitalaria, en especial en zonas rurales y con baja cobertura, a través de Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud - PMIDS, v) Avance en una política integral de trabajo digno y decente para el talento humano en salud en todos sus niveles y áreas de conocimiento y vi) Desarrollo de estrategias de financiamiento que sostengan el modelo, la formalización del personal y la garantía de la calidad.

Con el objetivo de “sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, [...]”. El Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 establece en el eje transversal “Paz Total” que busca transformar los territorios, superar el déficit de derechos económicos, sociales, culturales, ambientales, y acabar con las violencias armadas, [...].

De igual forma en el eje transformacional “Seguridad Humana y Justicia Social”, catalizador “Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar” promulga que Colombia será un territorio saludable con Atención Primaria en Salud, a partir de un Modelo de Salud Predictivo y Preventivo con gobernanza, interculturalidad, participación vinculante y articulación de los actores del sistema de salud, orientado a garantizar el derecho fundamental a la salud, y asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.

En el marco de la Atención Primaria en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2022-2031, regulado mediante las resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023.

Este PDSP define elementos específicos para el abordaje ético-político del derecho a la salud, reconociendo la participación social y comunitaria como una búsqueda y un medio, que permite a nivel territorial la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención de sus pobladores. De igual forma establece que, en Colombia hay condiciones y circunstancias injustas, como “las injusticias socioeconómicas; el conflicto armado interno, el narcotráfico y la migración forzada; las injusticias socioambientales y el cambio climático, así como, las injusticias territoriales en territorios que mayoritariamente son habitados por pueblos y comunidades étnicas”; generadoras de procesos que deterioran la salud de los pobladores en particular de la ruralidad.

El marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, busca trascender de la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia la visión de la salud como un derecho fundamental en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, familias, comunidades y territorios incluyendo las zonas rurales y zonas rurales dispersas. Teniendo en cuenta lo anterior se estructura en siete ejes orientados



a la reducción de las inequidades socio sanitarias que son producto de la intersección de diferentes determinantes sociales de la salud:

- Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.
- Eje 2. Pueblos y Comunidades étnicas y campesinas, mujeres sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.
- Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud.
- Eje 4. Atención Primaria en Salud.
- Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.
- Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria.
- Eje 7. Personal de Salud.

En cumplimiento del mandato estatutario y demás disposiciones vigentes, el gobierno nacional define el Plan Nacional de Salud Rural orientado a *“garantizar el derecho fundamental a la salud de las y los campesinos, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, mediante la implementación del modelo especial de salud pública, mejorando las condiciones de bienestar y buen vivir de esta población”*; lo anterior implica la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la definición y ejecución de medidas que aseguren el acceso equitativo a los servicios de salud de toda la población con énfasis en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

II. Referentes conceptuales

Agentes comunitarios en salud

“Es una persona voluntaria elegida o reconocida por su comunidad que promueve las prácticas saludables en las familias y el desarrollo de su comunidad, trabajando en coordinación con el personal de salud y con otros actores sociales. En las comunidades dispersas brinda atención básica de salud y ayuda a vincular la comunidad con los servicios de salud” (OPS, 2010).

Atención primaria en salud

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438 de 2011).



Calidad en salud

La calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio clínico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Centra su accionar en las personas, familias y comunidad, así mismo, plantea que sus agentes enfoquen la misión al goce efectivo del derecho fundamental de la salud, el fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y la protección de la vida (MSPS).

De acuerdo con uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad de los servicios de salud deberá atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada (Art. 3 – 3.8 Ley 1438 de 2011).

Campesinado

Sujeto de derechos y especial protección, tiene un particular relacionamiento con la tierra basado en la producción de alimentos en garantía de la soberanía alimentaria, sus formas de territorialidad campesina, condiciones geográficas, demográficas, organizativas y culturales que lo distingue de otros grupos sociales (Acto Legislativo 1 de 2023).

Capacidad resolutive del Nivel Primario de Atención

En el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS), la capacidad resolutive es la habilidad de los servicios de salud, especialmente en el nivel de atención primario, para resolver eficazmente las demandas de salud más frecuentes de la población, garantizando acceso, calidad y eficiencia en la atención (Ley 1438 de 2011).

Determinantes sociales de la salud

Entendido como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"* (OPS, 2005). Estas circunstancias son diferentes entre el campo y la ciudad y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Por consiguiente el PNSR tiene como propósito el cierre de brechas, para la superación de las inequidades en salud de la población rural y rural dispersa.

Derecho humano a la Paz

La Constitución de Colombia de 1991 en su Artículo 22 dispuso: *"La paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento"*, por tanto adquiere su plena y total significación en el PNSR, como elemento constitutivo para promover una cultura de paz.

Dotación hospitalaria

Entendida como dispositivo médico para uso humano, es decir cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro Artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en: a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad; b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia; c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico; d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción; e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido; f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos (Decreto 4725 de 2005).

Así como, equipos biomédicos, que constituyen los dispositivos médicos operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación (Decreto 4725 de 2005).

Equipos Básicos de Salud

Los Equipos Básicos de Salud – EBS constituyen una estructura funcional y operativa que hace parte de los CAPS como parte del nivel primario de las redes integrales e integradas territoriales de salud y operan en modalidades intra y extramural en todo el territorio nacional, mejorando el acceso de la población a los servicios de salud.

Los Equipos Básicos de Salud están conformados de acuerdo con las características y requerimientos en salud de las personas, familias y comunidades, las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio y micro territorio, y desarrollan funciones conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Lineamiento técnico - operativo de Equipos Básicos de Salud, incluido lo relacionado con el plan de cuidado primario (MSPS).

Gobernanza y gobernabilidad

La gobernanza consiste en el liderazgo de la autoridad sanitaria y la participación de distintos actores gubernamentales y no gubernamentales, sectoriales e intersectoriales, sociales y comunitarios con el fin de preservar y cuidar la salud y la vida de la población para organizar la respuesta individual, familiar, comunitaria, colectiva y poblacional.

Gobernabilidad es la capacidad y efectividad de la autoridad sanitaria para administrar sus recursos, políticas y procesos de manera transparente, equitativa, participativa y



eficaz. Implica la habilidad de los actores del sistema de salud para trabajar coordinadamente en el logro de resultados en salud y asegurar que el sistema de salud responda de manera efectiva a las necesidades y demandas de la población, y promueva el acceso equitativo, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud.

Infraestructura en salud

Es la infraestructura que es usada para la prestación de servicios de salud, el cual incluye el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento, acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente (Resolución 3100 de 2019 y Decreto 4107 de 2011).

Inspección, vigilancia y control

Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana (Decreto 3518 de 2006 compilado en el Decreto Ley 780 de 2016).

Interculturalidad

Entendida como todas las acciones que buscan restablecer las condiciones, entender diferentes formas de concebir la salud y de materializarla, y que hay un saber ancestral de las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, palenqueras, raizales, y Rrom, que son importantes y complementarias a las acciones que desarrolla e implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley Estatutaria de Salud - 1715 de 2015).

Intersectorialidad

Organización funcional gubernamental para integración de varios sectores públicos, privados y las comunidades con una visión conjunta para resolver o prevenir problemas sociales complejos o estructurales con múltiples factores causales (MSPS, PDSP 2012-2021).

Modelo de salud preventivo y predictivo

El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se define como el marco conceptual y operativo desarrollado como una construcción colectiva de base territorial que se orienta a la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud para la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social para la garantía del derecho a la salud.



Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud mediante el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas, cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Participación social y comunitaria

Incidencia de la ciudadanía y comunidades en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de los planes y políticas que se implementen en el territorio y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo.

Este proceso parte del enfoque de derechos, del diagnóstico de las necesidades y aspiraciones de las comunidades para procurar soluciones públicas y organizarse para aportar a la gestión de su materialización. Su efectividad está dada por las posibilidades para la organización de la ciudadanía (Resolución 518 de 2015).

Cuidado Integral de la Salud

Se define como la acción integral e integrada en salud que promueve las condiciones salud, bienestar, dignidad, respeto, preservación y extensión de potencialidades humanas con reconocimiento de diferenciales, diversidad, pertenencia étnico-cultural y de equidad de las personas, familias y comunidades. Implica la promoción, preservación y recuperación de la salud, como la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las limitaciones y circunstancias de enfermedad.

Implica el conjunto de acciones concertadas en salud en promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, como en determinantes sociales con los individuos, familias y colectivos, contextualizadas en sus realidades territoriales que propenden por el bienestar y calidad de vida de las poblaciones y los territorios a los que pertenecen, atendiendo a sus necesidades, capacidades y momento de curso de vida en el que se encuentran, como como coherentes y conectados entre sí en el tiempo dando continuidad al cuidado (MSPS, 2024).

Personal de salud

Son todas las personas que trabajan en la atención médica, incluyendo a los profesionales de medicina, enfermería, otros profesionales de la salud y los auxiliares y asistentes médicos (Organización Mundial de la Salud (OMS)).

Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud



Conjunto de prestadores de servicios públicos, privados o mixtos, proveedores de tecnologías en salud y organizaciones sociales y comunitarias que se articulan y coordinan de manera armónica y secuencial para asegurar el acceso efectivo de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna, propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud con enfoque territorial.

Las RIISS se organizan en un nivel primario y complementario desde un continuo de atención con perspectiva de cuidado, soportado en la coordinación asistencial en red que incluye sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, entre estos el sistema de referencia y contrarreferencia (MSPS).

Ruralidad

Modo de habitar un territorio, es la construcción social y cultural realizada tanto por los habitantes del territorio rural como por aquellos que piensan y actúan sobre lo rural, definición constituida por la corriente de nueva ruralidad, que supera la dicotomía rural - urbano, y trabaja con las relaciones, sinergias y complementariedades para cerrar las brechas de exclusión de la población rural (DNP, 2014).

Salud rural

Hace referencia a la cobertura y prestaciones de servicios de salud en las zonas rurales y rurales dispersas.

Talento Humano en Salud

Se entiende como todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Artículo 1 de la Ley 1164 de 2007).

Transectorialidad

Proceso de articulación e integración de acciones individuales y colectivas de diferentes actores institucionales, sociales y privados alrededor de la construcción colectiva de las respuestas que permitan incidir con mayor eficacia y eficiencia sobre los determinantes sociales para promover el desarrollo de la salud de las personas (Resolución 518 de 2015).

Transporte asistencial

Es el servicio que los prestadores de los servicios de salud pueden habilitar para transportar a los pacientes en ambulancias aérea, fluvial o marítima en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido. Dicha habilitación producirá



efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción del prestador de servicios de salud en cada una de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en las cuales vayan a prestar el servicio (Artículo 20 de la Resolución 3100 de 2019).

Zonas rurales

Corresponde a los municipios que tienen cabeceras de menor tamaño (menos de 25 mil habitantes) y presentan densidades poblacionales intermedias (entre 10 hab/km² y 100 hab/km²) (DNP, 2021).

Zonas rurales dispersas

Son aquellos municipios y Áreas No Municipalizadas —ANM— que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km²) (DNP, 2021).

III. Principios y enfoques

El Plan Nacional de Salud Rural se sustenta en los siguientes principios y enfoques:

Principios

Transformación estructural. Transformación de la realidad rural con equidad, igualdad y democracia.

Bienestar y buen vivir. Es la satisfacción plena de las necesidades de la ciudadanía de las zonas rurales.

Priorización. La ejecución prioriza la población y los territorios más necesitados y vulnerables, y las comunidades más afectadas por la miseria, el abandono y el conflicto.

Integralidad. Asegura las oportunidades de buen vivir que se derivan del acceso a bienes públicos como salud, vivienda, educación, infraestructura y conectividad y de medidas para garantizar una alimentación sana, adecuada y sostenible para toda la población.

Participación. Participación de las comunidades en la planeación, la ejecución y el seguimiento al plan, como garantía de transparencia unida a la rendición de cuentas, a la veeduría ciudadana y a la vigilancia especial de los organismos competentes.

Presencia del Estado. Se expresará en el cumplimiento de los derechos de todos los ciudadanos y las ciudadanas en democracia en territorio rural.

Enfoques

Enfoque Territorial. Reconoce y tiene en cuenta las necesidades, características y particularidades económicas, culturales y sociales de los territorios y las comunidades, garantizando la sostenibilidad socioambiental; y procurar implementar las diferentes medidas de manera integral y coordinada, con la participación de la ciudadanía (Acuerdo Final de Paz suscrito en 2016 con las FARC-EP (Pág. 4).

Enfoque género. Perspectiva de análisis y herramienta para la acción que tiene en cuenta las diferencias entre las mujeres y entre los hombres con respecto a la edad, el estado socioeconómico, la educación, el grupo étnico, la cultura, la orientación sexual, la identidad de género, la discapacidad y la ubicación geográfica (OPS, 2015). Por lo tanto, debe garantizarse el empoderamiento y la transversalización del enfoque de género, como estrategia para dar la voz en las decisiones en igualdad de condiciones de las mujeres, los hombres, la población de los sectores sociales LGBTIQ+ y de las identidades de género no binarias para la y en la operación del PNSR.

Como parte del enfoque de género se integra la perspectiva mujer rural la cual se fundamenta en lo descrito en el Artículo 2 de la Ley 731 de 2002, es toda aquella que sin distinción de ninguna naturaleza e independientemente del lugar donde viva, su actividad productiva está relacionada directamente con lo rural, incluso si dicha actividad no es reconocida por los sistemas de información y medición del Estado o no es remunerada.

Enfoque Diferencial. Reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad el nivel socioeconómico y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminando de las situaciones de discriminación y marginación.

Enfoque étnico e intercultural. Se orienta a garantizar el respeto por las diferencias culturales existentes en las zonas rurales y rurales dispersas, que parta del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios, y que incorpore los conocimientos, y tradiciones de los pueblos originarios, Negros, Afrodescendientes, Raizales, Palenqueros -NARP- y del pueblo Rrom, así como las medicinas alternativas y complementarias.

Enfoque Interseccional. Reconoce las desigualdades estructurales y sistémicas que surgen de la interacción entre factores como el género, la diversidad sexual, la etnia, el nivel socioeconómico, las condiciones laborales, la ubicación geográfica — particularmente en contextos rurales— y la edad. Estas intersecciones incrementan las barreras de acceso a derechos, especialmente para las comunidades campesinas,



lo que exige un análisis integral de las experiencias individuales y colectivas. En este sentido, involucrar a las comunidades en la concepción e implementación de los servicios de salud es crucial para garantizar que las necesidades específicas en las zonas rurales sean comprendidas y abordadas adecuadamente.

Enfoque Poblacional. Referida a una perspectiva que considera a la población como elemento central en la planificación y desarrollo de políticas y programas.

Enfoque reparador. Aporta de manera significativa al reconocimiento, la dignificación y la reconstrucción de la confianza y el tejido social de las víctimas en las zonas priorizadas, no sólo frente a los daños causados en el marco del conflicto, sino también frente a los daños históricos producto de la discriminación y la exclusión.

Enfoque salud familiar y comunitaria. Reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Implica entender que la salud de los individuos está relacionada con la historia, relación y dinámica familiar en la que crece o se desarrolla. Desde este enfoque la salud individual está intrínsecamente relacionada con la salud familiar, y en ese sentido las acciones en salud deben involucrar no solo a los individuos sino también a las familias y sus procesos.

Enfoque curso de vida. Tiene como fin abordar las transformaciones del proceso del desarrollo humano, a partir de la comprensión de las condiciones materiales, biológicas y fisiológicas de los individuos, desde el nacimiento y hasta la muerte. La inclusión de este enfoque permite incorporar las intervenciones adecuadas para cada momento de la trayectoria vital, destinadas a mejorar la calidad de vida, mantener la capacidad funcional, la autonomía e independencia y la participación (Resolución 3202 de 2016).

Enfoque de determinantes de salud. La salud en todas las políticas debe ser una condición estructural que permita que, el conjunto de las acciones del Estado, se encaminen a garantizar las condiciones para el disfrute del más alto nivel de salud de toda la población. Por esta razón a nivel político, programático y operativo el modelo debe actuar en interacción vinculante con todos los sectores a cargo de los determinantes sociales y en una perspectiva de eliminación de las desigualdades a partir del proceso de agencia de los individuos.

Implica la comprensión amplia de la salud y que ella está asociada a factores que no dependen exclusivamente del sector salud. El enfoque de determinantes sociales exige la coordinación y articulación intersectorial para el desarrollo de condiciones integrales



(entre otras, género, pertenencia étnica y territorio) que garanticen la salud integral de las personas, familias y comunidades.

IV. Contexto de la salud rural en Colombia

La ruralidad colombiana, por razones de orden político y económico principalmente, ha sido marcada por el despojo y la concentración de la propiedad de la tierra, los conflictos por el uso y ocupación del suelo, el desplazamiento, el confinamiento forzado por el conflicto interno y la situación de pobreza que en consecuencia ha sufrido la población que habita y trabaja en las zonas rurales y zonas rurales dispersas ocasionando severos impactos sobre las comunidades y el ambiente.

Una aproximación al campo colombiano descubre la historia nacional en los territorios, en clave de un mestizaje intercultural propio del campo colombiano, que, resistiendo al abandono viene recuperando su importancia como factor de paz y soberanía alimentaria, conforme a lo plasmado en el punto 1 del Acuerdo de la Habana (2017) de Reforma Rural Integral y el Acto Legislativo 01 de 2023 por medio del cual se reconoce al campesinado como sujeto de especial protección constitucional.

Por todo lo anterior, son las voces de las y los campesinos que dan cuenta de su historia y del quehacer en contexto de la salud rural en Colombia. De la puesta en marcha del mandato de escucha profunda de la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad – CEV, los testimonios de campesinos dan los textos y contextos de realidad de sus condiciones de vida en el país rural donde se originó y enquistó el conflicto colombiano:

Carlos Rodríguez, líder campesino de la Macarena, Meta:

“Trabajar y vivir en el campo como campesino en Colombia no es fácil, a veces duele, a veces asusta, a veces angustia y a veces agota (...). A los campesinos nos han negado todo lo que a otros les sobra. Nos han negado lo fundamental que es el derecho a la vida y lo elemental: vías, hospitales, escuelas, energía eléctrica, agua potable, vivienda créditos, asistencia técnica, infraestructuras, títulos de propiedad de las tierras y mercados para comerciar los productos”.

Edgar Zuluaga, líder campesino de Reservas Campesinas de El Pato-Balsillas, Caquetá:

“Nada de lo que pasa en el campo se soluciona si nadie escucha a los campesinos, si nadie reconoce con seriedad lo que vivimos. El primer paso para resolver los problemas más graves de la tierra y de las zonas rurales es escuchar y reconocer la verdad de quienes vivimos allí”.



"Quizá cuando eso pase el campo colombiano deje de ser como la mayoría de los campesinos lo conocemos: campo de batalla, campo minado, campo fumigado, campo santo, campo bombardeado, campo "teatro de operaciones", campo corredor estratégico, campo acaparado, campo concentrado en pocas manos, campo despojado, campo fosa común, campo mono cultivado, campo ilícitamente cultivado, campo concesionado, campo saqueado, campo explorado, campo talado, campo confinado (no precisamente por pandemia), campo descampesinado, campo olvidado".

Marina Jiménez residente el municipio de Sasaima, Cundinamarca:

"Quedé viuda desde muy joven y la familia de mi finado esposo me desalojó de mis propias tierras. Tuve que migrar a la ciudad y 25 años después de que mi hija fue adulta, nos empoderamos y vinimos a reclamar lo nuestro. Recuperamos una parte de nuestra tierra y ahora es una finca agroturística optima tanto para actividades agropecuarias como turísticas."

En medio del desarrollo del conflicto, la salud para la ruralidad se vio directamente afectada. El informe especial *"la verdad sobre la salud"* elaborado por la Comisión de la Verdad, reconoce los impactos del conflicto en la salud de las poblaciones violentadas, en la salud ambiental, en la salud y seguridad de las y los trabajadores de la salud, de los sabedores y sabedoras de prácticas de salud no convencionales, y en la salud rural.

Comprender el conflicto desde la lógica de la salud, y avanzar hacia la construcción del componente territorial del PNSR, requiere entonces tener en cuenta las condiciones en salud que están determinadas por el contexto propio de los territorios, y que además expresan brechas de inequidad.

Determinantes Sociales de la Salud en el contexto actual de la salud rural: mirada hacia la equidad y la justicia social

Comprender el conflicto desde la lógica de la salud, y avanzar hacia la construcción de un modelo especial en salud pública para la ruralidad, requiere entonces tener en cuenta las condiciones en salud que están determinadas por el contexto propio de los territorios, y que además se expresan en brechas de inequidad.

El *Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia*; desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022), rescata la noción de territorio, y trabaja sobre dos pilares fundamentales: equidad y salud sostenible. El pilar -equidad- alude al estado de ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud de las personas



y los colectivos humanos debidas a circunstancias históricas y socialmente determinadas, y el pilar -desarrollo sostenible- hace referencia explícita a la visión política de la salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, que destaca tanto la universalidad en el acceso a la salud y la cobertura de salud como la equidad social en la salud en calidad de metas progresivas en favor del desarrollo humano.

Bajo esta perspectiva se resaltan los siguientes hallazgos: i) Colombia ocupa una posición intermedia en la escala de desarrollo sostenible (IDS=0,472), al tiempo que exhibe una amplia heterogeneidad entre lo departamental, regional y municipal que evidencia profundas asimetrías e inequidades en las oportunidades para la salud y el bienestar y ii) Los municipios con menor desarrollo sostenible y, por ello, en mayor vulnerabilidad social se concentran en Chocó, la Guajira, Nariño y los departamentos que integran la región Amazonía-Orinoquía.

El Atlas de Equidad exploró desigualdades en salud en cuatro puntos críticos del curso de vida. Dentro de los hallazgos más relevantes se destacan:

Personas gestantes y primera infancia, con amplias brechas de inequidad, evidenciadas en indicadores relacionados con el desarrollo sostenible, como control prenatal, morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad infantil. Para este último, la magnitud de la desigualdad según el nivel de desarrollo sostenible entre todos los municipios del país se traduce en un exceso de 8,5 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.

Adolescencia y juventud: para este momento del curso de vida los indicadores de acceso a servicios de salud presentan, en promedio, muy bajas coberturas y significativa desigualdad; expresadas entre otros, en altas tasas de fecundidad para adolescentes de sitios con menor desarrollo, y homicidio juvenil concentrado desproporcionadamente en el extremo menos aventajado de la escala social.

Adulthood: se aprecia desigualdad significativa en todos los indicadores estudiados y se hace explícita la regresividad del sistema de salud evidenciándose un extremo municipal con mayor desarrollo sostenible que concentra más atención de salud. La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio es más baja en el extremo de menor desarrollo sostenible, ilustrando un patrón de transición epidemiológica incompleta.

Persona mayor: se evidencia una regresividad del sistema de salud, con amplias brechas de desigualdad en esta etapa del curso de la vida. La mortalidad por deficiencias nutricionales se concentra en la población más vulnerable y representa un exceso de 23,3 muertes por 100.000. Por otro lado, la mortalidad por enfermedades respiratorias

crónicas se concentra en las poblaciones con mayor desarrollo sostenible y representa un exceso de 75,9 muertes por 100.000.

Inequidades de la salud rural

Mortalidad materna

Según el Informe de mortalidad materna, Colombia, 2022, elaborado por INS, Colombia reporta una razón de muerte materna de 42,9 casos por cada 100 000 nacidos vivos en 2022. Si bien, la razón presentó disminución estadísticamente significativa, el hecho de que se sigan presentando muertes evitables se considera como una expresión de inequidad y desigualdad.

Con respecto a la pertenencia étnica, la razón de muerte materna más alta se concentró en población indígena (125 por 100 000 NV) y afrocolombiana (83 por 100 000 NV). Estos hallazgos evidencian que la etnia es un determinante social tipo estructural que refleja la distribución desigual del poder y los recursos en los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales, lo que se traduce en consecuencias para la salud.

Además de lo anterior, el residir en área rural dispersa representa mayor riesgo para que las gestantes con una morbilidad materna extrema se compliquen y terminen en muerte (RR 2,90 IC 95 % 2,22 – 3,78). Las dificultades que enfrentan las mujeres que habitan la ruralidad dispersa para acceder a controles prenatales expone a un mayor riesgo, teniendo en cuenta que las mujeres que se notificaron como una morbilidad materna extrema durante el 2022 tienen mayor riesgo de muerte las que no accedieron a controles prenatales (RR 2,06 IC 95 % 1,55 – 2,74).

Frente a esto, es importante tener en cuenta que las distancias, los gastos relacionados con el transporte, el hospedaje, la alimentación hacen que en la práctica muchas mujeres no accedan a la atención en salud.

Un desafío significativo identificado en este análisis radica en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, marcados principalmente por una baja percepción del riesgo y desconocimiento de los signos y síntomas de alerta. Además, la prestación de servicios de salud muestra deficiencias, especialmente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de práctica clínica y en la relevancia de la atención proporcionada.

Mortalidad infantil y en la niñez



La mortalidad infantil refleja las condiciones socioeconómicas y ambientales de una población y la efectividad de los sistemas de salud. Determinantes Sociales de la Salud como el nivel educativo de las mujeres, la calidad de la atención durante la gestación, parto y del recién nacido, sumado a condiciones como prematurez, peso al nacer y la lactancia materna, inciden en la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil se define como el número de niños que mueren antes de cumplir el primer año de vida en un año determinado, por cada 1.000 nacidos vivos.

En Colombia, la mortalidad infantil sufrió una leve reducción entre 2015 y 2020, pasando de 10,96 a 10,12 por cada 1000 nacidos vivos. Los departamentos que presentan las mayores tasas fueron: Vichada (19,43), Guainía (18,07), La Guajira (17,06), Chocó (16,15), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (15,81), Atlántico (14,67), Guaviare (13,38) y Córdoba (13,36).

En cuanto a las desigualdades por pertenencia étnica, en 2020 los departamentos con mayor porcentaje de población indígena tuvieron 1,64 veces más muertes en menores de un año que los que tenían el porcentaje más bajo; con relación a la población Negra, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueras se presentaron 1,18 más muertes en los departamentos que concentraban el mayor porcentaje de esta población.

De otra parte, la tasa de mortalidad en la niñez refleja la salud infantil, como también el desarrollo y bienestar general de una población. La mortalidad en la niñez 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. En 2020 en Colombia, la mortalidad en la niñez a nivel departamental fue mayor en: Guainía (26,64) Vichada (25,54), Chocó (23,47), La Guajira (20,45), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (17,12), Atlántico (16,47), Vaupés (16,36) y Amazonas (15,0).

Bajo peso al nacer

El peso al nacer es, uno de los factores que inciden sobre la posibilidad que un recién nacido pueda experimentar un crecimiento y desarrollo adecuados. Es por lo que se considera como un indicador de salud, el cual se puede estar condicionado por problemas asociados a la gestación, como también por factores ambientales, y puede llegar a presentar problemas posteriores que afectan el desarrollo durante la primera infancia y del periodo escolar.

Colombia en el periodo (2015 y 2020), se ubica entre los primeros cinco puestos de los países con mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, de los 38 países de la OCDE. Destacando que para el año 2020 ocupó los primeros lugares junto a Japón. La tendencia en este periodo de tiempo osciló entre 8,8 y 9,2%, siendo 2019 el año que

presentó la mayor proporción con 9,5%. Para el mismo periodo, los departamentos con mayor prevalencia de Bajo Peso al Nacer a término fueron: Bogotá, D.C (13,52), Cundinamarca (11,24), Boyacá (10,01), La Guajira (9,69), Nariño (9,56), Sucre (9,21), Antioquia (9,19), Caldas (9,01), Valle del Cauca (8,82).

Desnutrición en menores de 5 años

La desnutrición en menores de cinco años es la causa de casi la mitad del total de muertes en este grupo de edad. En Colombia para el 2020 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años fue de 6,7 por 100.000 menores de este grupo de edad. Es importante mencionar que la tendencia de este indicador entre 2015 y 2020 ha sido fluctuante, reflejándose la menor tasa de mortalidad para el año 2017 (5,8 por 100.000) y la mayor tasa para el 2019 (9,1 por 100.000).

Con relación a las Entidades Territoriales, en el año 2020 aunque se evidencia una disminución en las tasas de mortalidad en los departamentos más afectados, Vichada (TM:57,3), La Guajira (51,6), Chocó (TM:35,4) y Amazonas (TM:31,4) encabezan la lista con las tasas de mortalidad más altas, agregándose a este listado los departamentos de Putumayo (TM:18,3) y Vaupés (TM:15,7), presentando valores muy por encima de la tasa nacional para ese año (TM:6,7). Se evidenció que la tasa de mortalidad promedio para el 2015 fue de 6,8 por 100.000 menores de 5 años, pasando a 6,5 para el 2020, mostrando una ligera disminución en el comportamiento del evento entre los dos periodos.

Según la OMS la desnutrición se reconoce como uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de pobreza y de desigualdad, en los menores de 5 años incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta el estado de salud con consecuencias para todo el ciclo vital. Según OMS, la desnutrición es la ingesta insuficiente de alimentos de forma continuada, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos.

Mortalidad por cáncer de mama

Colombia ocupa el puesto 28 entre 48 países con una tasa del 20,2 de cáncer de mama de 20,2 (OCDE, 2019). Por su parte la oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas relacionados al cáncer hasta el primer tratamiento) hasta el 2019, fue en promedio de 106,15 días (meta menor o igual a 60 días). Esto ha llevado a que la mortalidad por cáncer de mama sea uno de los principales canceres en el país, situación que empeoró entre 2015 y 2020, pasando de 18.8 muertes por 100,000 personas entre 30 y 70 años a 21.05.

La ruralidad, por su parte, mostró en 2015 que la tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama fue 75% mayor en los departamentos con mayor proporción de personas residiendo en el área rural, exhibiendo un gradiente consistente para los dos (2) años de comparación, aunque las diferencias en el 2º año presentaron un incremento del riesgo de 38% en el grupo más rural de departamentos, evidenciando una reducción de la brecha (OCDE, 2019).

Mortalidad Prematura

Para el año 2005 la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (neoplasias, sistema circulatorio, diabetes y enfermedades de vías respiratorias), fue de 248.56 y para el 2021 se evidenció una reducción con una tasa de 241.37 por 100.000 habitantes entre 30 a 70 años de manera global, sin embargo, el comportamiento es diferencial por cada evento. Para el 2019, Colombia registro el 76% de la mortalidad prematura por ENT, ocupando el 6 país con mayor tasa en la región.

La mayor mortalidad se registró en las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión, isquémicas), seguido de neoplasias. Para este último caso, los canceres más frecuentes fueron: el cáncer de mama, el de cuello uterino, el de próstata, el de colon y recto.

Mortalidad por COVID-19.

La mortalidad asociada a COVID-19 ha generado un impactado en los países de América Latina y Caribe, aportando el 32,1% de las defunciones a nivel mundial.

En Colombia para el 2020, las entidades territoriales con mayor porcentaje de mortalidad fueron en su orden: Amazonas (94,8%), Atlántico (50,2%), Guainía (48,0%), Bolívar (47,1%), Córdoba (46,4%), La Guajira (46,0%), Norte Santander (43,6%) y Magdalena (42,1%) y para el 2021, Guaviare, Boyacá, Caldas, Casanare, Cundinamarca, Antioquia y el Archipiélago de San Andrés y Providencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Trastornos mentales y suicidio

El informe 14 “Panorama de eventos en salud pública” del Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud, 2022, en su sección ¿Qué está pasando con la salud mental de los colombianos?, evidencio que hay un aumento importante en la carga de enfermedad para algunos trastornos mentales debido a la morbilidad. El trastorno de ansiedad y el trastorno afectivo bipolar -TAB- producen el mayor número de pérdida de



años de vida saludable -AVISA- en mujeres, especialmente entre 45 y 59 años. La esquizofrenia afecta más a los hombres entre los 25 y 39 años. Entre 2018 y 2020 se suicidaron 8.549 personas y 85.526 lo intentaron, se perdieron así 439.561 AVISA, la mayor pérdida ocurre en hombres. Más afectados son los departamentos con alta ruralidad como Vaupés y Amazona.

De acuerdo con las estimaciones de carga de enfermedad para trastornos mentales realizadas por el estudio de carga global de enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) para el 2019, en Colombia se perdieron 24.912,23 AVISA por trastornos depresivos y 14.134,2 AVISA por trastornos de ansiedad generalizado, siendo responsables del 0,22 y 0,12% de las pérdidas totales de vida saludable, respectivamente. Estas estimaciones, en la mayoría de los casos, no incluyen fuentes de información a nivel subnacional (departamental o municipal), que permitan una mayor información en la cuantificación de algunos de estos trastornos de salud mental. El análisis de carga de enfermedad del ONS para depresión en el país evidencia que las tasas poblacionales de AVISA por 100.000 muestran una tendencia hacia el aumento entre 2015 y 2019, con una caída en 2020. Estos datos confirman que la depresión es un evento generador de pérdidas de vida saludable, por lo tanto, afecta al individuo y la sociedad. Estos resultados también denotan que la atención en salud mental en Colombia es limitada y su principal puerta de acceso es la crisis y los intentos de suicidios.

Violencia homicida

Según el Informe Técnico IV Edición "*Violencia homicida en Colombia IV Edición*" en su sección "*Comportamiento y desigualdades de la violencia homicida en Colombia 1998 – 2020*", el homicidio es uno de los resultados de las distintas formas de violencia a las que está expuesta la población. En Colombia, la violencia es considerada uno de los principales problemas de salud pública. El homicidio, una de las expresiones de violencia más visible, por ser la violación elemental de los derechos, como problema de salud pública genera una carga elevada en la mortalidad si se tiene en cuenta que son muertes prevenibles y las consecuencias, contribuye a ampliar las desigualdades sociales y económicas.

Colombia, en relación con el ODS "Paz, justicia e instituciones sólidas", propuso, entre otras metas, reducir la tasa de homicidio. En 2009, la tasa estaba en 35,2 muertes por 100.000 habitantes y la propuesta es llevarla a 16,4 en el 2030. Los resultados muestran que 427.567 homicidios fueron registrados en Colombia entre 1998 y 2020. La mayor parte de las víctimas corresponden a hombres (91,9%) e individuos entre los 15 y los 44 años (80,9%). Más de dos terceras partes (69,1%) de los homicidios ocurren en área urbana y cerca de la mitad (46,8%) en vía pública. Por departamento, aproximadamente, la mitad de los homicidios suceden en Antioquia (20,9%), Valle del

Cauca (18,4%) y Bogotá (8,4%). Mientras que, por municipio, más de una tercera parte (37,6%) acontecen en Cali, Medellín, Bogotá, Cúcuta, Barranquilla, Pereira, Cartagena, Palmira, Buenaventura y Manizales. Cada área geográfica tiene su propio contexto político, económico y cultural del que derivan sus propias dinámicas que hacen que el abordaje al momento de buscar reducir y prevenir esta mortalidad, así como disminuir y eliminar las desigualdades asociadas, requiera estar ajustado a sus necesidades.

El mismo estudio señala el comportamiento de los homicidios en los municipios PDET, 1998-2020, en donde el conflicto armado es un elemento primordial en la comprensión de la violencia homicida y un determinante fundamental de la salud y de las desigualdades de salud en Colombia, como lo mostró el noveno informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS). Para 2019 la tasa de mortalidad por homicidio en los municipios PDET fue dos veces mayor a la tasa nacional (56,2 por 100 000 habitantes versus 24,3 por 100.000 habitantes). De manera similar, un análisis del comportamiento de los homicidios después de la firma del Acuerdo Final de Paz en 2016 mostró que los homicidios aumentaron de manera diferencial en los municipios más afectados por el conflicto armado.

Entre 1998 y 2020, del total de homicidios reportados en Colombia, 82.543 ocurrieron en los 170 municipios PDET, es decir, el 19,31% de los homicidios se presenta en el 13,31% del total de la población colombiana para 2020 (6.706.304). De manera similar que los homicidios en toda la población del país, en los municipios PDET el mayor porcentaje ocurrieron en hombres (91,47%) y en población en edad productiva, solo el grupo de 20 a 39 años concentra más del 60% de las muertes. Aproximadamente, el 50% de los homicidios en el periodo analizado se concentró en 23 municipios. La lista con el mayor número de muertes la encabeza Buenaventura (4.722), seguida por Santa Marta (3.846), San Andrés de Tumaco (3.220), Valledupar (3.196) y Florencia (2.365). Buenaventura concentró el 6% de los homicidios de todo el periodo. Por regiones, el mayor número de asesinatos se presentó en la subregión Sierra Nevada - Perijá (12.972), seguida de Alto Patía - Norte del Cauca (11.190).

Al tener en cuenta la compleja dinámica del conflicto armado en Colombia, así como los retos que implica la implementación del Acuerdo Final de Paz, es necesario continuar con la exploración de los posibles aspectos que pueden relacionarse con la permanencia de la violencia en escenarios de posconflicto y los principales efectos y desafíos del avance en la implementación del Acuerdo Final de Paz.

Inequidades en la oferta de servicios de salud en la ruralidad

Oferta de servicios de salud trazadores



Servicios fragmentados, segmentados y desmantelamiento de la infraestructura pública en salud, que impide la continuidad de la atención, con distribución insuficiente y desigual entre los ámbitos urbano y rural (90,3% se encuentra ubicada en el área urbana y 9,7% en el área rural) y que no responde a las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población. De igual forma se evidencia deterioro de la infraestructura hospitalaria del sector público y cierre de servicios trazadores e instituciones prestadoras de servicios de salud.

Con respecto a la oferta de instituciones de salud en el área rural, el 56,4% (n=633) de los municipios del país no cuenta con ninguna sede y el 16,3% (n=183) sólo cuentan con una sede en lo rural (Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte al 23 de febrero de 2023).

Por cada 1.000 habitantes en el país se cuenta sólo con dos camas hospitalarias, disponibilidad inferior al promedio de países de la OCDE, 4.4 camas por 1.000 habitantes (REPS. Corte: 06/09/2022).

En el informe 15 del ONS se realizó un análisis de referenciales de políticas de salud para el área rural que plantea varios retos para una política de salud rural, que como señala el informe no debe restringirse al PNSR. Entre estos se encuentra impulsar la participación de la comunidad todo el proceso de la política pública, que tenga cuenta las diferentes ruralidades, percepciones y prácticas de salud, condiciones de empleo y trabajo, así como una mirada con mayor profundidad desde los enfoques diferenciales que permita un diagnóstico más acertado de las necesidades de infraestructura y talento humano en salud. Así mismo, concluye el análisis, que se debe buscar un diseño institucional específico que procure la intersectorialidad y la interseccionalidad y que permita un avance en la descentralización, la rectoría y autoridad sanitaria

El informe señala la importancia de estandarizar el uso de una clasificación de las categorías de ruralidad en los distintos instrumentos de política y hacer seguimiento como monitoreo a la situación de salud para las zonas rurales, según la categorización definida y en distintos niveles administrativos o de acuerdos con los territorios sociales, así como reconocer y comprender los avances y retos de experiencias locales y comunitarias de implementación de modelos alternativos de salud rural.

Acceso a los Servicios de Salud

El Informe 15 del Observatorio Nacional de Salud -ONS-: *"Cuando la muerte es evitable"* Observatorio Nacional de Salud (ONS), 2023, en la sesión *"Índice de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia: Análisis actualizado para 2018 – 2022"*, presenta la "Relación entre IASS potencial y real en los municipios", para la cual desarrolló un índice



de acceso a los servicios de salud -IASS- para sus componentes de acceso potencial (IASS potencial) y real (IASS real) con base en el modelo teórico de Aday y Andersen.

El IASS potencial mide las características del municipio que facilitan la utilización de los servicios de salud y las características de los individuos que capacitan su uso, corresponde a los recursos y organización del sistema de salud. Los indicadores más relacionados con este, de una forma positiva, son la densidad de profesionales en salud (medicina y enfermería) y el tiempo promedio que se necesita para obtener una cita con medicina general u odontología. Por su parte, el IASS real categoriza los municipios según la utilización de servicios de salud y satisfacción del usuario, corresponden a las dimensiones de utilización de servicios de salud. El primer componente se refiere a la utilización de servicios de salud generales, mientras que el segundo con la utilización de servicios especializados.

Los IASS potencial y real clasifican los 1.122 municipios de Colombia por quintiles. En el primer quintil, se encuentran los municipios con acceso potencial y real muy bajo, mientras en el quintil cinco están aquellos con mayor acceso. El 31,2% (351 municipios) se mantienen en el mismo nivel de acceso entre el IASS potencial y real: un 10,6% con acceso muy bajo, 4,5% con acceso bajo, 4,0% con acceso medio, 4,9% con acceso alto y 7,0% muy alto. En esta situación, se encuentran por ejemplo Pasto (Nariño), Pereira (Risaralda) y Medellín (Antioquia) con IASS potencial y real muy alto, mientras en el otro extremo están Briceño (Antioquia), Remolino (Magdalena) y Mistrató (Risaralda) con IASS real y potencial muy bajo. El 33,1% de los municipios (n = 372) tiene un mejor acceso real que potencial. Algunos municipios tienen acceso potencial bajo o muy bajo mientras su acceso real es alto o muy alto (en 6,2%), por ejemplo, Villanueva (Bolívar), Gámeza (Boyacá) y La Montañita (Caquetá). Otros municipios reportan diferencias menos extremas en la relación entre IASS potencial y real (26,9%). Por ejemplo, El Carmen de Viboral, Chigorodó y Remedios (Antioquia) reportaron IASS potencial medio e IASS real alto. Por el contrario, el 35,5% de los municipios (n = 399) reportan un acceso real menor en comparación con el potencial. En este caso, algunos reportan una diferencia extrema, al tener una brecha de al menos tres niveles con un acceso potencial alto o muy alto y un acceso real bajo o muy bajo (4,54%). Este es el caso de Enciso, Macaravita y Molagavita (Santander). En 31,0% de los municipios, hay diferencia de al menos dos quintiles entre el IASS potencial y real, es decir que mientras el acceso potencial es medio, el real aparece como muy bajo, por ejemplo, en Cunday, Dolores y Rioblanco (Tolima).

Talento Humano en Salud²

Talento humano en salud con distribución inequitativa, evidenciado entre otros indicadores por la baja disponibilidad de profesionales de medicina (2,5 por 1.000 habitantes), enfermería (1,6 por 1.000 habitantes) y auxiliares de enfermería (6,4 por 1.000 habitantes) con densidades por debajo del promedio de la OCDE (3,6 profesionales de medicina, 8,8 profesionales de enfermería por 1.000 habitantes), (Observatorio de Talento Humano en Salud-OTHS y Cubo ReTHUS-SISPRO).

Afectaciones del conflicto armado interno en salud en Colombia

El Noveno Informe Técnico “*Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia*”, elaborado en el 2017 por Observatorio Nacional de Salud del INS, señala que el conflicto armado interno ha tenido afectos directos e indirectos en la salud pública de los colombianos.

La mortalidad es uno de los efectos de mayor impacto y, por tanto, el más estudiado en el marco de las guerras, se diferencia entre directa³ e indirecta⁴, siendo la mortalidad directa, la más visible y quizás la mejor documentada entre los efectos de la guerra en la salud.

Ahora, lo más importante en morbilidad, son las enfermedades transmisibles relacionadas con el agua, las enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades transmisibles, asociados a las barreras para acceder a los programas de control, así como el abandono y/o destrucción de infraestructuras en salud; que conlleva a la reducción del personal de salud; las dificultades para mantener la cadena de frío para preservar vacunas, que puede reducir su cobertura; las dificultades para desarrollar actividades de promoción y prevención. Otros factores, como los movimientos masivos de población (fenómeno del desplazamiento) y reasentamiento en espacios temporales (el hacinamiento, la degradación económica y ambiental, el empobrecimiento, el saneamiento y la gestión insuficiente de residuos, la mala nutrición y el mal acceso a la atención de la salud).

² Estimaciones MSPS-DDTHS con base en Ministerio de Educación (graduados-SNIES, convalidaciones títulos exterior), DANE (proyecciones de población) y estudios elaborados previamente con la academia. Cifras preliminares sujetas a revisión de acuerdo con algunas fuentes de información externas.

³ Las muertes directas, son aquellas que ocurren como resultado de una lesión cinética debida al uso de un arma, estas muertes pueden ser producidas por el uso de distintos tipos de armas (químicas, biológicas, de fuego, etc.) y entre combatientes y civiles. Las muertes indirectas se producen como un resultado no relacionado con el uso de armas. Los ejemplos incluyen muertes por desnutrición o enfermedades infecciosas como consecuencia de la migración forzada, así como por la disminución de la disponibilidad de suministros en los centros de salud, entre otros.

⁴ Ibidem.



Estudios han identificado que las malas prácticas de lactancia materna se incrementan durante la guerra, lo que puede acrecentar la posibilidad de adquirir infecciones.

En relación con las enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares, su abordaje oportuno requiere una red integrada de servicios primarios y servicios de atención complementaria, pues al no darse el manejo adecuado por la interrupción y/o mala calidad de los servicios de salud, la escases y/o entrega de medicamentos, y la falta de acceso en zonas con presencia de conflicto armado, el desarrollo de estas enfermedades resultan en un incremento y empeoramiento.

Uno de los efectos en salud que también se asocian de mayor forma con el conflicto y que mayores necesidades representan, tienen que ver con salud mental, sobre la cual existen vacíos en el conocimiento de la etiología de los síntomas de trauma múltiple, las consecuencias de salud mental en las víctimas y el papel de los mecanismos de afrontamiento. En este sentido se afirma que la carga psicológica puede servir como un motor para perpetuar el conflicto. Tomando como referencia la guerra en El Salvador, se afirma que el efecto más nefasto de la guerra en la salud mental está relacionado con el deterioro de las relaciones sociales, escenario donde se da la construcción histórica como personas y como comunidad, produzca o no trastornos individuales, el deterioro de la

convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en la capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar la identidad, es un signo de afectación en la salud mental de un pueblo.

Otra afectación en salud importante es la discapacidad. En general son escasos los datos sobre la discapacidad relacionada con el conflicto, sin embargo, están asociadas a minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI).

Con respecto a la salud reproductiva, se ha documentado que, debido a la reducción o ausencia de servicios de salud reproductivos, servicios de cuidado pediátrico escasos y limitaciones en el acceso a planificación familiar que pueden estar relacionadas con situaciones de conflicto armado, se pueden presentar efectos en el estado de salud, como por ejemplo el aumento de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

La salud nutricional, es otro aspecto necesario por abordar. En el marco de un conflicto armado, la desnutrición y la inanición pueden resultar de la interrupción del comercio de alimentos, el desplazamiento y la escasez de suministros en los albergues y las personas internamente desplazadas. El grupo más vulnerable son los menores de cinco



años. Teniendo en cuenta que algunos niños presentan desnutrición a causa de la pobreza, esta se puede exacerbar por la situación de guerra. Además, el hambre y la desnutrición contribuyen al aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas.

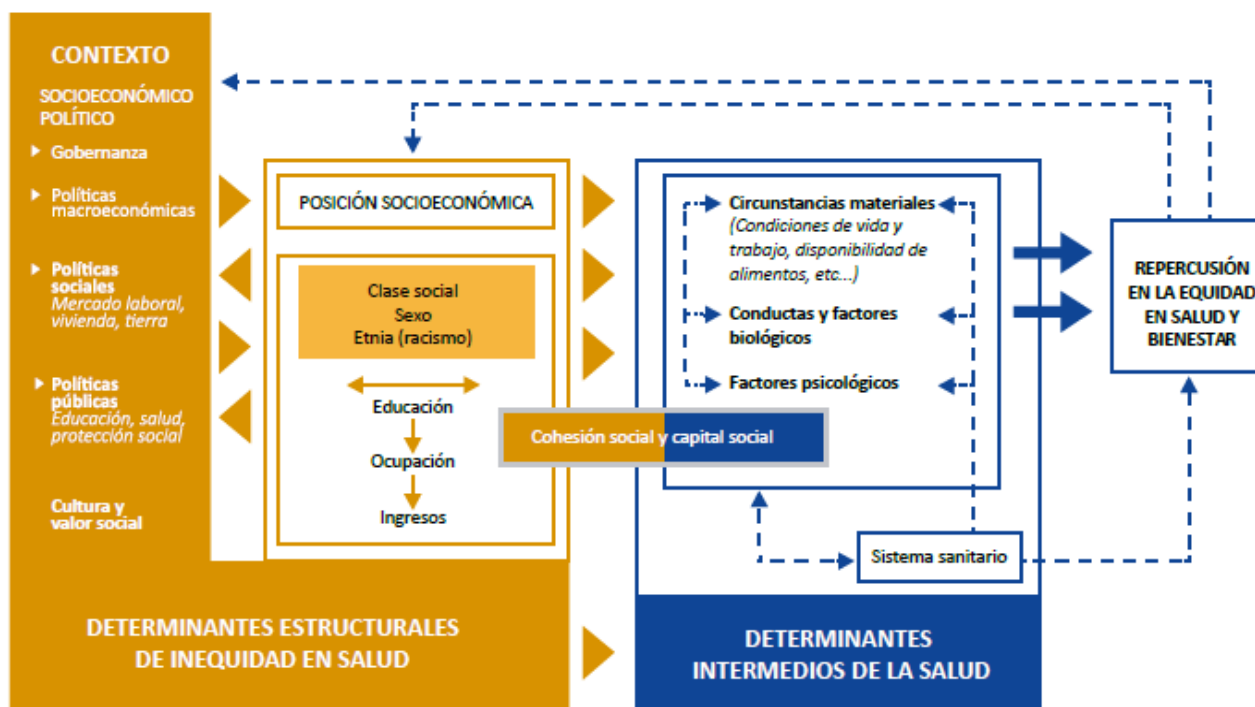
Aunado a lo anterior, la deficiencia en condiciones de vida y en saneamiento básico en contextos rurales, en particular rural disperso, y en contextos urbanos, como espacios barriales informales o sin titularidad de predios, produce brechas en la disponibilidad y calidad del agua potable para consumo humano. Sobre el particular, se ha encontrado que los departamentos con municipios que tienen altos niveles de necesidades básicas insatisfechas o mayores índices de pobreza monetaria y niveles de IRCA superiores a 5 reportan enfermedades transmitidas por alimentos, hepatitis viral tipo A, fiebre tifoidea/paratifoidea, (Instituto Nacional en Salud, & SIVICAP, 2015) enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria, infecciones en piel, dengue y tuberculosis (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud, 2019)

Por último, la afectación a los servicios de salud en el marco del conflicto es relevante, ya que está asociado con efectos perjudiciales en el estado de salud de las poblaciones afectadas, como se afirmó en párrafos anteriores. La OMS identificó en su Informe Mundial de Violencia varias dimensiones en las que los servicios de salud pueden verse afectados, entre las que se encuentran: el acceso a los servicios, la infraestructura, el recurso humano, el equipamiento y suministro en actividades de atención en salud, la formulación de la política sanitaria y actividades de ayuda.

Con estos aspectos conceptuales identificados sobre los efectos del conflicto en la salud pública, así como la referencia teoría del “triángulo de la violencia” propuesta por el matemático y sociólogo noruego Johan Galtung, señalando aspectos relacionados con la formación de violencia y los efectos materiales (visibles) e inmateriales (invisibles), contribuyeron a su análisis desde la perspectiva del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud -DSS- (ver figura 01), entendidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud, de manera que los DSS se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los que las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

En este sentido, se han centrado en dos grandes esferas: la primera los “Determinantes estructurales”, y la segunda “Determinantes intermedios o factores intermediarios de la salud”.

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud -DSS.



Fuente: Modificado de OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2010.

Estos elementos, contribuyeron en la definición de los aspectos directos del conflicto armado en Colombia, así como los posibles aspectos tanto visibles como invisibles, relacionados con los determinantes intermedios de la salud, se partió de tres aspectos como elementos iniciales de una secuencia de resultados que pueden producir efectos sobre el estado de salud de individuos:

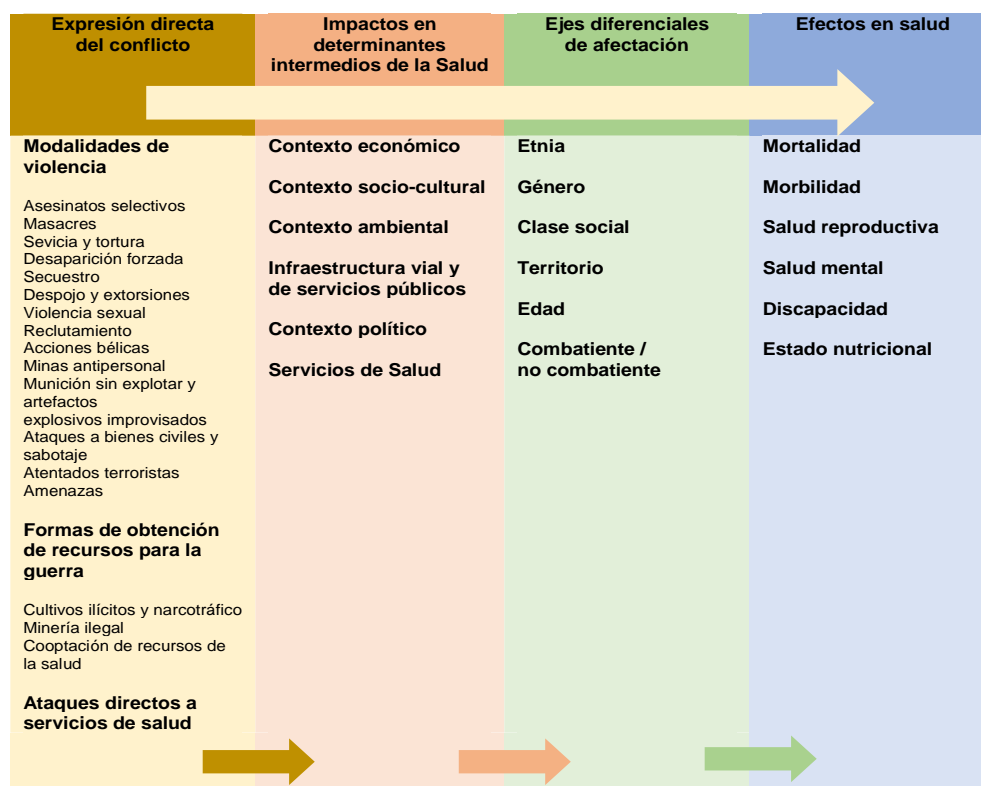
1. Las expresiones directas del conflicto armado relacionados con el reconocimiento de las i) modalidades de violencia (14 modalidades de violencia documentadas por el Centro de Memoria Histórica -CMH-)⁵, ii) las formas de obtención de recursos para el conflicto armado (cultivos ilícitos y el narcotráfico; la minería ilegal; la cooptación de rentas públicas) y iii) ataque a los servicios de salud como manifestación directa.
2. Expresiones intermedias del conflicto armado, que pueden estar asociadas con efectos en salud, se consideraron los efectos sobre los siguientes aspectos: i) contexto económico (aspectos como la productividad, el empleo y la seguridad Alimentaria), ii) contexto socio cultural (principalmente a lesiones y alteraciones producidas en los

⁵ Modalidades de violencia documentadas por el Centro de Memoria Histórica (CMH): 1. Asesinatos selectivos, 2. Masacres, 3. Muertes de civiles en acciones bélicas, 4. atentados terroristas, 5. Ataques a poblaciones; 6. Ataques a bienes civiles; 7. Secuestro, 8. Tortura, 9. Desaparición forzada, 10. Desplazamiento forzado, 11. Violencia sexual, 12. Minas antipersona, 13. Reclutamiento ilícito y 14. Amenaza.

vínculos y relaciones sociales)⁶, iii) sobre la infraestructura vial y de servicios públicos (relacionados con ataques a la infraestructura vial, interrupción del suministro de energía eléctrica), iv) el contexto ambiental (uso inadecuado de la tierra, fuentes de agua contaminadas, entre otras.), v) el contexto político (relacionados con el detrimento de la democracia, que impide a su vez la participación social y los procesos organizativos para la exigibilidad de derechos, como el de la salud, así como, el desempeño municipal, en términos de provisión de bienes y servicios públicos) y vi) sobre los servicios de salud (afectación en el THS, acceso, equipamiento y suministro, actividades de atención, prevención y promoción de la salud y formulación e implementación de Políticas de Salud).

En conclusión, de acuerdo con lo anteriormente expuesto se determinó el siguiente "esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia", ver ilustración 02.

Figura 2. Esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia



Fuente: análisis equipo Observatorio Nacional de Salud, 2017.

⁶ Esto incluye la vulneración de las creencias, prácticas sociales y modos de vivir de las comunidades. Involucra impactos a nivel individual y colectivo; por un lado, despoja a las personas de recursos y relaciones fundamentales para asumir sus vidas y enfrentar la adversidad, y por otra desestructura los tejidos sociales y trastorna la transmisión de saberes y prácticas de gran significado para las personas y las familias en especial comunidades étnicas.

En conclusión, de acuerdo con lo anteriormente expuesto se determinó el siguiente "esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia", ver ilustración 02.

A continuación, se describen los principales efectos en salud asociados al conflicto armado en Colombia, como muestra la tabla 1, por efecto de las expresiones y determinantes intermedios de la salud que pueden impactar por la dinámica del conflicto armado en Colombia.

Tabla 1. Posibles efectos en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia.

Posibles efectos en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia					
Dimensión		Efectos Específicos			
Mortalidad	Directa	<ul style="list-style-type: none"> • Homicidio 			
	Indirecta	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición en menores de 5 años • Mortalidad infantil • Mortalidad por EDA en menores de 5 años • Mortalidad por IRA • Mortalidad por tuberculosis • Mortalidad por malaria • Mortalidad por ECV • Mortalidad por diabetes • Mortalidad por asma • Mortalidad por operaciones quirúrgicas de urgencias • Suicidio • Mortalidad por cáncer de cuello uterino 			
		Morbilidad	Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • EDA en menores de 5 años • IRA • ETV (malaria; leishmaniasis, enfermedad de chagas visceral y chagas congénito y fiebre amarilla) • Zoonosis Rabia Humana y accidente ofídico • Tuberculosis • Hepatitis • Meningitis • Enfermedades inmunoprevenibles 	
				Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones por causa externa (quemaduras, intoxicaciones) • Enfermedad cardiovascular • Diabetes • Enfermedades asociadas a contaminación ambiental

Posibles efectos en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia		
Dimensión	Efectos Específicos	
	Salud reproductiva	• Enfermedades respiratorias crónicas
		• *Embarazos en adolescentes
		• Mortalidad neonatal I
		• Niños con bajo peso al nacer
		• Nacimientos prematuros
		• VIH y otras ETS
		• Mortalidad materna
	Salud mental	• Morbilidad materna extrema
		• Depresión
		• Síndrome de estrés postraumático;
		• Trastornos de ansiedad
		• Incremento de conductas de riesgo (aumento de consumo de alcohol, sustancias psicoactivas)
		• Comportamientos suicidas
Discapacidad	Física; sensorial cognitiva;	• Violencia intrafamiliar
		• Trastornos alimenticios
		• Amputaciones de miembros superiores o inferiores
		• Lesiones que impidan la movilidad por usos de armas.
		• Déficit de aprendizaje en niños
Servicios de Salud	Talento Humano	• Incapacidad para adelantar proyectos de vida por enfermedades (depresión)
		• Lesiones físicas
		• Homicidio de trabajadores del sector
	Actividades de atención, prevención y promoción de la salud.	• Déficit de personal básico en zonas de conflicto
		• Amenazas y otros ataques a personal del sector
		• Disminución de coberturas de vacunación
		• Afectación en resultados de funcionamiento de programas de prevención y control
	Suministros y equipamiento	• Incumplimiento en tratamiento adecuado de enfermedades
		• Debilidad en funcionamiento de la vigilancia en salud pública
		• Deficiencias en infraestructura básica en salud
	Acceso a servicios de salud	• Ataques a infraestructura
		• Ataques a transporte sanitario
		• Disminución de acceso a servicios de salud en zonas de conflicto

Fuente: Análisis y elaboración equipo de trabajo ONS con base en las referencias, 2017.



Esta revisión realizada por el INS muestra los resultados de estudios que analizaron los efectos del conflicto armado en población colombiana, evidenciaron además que el desplazamiento aumenta el riesgo de baja cobertura de vacunación con BCG, HiB, VOP y DPT en menores de cinco años; y se comportó como factor de riesgo para la presencia de síntomas de EDA.

Resultados en salud

A partir de lo definido en los aspectos conceptuales sobre los efectos del conflicto armado en la salud pública, se identificaron eventos en salud con impactos directos o indirectos, evidencias existentes en la literatura científica sobre la asociación entre su ocurrencia (entre 1998 y 2015) y la exposición al conflicto armado.

El primer resultado concluyente se relaciona con el análisis geográfico del impacto del conflicto en la salud, mostrándose una distribución desigual de la intensidad del conflicto a lo largo del territorio nacional. Estudios han interpretado estos patrones geográficos y señalan que las relaciones de poder bajo lógicas geoestratégicas entre las fuerzas del Estado y los diferentes actores armados ilegales se ven reflejadas de una manera diferenciada en el territorio, esto asociado a una distribución desigual de condiciones de pobreza y de baja presencia del Estado, criterios para la selección de los PDET.

A continuación, se presentan los eventos de interés en salud pública y su relación con el conflicto armado en Colombia: 1. lesiones de causa externa como el “mortalidad por homicidio”, se resalta que los municipios con quintiles de mayor intensidad del conflicto presentaban unas de las tasas por muerte homicida más altas y viceversa, y la “mortalidad por suicidio”, sus valores fueron más altas en hombres entre los municipios clasificados con el conflicto más intenso, sin embargo, en los municipios con alto riesgo de mortalidad por suicidio pertenecían al quintil más bajo de intensidad del conflicto.

El siguiente desenlace es en la población infantil relacionados con el conflicto armado interno es la mortalidad infantil. Se identificó un claro patrón de gradiente según la intensidad de conflicto en todos los periodos y para ambos sexos, presenta una reducción de la Razón de Mortalidad Infantil -RMI-, en todos los quintiles de intensidad del conflicto, sin embargo, se resalta que la mayor RMI se da en los quintiles de mayor intensidad del conflicto (alto y muy alto). El bajo peso al nacer -BPN- es un determinante de la supervivencia perinatal, morbilidad infantil y mortalidad general, así como del riesgo de enfermedades futuras, las mayores proporciones de nacimientos con BPN se encontraron en niñas nacidos de mujeres con edades entre 10-14 años y las mujeres de bajos recursos. La mortalidad Desnutrición -DNT- en menores de cinco años, es mayor en los municipios con alto índice de intensidad del conflicto, también se encuentra asociada a la pobreza, residencia en zonas rurales que dependen del trabajo agrícola,



por tanto, debe ser prioridad del Estado combatir la pobreza, el hambre y el conflicto armado fomentando el desarrollo rural y la seguridad alimentaria.

Otro efecto, se identifica en las enfermedades transmisibles, como 1. Infecciones Respiratorias Agudas -IRA-, las tasas de mortalidad por IRA aumentaron en el grupo de edad entre 1-4 años y mayores en niños que en niñas, principalmente en territorios con mayores en los quintiles con mayor conflicto armado; 2. Mortalidad por EDA, fue mayor en aquellos territorios donde el conflicto armado fue más intenso, mayores en niños que en niñas.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere explorar, en los territorios con alto índice de conflicto, las condiciones de *saneamiento básico, nutrición y oportunidad y calidad de los servicios de salud* que podrían estar relacionándose con la morbilidad y las muertes tanto en menores de cinco años, como en la población general principalmente en el ámbito rural, con referencia al documento de lineamientos del programa de ETV y Zoonosis del 2024 emitido por este Ministerio y según datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Sivigila, se presenta la síntesis del comportamiento en el ámbito rural y en zonas dispersas, boscosas y selváticas los eventos de: Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Rabia Humana y Accidente Ofídico, y Fiebre Amarilla de acuerdo al informe de OPS del 6 de noviembre de 2024.

3. La Malaria se encuentra distribuida en diferentes áreas del territorio, 680 municipios se encuentran a riesgo permanente, se han identificado tres (3) grandes focos activos importantes de producción y dispersión de la enfermedad: el foco de Urabá - Bajo Cauca - Alto San Jorge; el foco de la Costa Pacífica y el foco de transición de la Orinoquia-Amazonia y un foco que se encontraba controlado pero que en los últimos años se ha reactivado por el aumento del flujo migratorio de la República Bolivariana de Venezuela corresponde a las zonas de frontera en Norte de Santander y Arauca. En estos focos la transmisión se focaliza predominantemente en el área rural de los municipios, donde se registra más del 80% de la carga de la enfermedad, donde 55 municipios distribuidos en los departamentos de Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Choco, Córdoba, Guainía, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada, concentran el 80,8% de la carga.

La transmisión de esta enfermedad es de predominio en áreas rurales y rurales dispersas situadas por debajo de los 1.600 msnm, con una población a riesgo estimada de 10.065.823 de habitantes en el territorio nacional. Según el reporte realizado por el Instituto Nacional de Salud, en el periodo 2019 a 2024 se presentaron 404.797 casos (promedio de casos anual 80.959), siendo 2020 y 2023 los años con mayor número de casos reportados en los últimos 5 años. Es de resaltar que en el último año se superaron los 100 mil casos anuales, (102.457 casos), de estos el 76% de los casos se ubican en áreas rurales y rurales dispersas, el 62% de los casos se encuentran entre los 10 y los 39 años y el 61% de estos se presentan en grupos étnicos, en los cuales predominan los indígenas y los afrocolombianos. La Malaria tiene una relación directa con las alertas climáticas en Colombia, el ejercicio de Minería, cultivos ilícitos y otras actividades que se desarrollan en el entorno rural y rural disperso.

4. La leishmaniasis, con transmisión principalmente del área rural. Es una enfermedad parasitaria que representa un grave problema de salud pública en Colombia, toda vez que existen las condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad en aproximadamente el 85% del territorio rural situado por debajo de los 1.800 m s.n.m, La más común es la leishmaniasis cutánea que corresponde al 98% de los casos notificados cada año al SIVIGILA. Se estima que 11 millones de personas se encuentran en riesgo de enfermarse por leishmaniasis en el país; este riesgo se focaliza para leishmaniasis cutánea y mucosa en 607 municipios con un total de 9.196.754 habitantes a riesgo constante. Las entidades territoriales con mayor riesgo son: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima, Valle, Vaupés y Vichada. Entre los factores condicionantes y determinantes de la enfermedad, se deben principalmente a las migraciones poblacionales regulares y por desplazamientos a lugares enzoóticos, motivados por el conflicto armado, por la colonización de áreas forestales, por el movimiento de personal civil, militar y reinserción de población irregular a áreas endémicas, por la explotación extensiva de recursos naturales (minería ilegal), y por las deficientes condiciones de vida socio-sanitarias de la población rural.

5. La enfermedad de Chagas, la estimación de la situación epidemiológica, actualizada hasta el año 2024, refleja que la población en riesgo para Chagas en Colombia es de 12.429.756 habitantes, específicamente para la transmisión vectorial es de 9.042.210 personas de las cuales 4.578.280 habitan en área rural, en cuanto a la población expuesta en el área endémica para la transmisión oral asciende a 10.121.615 personas de las cuales 5.269.981 está en zona rural. Existen 595 municipios con antecedentes de factores de riesgo para transmisión vectorial, oral y/o congénita, especialmente ubicados en la Amazonia, Orinoquia, valle del río Magdalena, serranía del Perijá, Sierra Nevada de Santa Marta, el Catatumbo, cuencas de los ríos Sogamoso y el valle de Tenza, entre otros; la enfermedad cuenta con una firme vinculación con aspectos socioeconómico-culturales deficitarios, considerándose una enfermedad desatendida.

6.. Colombia declara emergencia sanitaria por el brote de Fiebre Amarilla, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 44 del 2024, Colombia reporta (17 casos, incluyendo nueve defunciones), Los casos se han registrado en seis departamentos: Caquetá (n= 2 casos), Huila (n= 1 caso), Nariño (n= 1 caso), Putumayo (n= 4 casos) y Vaupés (n= 1 caso) y los recientes casos reportados desde SE 37 en Tolima (n= 8 casos). Los casos corresponden a personas con edad entre 11 y 66 años, quienes iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 19 de octubre del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura (n= 15 casos), los 15 casos no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla. El reciente brote del departamento del Tolima ocurrió en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo (4): Cunday (n= 3 casos), Prado (n= 2 casos), Purificación (n= 2 casos) y Villarrica (n= 1 caso). Hubo ocho casos confirmados, seis hombres entre 18 y 63 años y una niña de 11 años, con fechas de

inicio de síntomas entre el 8 de septiembre y el 27 de octubre del 2024. En este brote se reportaron tres fallecidos, según reporte INS e informe de FA de la OPS al 6 de noviembre de 2024

7. Con la enfermedad de Rabia Humana, alude principalmente al ciclo silvestre con la circulación del linaje murciélago entre animales de producción y que llega a infectar al humano usando al gato como huésped intermedio. Desde la introducción de la vacunación en perros y gatos, los casos en humanos atribuidos al ciclo silvestre han cobrado mayor visibilidad hasta convertirse en un problema de salud pública susceptible de medidas de control en el marco general del enfoque de "Una sola salud. Según datos el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) en los últimos cinco años se han presentado 759 animales afectados por rabia silvestre en 241 predios predominantemente de Caquetá, Sucre, Cesar y Meta. Los casos de rabia en humanos de los últimos 20 años atribuidos al linaje murciélago, definen un corredor ecológico y territorios conexos distribuidos en los departamentos de Choco, Valle del Cauca, Cauca, Huila, Tolima, Cundinamarca, Boyacá, Santander y Casanare. Las comunidades vecinas del foco y el perifoco están en riesgo de transmisión con el agravante de que generalmente se suman dificultades y las barreras de acceso a servicios médicos e incluso barreras atribuibles a conocimientos, actitudes y prácticas

8. Para el Accidente Ofídico, en el año 2023 se presentaron 6.184 casos de accidente ofídico con una letalidad de 0,57% correspondiente a 35 fallecidos, de los cuales 561 casos se presentaron en población indígena. De lo corrido del 2024, el 10% de los casos se producen en comunidades indígenas, en zonas rurales dispersas, con un aumento del 2% con respecto al 2023. Entre el 2007 al 2021 se presentaron 365 muertes, de las cuales 291 el 80 por ciento se dieron en los territorios Antioquia, Bolívar, Chocó, Córdoba, Magdalena, Nariño, Vaupés, Sucre, Cesar, Meta, Boyacá, Santander y Norte de Santander. Se cuentan con 270 especies de serpientes distribuidas en casi todo el territorio nacional, principalmente en las áreas rurales y rurales dispersas. Factores como la deforestación, la urbanización no planificada, el cambio climático y las condiciones socioculturales del entorno favorecen el accidente en las poblaciones campesinas y étnicas principalmente. La ofidiotoxicosis está incluida en la hoja de ruta de la OMS para poner fin a las enfermedades tropicales desatendidas

9. Mortalidad por VIH/SIDA, las zonas que concentraron estos riesgos no guardaron una relación con el índice del conflicto; 10. Tuberculosis, el patrón espacial de la morbi-mortalidad se relaciona con el mapa de intensidad del conflicto, la mortalidad en las mujeres presenta un gradiente de mortalidad que aumenta a medida que aumenta la intensidad del conflicto; 11. Hepatitis, el análisis agrupado (Hepatitis A, Hepatitis B y delta y Hepatitis C) no se evidenció una relación entre el índice de intensidad del conflicto y las tasas de ocurrencia de hepatitis, sin embargo, el mayor riesgo de hepatitis virales se ubican municipios afectados por el conflicto armado; y 12. Enfermedades inmunoprevenibles: tosferina, se observa que las tasas de ocurrencia de tosferina han venido en aumento en Colombia. Sin embargo, su incidencia de acuerdo con la intensidad del conflicto, no parecen indicar una relación atribuible.

Seguidamente, en lo relacionado con enfermedades no transmisibles, 1. Enfermedades cardiovasculares, solo la hipertensión presenta un gradiente de mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto, se ve influenciada por la edad, el sexo y la ubicación geográfica; esto evidencia la necesidad de un enfoque territorial y diferencial para promover y prevenir en ECV, considerando la vulnerabilidad añadida producto del conflicto armado; 2. la dinámica de la mortalidad por diabetes mellitus, frente al conflicto difiere a nivel geográfico, pues en varios territorios con alta afectación por este fenómeno se presentó un incremento de la mortalidad por diabetes frente al comportamiento nacional; en relación a la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino -CCU-, ha disminuido a nivel nacional; no existe un gradiente claro entre el conflicto armado y el riesgo de CCU, sin embargo, factores como las elevadas tasas de violencia sexual y la pérdida de servicios esenciales de salud en las zonas más afectadas por el conflicto pueden haber tenido un impacto negativo en la salud de las mujeres.

Por último, el impacto del conflicto en la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los resultados 1. la fecundidad, ha venido en descenso en Colombia tanto en adolescentes como en las mujeres entre 20 a 49 años. Para el caso de la fecundidad en adolescentes, los resultados indicaron una relación directa con el índice de intensidad del conflicto, la fecundidad aumentó, en tanto también lo hizo la intensidad del conflicto; 2. la morbilidad materna extrema no mostró una relación con la intensidad del conflicto y, sin embargo, se considera importante tener en cuenta algunas consideraciones, el subregistro en municipios con alto índice de intensidad del conflicto, las zonas de mayor intensidad del conflicto, presentan mayor letalidad de la morbilidad materna extrema; 3. la Razón de Mortalidad Materna – RMM- ha venido en descenso en Colombia, sin embargo, este análisis aporta evidencia del conflicto como un determinante de la mortalidad materna; 4. El parto prematuro-RNP- registraron altos porcentajes en municipios con alta intensidad del conflicto, siendo las madres entre 10 a 14 años, quienes presentaron los mayores porcentajes de RNP.

Además de lo anterior, con respecto a la relación entre la salud mental y el conflicto armado, la Encuesta de Salud Mental 2015 evidenció que las personas expuestas al conflicto presentan prevalencias más elevadas de trastornos mentales en general y en particular trastornos de ansiedad; además, refirieron mayores niveles de sentimientos de angustia o depresión e infelicidad.

Además de los resultados en salud anteriores relacionado con la discapacidad como resultado de la afectación por el conflicto armado en Colombia, se desataca a la discapacidad desde el punto de vista relacional. De acuerdo al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD- en Colombia existen 344.433 personas valoradas a 31 de marzo 2024 de los cuales 343.600 personas se encuentran certificadas y 1.622 personas con discapacidad (física, visual, auditiva,

intelectual, psicosocial-mental, sordoceguera y múltiple) son firmantes de paz certificados (MSPS, corte 7 de marzo de 2024). A pesar de los esfuerzos, recientes estudios muestran que las personas con discapacidad y sus familias en Colombia tienen mayor incidencia, intensidad y niveles de pobreza multidimensional en comparación con las personas que vivían en otros hogares (Fundación Saldarriaga Concha, 2021). Por tanto, la disminución de la desigualdad en Colombia para este grupo poblacional es un compromiso fundamental para avanzar hacia una sociedad en paz.

Aproximación a los Determinantes Digitales de la Salud en zonas Rurales y rurales dispersas

Alfabetización Digital

En 2021, solo el 11.5% de las personas mayores de 5 años en centros poblados y zonas rurales dispersas de Colombia usaron un computador (de escritorio, portátil o tableta), en comparación con el 37.9% en cabeceras y un 31.8% a nivel nacional. Esto muestra una brecha significativa en el uso de tecnologías digitales en áreas rurales, lo cual limita su capacidad para acceder a servicios de telesalud.

Las habilidades básicas para el uso de computadores también son menores en estas áreas. Aunque el 85% de las personas a nivel nacional sabía copiar o mover un archivo, solo una minoría tiene conocimientos avanzados como la instalación de programas (48.3%) o el uso de lenguajes de programación (27%). Esta disparidad afecta la adopción de tecnologías de salud digital en regiones rurales, donde el apoyo técnico es menos accesible.

Acceso a la Tecnología y Conectividad

El acceso a internet en centros poblados y rural disperso en 2021 fue de solo el 28.8%, en comparación con el 70.0% en cabeceras municipales y un 60.5% a nivel nacional. Esta brecha de conectividad limita las oportunidades de las comunidades rurales para acceder a servicios de salud digital, como la telemedicina, que puede ser esencial para aquellas regiones con poca disponibilidad de médicos especialistas.

Se puede concluir que la evidencia presentada resalta la necesidad de abordar las barreras económicas y de alfabetización digital para mejorar el acceso a servicios de salud digital en las áreas rurales de Colombia. Iniciativas como la expansión de la conectividad, deben complementarse con programas de capacitación digital y subsidios para la adquisición de dispositivos. Estas acciones pueden ayudar a cerrar la brecha de acceso a tecnologías y mejorar la calidad de vida de las comunidades rurales.

Implicaciones y estrategias en áreas rurales



Los Determinantes Digitales de la Salud constituyen un concepto innovador propuesto por especialistas en Salud Digital, con la finalidad de integrar los determinantes sociales de la salud, como la Inteligencia Artificial -IA generativa y los grandes modelos de lenguaje (LLM). Estos factores tecnológicos impactan en el acceso, la utilización y la equidad de la atención médica. Al igual que los Determinantes Sociales de la Salud, que abarcan aspectos sociodemográficos, económicos y políticos, los determinantes digitales de la salud influyen significativamente en la interacción de los pacientes de los sistemas de salud tanto digitales

como convencionales. Elementos como el acceso a internet, la disponibilidad de Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC, y la alfabetización digital, son esenciales para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud en las áreas rurales, por lo tanto, la digitalización de la salud puede exacerbar o mitigar las inequidades en salud y sugiere estrategias robustas para aprovechar sus beneficios.

Estos factores tecnológicos garantizan que las tecnologías de salud digital sean beneficiosas y equitativas para todos:

Para fomentar la equidad en salud, es importante diseñar y desarrollar tecnologías de salud digital desde una perspectiva social, asegurando que su impacto sea equitativo y beneficie a todos los sectores de la población. Además, adoptar estrategias basadas en valores y preventivas puede ayudar a cerrar las brechas en infraestructura digital y alfabetización, mitigando los riesgos y maximizando los beneficios de la digitalización en la salud.

Problemas estructurales que afectan la garantía del derecho fundamental a la salud en la ruralidad

- **Resultados en salud deficientes e inequitativos** con presencia de morbilidad y mortalidad evitable que afecta principalmente a los niños y las niñas menores de cinco años, personas gestantes, comunidades rurales y población perteneciente a los sectores más vulnerables (pueblos y comunidades étnicas, personas con discapacidad, enfermos graves, personas mayores, entre otros)⁷.
- **Oferta de servicios fragmentada y segmentada, deterioro de la infraestructura pública en salud y cierre de servicios trazadores como gineco-obstetricia y pediatría**, que restringe el acceso a los servicios de salud e impide la continuidad de la atención, con distribución insuficiente y desigual entre los ámbitos urbano y rural (90,3% se encuentra ubicada en el área urbana y 9,7% en el área rural) y que no responde a las condiciones sociales, demográficas y

⁷ Corte Constitucional República de Colombia. Sentencia T-302/17



culturales de la población de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

- **Personal de salud con distribución inequitativa y desigual**, evidenciado entre otros indicadores por la baja disponibilidad de profesionales de medicina (2,5 por 1.000 habitantes), enfermería (1,6 por 1.000 habitantes), auxiliares de enfermería (6,4 por 1.000 habitantes) y mayor afectación en las zonas rurales y rurales dispersas con densidades por debajo del promedio nacional y de la OCDE (3,6 profesionales de medicina, 8,8 profesionales de enfermería por 1.000 habitantes).
- **Persistencia de un esquema de financiamiento que prioriza la rentabilidad financiera sobre la rentabilidad social** que no garantiza la atención en salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, déficit presupuestal en los hospitales públicos con ingresos que no alcanzan a cubrir el financiamiento de los gastos operacionales.

Como propuesta para la superación de los problemas estructurales evidenciados en la ruralidad el Plan Nacional de Salud Rural se sustenta en tres líneas estratégicas y seis componentes que buscan trascender de la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia la visión de la salud como un derecho fundamental en el contexto rural, los cuales se desarrollan a continuación.



V. Plan Estratégico y Operativo

El Plan Nacional de Salud Rural -PNSR- establece las estrategias y medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas; específicas y diferenciadas para garantizar el derecho fundamental a la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, incluyendo las relacionadas con acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad; fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio de salud.

El PNSR se desarrolla a través de tres líneas estratégicas:

1. Gobernanza y gobernabilidad
2. Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas
3. Garantía de la Calidad en Salud para la personas, familias y comunidades rurales

El PNSR es de carácter nacional y territorial, compromete a los diferentes niveles de gobierno, a todos los actores del sistema de salud en el marco de sus competencias y a las comunidades rurales en su adopción, implementación, seguimiento y evaluación.



Objetivos

Objetivo general

Garantizar el derecho fundamental a la salud de las y los campesinos, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, mediante la implementación del modelo especial de salud pública, mejorando las condiciones de bienestar y buen vivir de esta población.

Objetivos específicos

1. Establecer dispositivos y mecanismos institucionales, sociales y comunitarios orientados a la democratización de la salud rural en la protección, respeto y garantía del derecho fundamental a la salud.
2. Construir e implementar el modelo especial de salud pública para la ruralidad basado en la atención primaria en salud, que mediante la acción conjunta y con participación de la población rural y rural dispersa, garantice el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud.
3. Promover la mejora de la calidad de la atención en salud fortaleciendo el monitoreo y control de la prestación de los servicios de salud brindados a las personas, familias y comunidades que habitan en la ruralidad.



Líneas Estratégicas

Línea estratégica 1. Gobernanza y Gobernabilidad

La adopción, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR integra procesos de toma de decisiones articuladas entre los diferentes entes de gobierno a nivel nacional, departamental y municipal, los actores del sistema de salud, los otros sectores y los pueblos y comunidades rurales.

Lo anterior, a través de instancias de coordinación tales como: la Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP, el Comité Institucional de Salud Rural, las Mesas Técnicas Departamentales, Distritales y Municipales de Salud Rural, estas últimas en interlocución con los Consejos Departamentales, Distritales o Municipales de Planeación, los Comités Departamentales de Desarrollo Rural y Reforma Agraria, los Consejos Municipales de Desarrollo Rural donde hubiere, y las instancias de ejecución y coordinación articuladas al Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural y sus correspondientes subsistemas a través de los planes nacionales para la Reforma Rural Integral (subsistema 4. De acceso a derechos y servicios sociales básicos, infraestructura física y adecuación de tierras), así como todas las formas organizativas presentes en la zona rural y rural dispersa, incluidas mesas de género y mujer, campesinas y campesinos, comités territoriales de discapacidad. De igual forma, deberá garantizarse la articulación del PNSR con los Planes de Acción para la Transformación Regional -PATR de los PDET, así como, con el Programa de Reincorporación Integral -PRI, en lo relacionado con el sector salud y los demás derivados a partir del Acuerdo Final de Paz.

La rectoría del PNSR será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal adoptarán el PNSR a través de la construcción participativa del componente territorial del PNSR y su armonización e integración en los Planes Territoriales de Salud, garantizando la participación de las diferentes formas de organización de campesinos y campesinas, los pueblos, las comunidades étnicas y las diferentes formas de organización presentes en el territorio.

La adopción del PNSR incluye la construcción participativa del componente territorial, el cual debe responder a las necesidades de la población rural y la configuración sociocultural y geográfica de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

En la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR se deberá garantizar la participación de organizaciones sociales y comunitarias; así como el diálogo permanente con los sistemas de conocimiento, saberes, prácticas socioculturales en salud y cuidado de la vida, propios de los pueblos y comunidades étnicas que habitan el territorio rural, a partir de los desarrollos normativos vigentes y el capítulo étnico del Acuerdo Final de Paz.

Productos y actividades orientadoras. Línea estratégica gobernanza y gobernabilidad

Tabla 2. Gobernanza y gobernabilidad.

Productos y actividades orientadoras Línea estratégica gobernanza y gobernabilidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Análisis situacional de salud participativo que integra como componente transversal la comprensión de los contextos rurales y el reconocimiento de las realidades, recursos y necesidades de las poblaciones campesinas, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de la ruralidad.	Realizar el mapeo social e institucional de las zonas rurales y zonas rurales dispersas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades promotoras de salud o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	Desarrollar procesos para la comprensión de los contextos sociales, económicos, de calidad de vida y salud en la ruralidad integrados al análisis de situación de salud participativo – ASIS nacional, departamental, distrital y municipal, teniendo en cuenta el contexto ocupacional de la economía informal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades promotoras de salud o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras Línea estratégica gobernanza y gobernabilidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Componente territorial del PNSR construido e implementado de manera participativa con los actores del sector salud, los otros sectores y las poblaciones campesinas, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de la ruralidad.	Implementar procesos para la construcción participativa e implementación del componente territorial del PNSR en los niveles departamental, distrital y municipal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	Diseñar e implementar herramientas pedagógicas para la construcción participativa e implementación del componente territorial del PNSR en los niveles departamental, distrital y municipal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
Planes territoriales de Salud y planes de acción en salud que integran el componente territorial del PNSR.	Armonizar el componente territorial del PNSR con el Plan Territorial de Salud vigente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas
	Integrar las actividades del componente territorial del PNSR en el plan de acción en salud – PAS de cada vigencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales

Productos y actividades orientadoras Línea estratégica gobernanza y gobernabilidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
		dispersas
	Vincular al proceso de planeación integral para la salud la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas
Instrumentos de política pública del territorio que integran el componente de salud rural.	Armonizar el PNSR con otros planes o estrategias nacionales, departamentales, distritales o municipales derivados del Acuerdo Final de Paz.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas
Mecanismos de diálogo, coordinación y participación de los actores del sector salud, los otros sectores y las organizaciones sociales y comunitarias establecidos en el marco de la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.	Articular las acciones intersectoriales del PNSR con las estrategias del plan de acción intersectorial en salud pública de la comisión intersectorial de salud pública – CISP o la instancia que haga sus veces.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Conformar e implementar comité institucional de salud rural.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social.
	Conformar e implementar las mesas técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades promotoras de salud o quien haga sus veces.

Productos y actividades orientadoras Línea estratégica gobernanza y gobernabilidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas
	Proponer ante instancias de coordinación intersectorial estrategias y acciones para la afectación positiva de determinantes sociales de la salud en la ruralidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas
	Presentar los insumos resultantes de las mesas técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural ante la comisión intersectorial de salud pública o la instancia que haga sus veces.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.

Fuente. MSPS, 2024.

Línea estratégica 2. Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas

El modelo especial de salud pública para la ruralidad orienta a la comprensión y la respuesta coordinada e integral a las necesidades sociales de la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Se constituye en el ordenador para garantizar la prestación de servicios de salud en la diversidad de territorios, pueblos y comunidades rurales con atributos de accesibilidad, primer contacto, atención centrada en las personas, familias y comunidades, integralidad, longitudinalidad y coordinación.



Deben concurrir en la implementación del modelo especial en salud pública para la ruralidad las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quienes hagan sus veces, las Empresas Sociales del Estado o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas y demás actores que intervengan, de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

El modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas desarrolla para su implementación los componentes integrados e interdependientes de la Atención Primaria en Salud (servicios de salud, acción intersectorial/transectorial por la salud y participación social comunitaria y ciudadana) y adopta el enfoque intercultural, diferencial y de género.

En las territorialidades de los pueblos indígenas, negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros, Rrom y demás pueblos étnicos localizados en la ruralidad Colombiana, se concertaran los modelos de salud propios conforme con los contenidos de los sistemas existentes en el marco de la legislación de los pueblos, incluido el SISPI; lo anterior articulado con el Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas del PNSR y conforme con los principios del Capítulo Étnico del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto.

Hacen parte de este modelo los siguientes componentes:

1. Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud.
2. Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud.
3. Componente 3. Personal de salud para la ruralidad.
4. Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.
5. Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural.
6. Componente 6. Salud de los trabajadores rurales.

Componente 1. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

Las redes integrales e integradas de servicios de salud⁸ se definen como el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud y organizaciones, que se integran de manera coordinada, secuencial y organizada para brindar servicios dirigidos a promover y recuperar la salud de la población rural, buscando una mayor resolutiveidad en el nivel primario, así como

⁸ En desarrollo a lo dispuesto en el Artículo 60 de la Ley 1438 de 2011 y el Artículo de la Ley 1751 de 2015.



la gestión coordinada asistencial con el nivel complementario en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

En el marco de la organización, conformación y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud o lo que se disponga, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces, las Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas, deberán garantizar la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas teniendo en cuenta las siguientes disposiciones:

Se implementarán mecanismos para hacer efectiva la atención primaria en salud con atributos de accesibilidad y primer contacto, atención centrada en las personas, familias y comunidades, integralidad, longitudinalidad, coordinación y participación y se dispondrá del correspondiente apoyo clínico, administrativo y logístico.

Cada municipio del país o área no municipalizada, deberá contar con al menos una sede principal del nivel primario y sedes satélites distribuidas de manera equitativa y suficiente en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, iniciando por los municipios que cuenten con: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET, Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito -PNIS y Planes de Reforma Rural Agraria - RRA, o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país.

Las sedes principales y satélites de las Empresas Sociales del Estado o de las entidades que hagan sus veces, en los municipios con zonas rurales y zonas rurales dispersas, deberán contar con: (i) infraestructura (ii) dotación hospitalaria, (iii) equipos biomédicos, (iv) insumos, (v) disponibilidad de transporte asistencial aéreo (helicoptero u otro), fluvial - marítimo (hidroaviones u otros), terrestre y demás medios no convencionales, teniendo en cuenta las condiciones geográficas del territorio, (vi) integración a la red nacional de comunicaciones de urgencias, emergencias y desastres en salud y (vii) personal de salud, incluido el personal perteneciente a los Equipos Básicos de Salud; todo lo anterior conforme a las necesidades y configuración sociocultural y geográfica.

Para la atención en las zonas rurales y zonas rurales dispersas se podrá operar con el soporte logístico y de transporte a cargo del Estado o en concurrencia con organismos internacionales y organizaciones sociales, que se identifiquen en el marco de la conformación y operación de las redes integrales e integradas en el territorio.



Los servicios de salud en la ruralidad tendrán en cuenta los referentes socioculturales para el cuidado de la salud, el bienestar y el buen vivir de los campesinos y las campesinas y los pueblos y comunidades étnicas, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes correspondientes en términos de habilitación de los servicios de salud.

La prestación de servicios de salud para la ruralidad se realizará en lugares cercanos a los entornos de vida de la población rural, garantizando la accesibilidad permanente; así como la articulación con hospitales de referencia, dispositivos y formas de cuidado comunitario y servicios socio-sanitarios tales como centros día, centros vida y de larga estancia para personas mayores, casas refugio para mujeres víctimas, hogares protegidos para personas con trastorno mental, programas de rehabilitación psicosocial por trastorno mental o por consumo de sustancias psicoactivas, y similares existentes en el territorio.

Para el cuidado de la salud en la ruralidad se prestarán servicios de salud resolutivos en modalidad intramural, extramural y telemedicina sin que esta última vaya en detrimento de la garantía del acceso físico de la población a servicios de salud en las otras modalidades.

La resolutiveidad de los servicios de salud en el ámbito rural se garantizará a través de las sedes satélites de Empresas Sociales del Estado disponibles en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, con el fin de que la población que habita en la ruralidad acceda al centro de atención y/o que el centro de atención disponga los servicios de salud a una distancia que garantice la atención oportuna, pertinente y resolutiva. De igual forma y el marco de la conformación y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, se garantizará la participación de las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas.

Las Entidades Promotoras de Salud-EPS o las entidades que hagan sus veces deberán incluir en el procedimiento de suministros de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud – PBS o el que haga sus veces, mecanismos para la entrega completa e inmediata de medicamentos a la población rural, a través de las sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas con oferta de servicios de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas y los Equipos Básicos de Salud en las diferentes modalidades de atención. Cuando la entrega de medicamentos sea incompleta, esta se deberá garantizar dentro de las 48 horas siguientes en los términos establecidos en el Artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012.

Los procesos de referencia y contrarreferencia desarrollados al interior de las redes integrales e integradas de servicios de salud deberán fortalecer la capacidad de transporte del personal de salud y de los ciudadanos, para lo cual incorporarán modos de traslado adaptados a las condiciones de las zonas rurales y rurales dispersas a través de transporte aéreo (helicopuerto u otro), fluvial – marítimo (hidroaviones u otros), terrestre y demás medios no convencionales, los cuales serán incluidos en las modalidades de contratación y pago de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o las entidades que hagan sus veces.

Los actores del sector salud garantizarán la operación permanente y continua de Equipos Básicos de Salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas. Estos equipos desarrollarán entre otras intervenciones las relacionadas con: i. detección temprana, ii. protección específica, iii. información y educación, iv. entrega de insumos y medicamentos, v. tamizajes, vi. toma de laboratorios e imágenes diagnósticas, vii. gestión de la red de referencia y contrarreferencia, viii. reporte de casos de vigilancia en salud pública y ix. acciones intersectoriales para la transformación de determinantes en salud en coordinación con la Entidad Territorial. Los Equipos Básicos de Salud realizarán el reconocimiento del contexto territorial y de salud, así como la construcción y despliegue del plan de cuidado primario articulado a la respuesta sectorial e intersectorial correspondiente.

Productos y actividades orientadoras. Componente redes integrales e integradas de servicios de salud

Tabla 3. Redes integrales e integradas de servicios de salud.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud conformadas y operando con disponibilidad y suficiencia de servicios de salud para la atención de los campesinos, pueblos y comunidades étnicas en zonas rurales y zonas rurales dispersas, desde un enfoque territorial, social y comunitario.	Desarrollar e implementar mecanismos que garanticen la participación de los pueblos y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en la conformación, organización, operación y evaluación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, previendo la gestión territorial requerida en la ruralidad y conforme con las disposiciones vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	Realizar el análisis funcional de red participativo que incluya la oferta de servicios en zonas rurales y zonas dispersas, actualizado anualmente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	Disponer de sedes principales del nivel primario en cada municipio y área no municipalizada y sedes satélites distribuidas de manera equitativa y suficiente en las zonas rurales y rurales dispersas en el marco de la conformación y operación de redes integrales e integradas de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	Implementar mecanismos de coordinación asistencial en red y sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico que respondan a las características y condiciones de las zonas rurales y zonas rurales dispersas entre servicios, modalidades de prestación, prestadores de servicios de salud y actores sociales y comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	Articular de manera progresiva a las redes integrales e integradas de servicios de salud, los servicios sociales y sociosanitarios y las formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, veredales, interculturales, tradicionales y ancestrales, para su operación como nodo comunitario de red.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	Desarrollar seguimiento al avance en el nivel de progresión de la red integral e integrada de servicios de salud en zonas rurales y zonas rurales dispersas con enfoque social, comunitario y territorial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
Equipos Básicos de Salud que operan de manera permanente y continua en zonas rurales y zonas rurales dispersas y promueven la generación de territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Establecer espacios de diálogo y concertación con campesinos, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de las zonas rurales y zonas rurales dispersas para la definición de aspectos relacionados con la adscripción territorial-poblacional y la operación de los Equipos Básicos de Salud para la generación de territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	<p>Gestionar con las autoridades, instancias y organizaciones sociales y comunitarias del territorio, aspectos relacionados con la protección, seguridad, movilidad e identificación de los Equipos Básicos de Salud como agentes institucionales de misión médica en zonas de conflicto armado interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	<p>Generar acuerdos con actores del sector salud y otros sectores para la continuidad e integralidad del cuidado de la población de zonas rurales y zonas rurales dispersas y la articulación con programas de atención psicosocial, jóvenes en paz y demás existentes en el territorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	<p>Implementar planes de cuidado primario a partir de la comprensión de la dinámica territorial, poblacional y comunitaria en zonas rurales y zonas rurales dispersas a través de atenciones en salud y acciones de gestión que garanticen el acompañamiento necesario a las personas, familias y comunidades y contribuyan a la construcción de paz, reconciliación y ejercicio pleno de los derechos humanos. Estos planes deberán incluir la identificación de riesgos derivados de la ocupación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Programas, planes y estrategias para eventos o condiciones de interés en salud pública que responden a las realidades, recursos y necesidades de las poblaciones campesinas, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de la ruralidad y los territorios.	<p>Integrar mecanismos para responder a las realidades y diversidad de la población en la ruralidad en los programas, planes y estrategias en salud pública relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud ambiental y entornos. ▪ Enfermedades transmisibles, incluida la vacunación. ▪ Enfermedades crónicas no transmisibles, estilos de vida saludable y salud mental. ▪ Convivencia social y ciudadana. ▪ Sexualidad, derechos sexuales y reproductivo. ▪ Salud nutricional. ▪ Curso de vida. ▪ Gestión de las acciones de promoción y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.
	<p>Implementar acciones de gestión y operación en los niveles microterritorial, territorial, municipal, departamental o distrital que permitan dar respuesta a las necesidades en salud de las poblaciones rurales con acciones de promoción de la salud, prevención, control, eliminación y erradicación a través de los programas, planes y estrategias en salud pública relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud ambiental y entornos. ▪ Enfermedades transmisibles, incluida la vacunación. ▪ Enfermedades crónicas no transmisibles, estilos de vida saludable y salud mental. ▪ Convivencia social y ciudadana. ▪ Sexualidad, derechos sexuales y reproductivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Agentes sociales y comunitarios propios de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud nutricional. ▪ Curso de vida. ▪ Gestión de las acciones de promoción y prevención. 	
Servicios de telemedicina para zonas rurales y zonas rurales dispersas.	Promover el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación -TIC-, para garantizar el acceso a servicios de salud, en el marco de las RIITS, a través de la formulación de proyectos de infraestructura digital y telesalud y la alfabetización digital (Implementar programas de formación en habilidades digitales para profesionales de la salud y la comunidad).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Desarrollar y mejorar la infraestructura de telecomunicaciones para soportar la implementación de telesalud, telemedicina y plataformas de salud digital, a través de la articulación entre MSPS y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia (Incluye análisis de cobertura de acceso a internet).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Integrar el Sistemas de Soporte a la Toma de Decisiones Basados en Inteligencia Artificial -IA- para proporcionar a los EBS en áreas rurales y dispersas asistencia en tiempo real durante el diagnóstico y tratamiento, a través de la dotación de dispositivos tecnológicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Crear Redes de Comunicación y Colaboración en Línea para los EBS en diferentes áreas rurales y dispersas, para facilitar la colaboración, el intercambio de conocimientos y experiencias, y el apoyo mutuo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	Promover mecanismos de Incentivos Digitales como bonificaciones, reconocimientos o acceso a recursos educativos.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Articular con Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, acciones para mejorar la conectividad de las sedes de salud ubicadas en los municipios PDET y PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.

Fuente: MSPS, 2024.

Para el cumplimiento del producto *“programas, planes y estrategias para eventos o condiciones de interés en salud pública que responden a las realidades, recursos y necesidades de las poblaciones campesinas, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de la ruralidad y los territorios”*, se incluyen de manera indicativa las siguientes acciones que deberán ser priorizadas conforme a las necesidades territoriales y poblacionales:

Tabla 4. Acciones indicativas en el marco de la salud pública para la ruralidad.

Acciones indicativas en el marco de la salud pública para la ruralidad	
Programas, estrategias en salud pública	Acciones indicativas
Salud ambiental y entornos	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud ambiental” en todos los ámbitos de vida cotidiana donde transita la vida de los pueblos y comunidades de las zonas rurales. Plan Nacional de Sustitución de Leña. Plan de Acción Nacional sobre Mercurio en la Minería Artesanal y de Pequeña Escala de Oro en Colombia. Planes Territoriales de Adaptación al Cambio Climático desde Salud -PTACCSA- “con el PNSR, a través de asistencia.
Enfermedades transmisibles, incluida la vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia de desparasitación antihelmíntica masiva en niños en edad preescolar (1 a 4 años) y escolar (5 a 14 años), de áreas rurales en municipios priorizados por las entidades territoriales a partir de la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal, Colombia 2012-2013. Estrategia de eliminación del Tracoma como problema de salud

Acciones indicativas en el marco de la salud pública para la ruralidad	
Programas, estrategias en salud pública	Acciones indicativas
	<p>pública en departamentos priorizados de la Amazonía/Orinoquía (Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrategia para la prevención, manejo y control de la IRA/EDA. ▪ Programa de prevención y control de la Tuberculosis. ▪ Programa de prevención, control y eliminación de la Lepra. ▪ Programa de prevención, control y eliminación de las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas con enfoque sociocultural. ▪ Programa eliminación de las GeohelminCIAS a nivel departamental y municipal. ▪ Desarrollo de jornadas de vacunación intramural y extramural ejecutando las tácticas de concentración. ▪ Programa de promoción, prevención, control y eliminación de las ETV: Malaria, Arbovirosis (dengue, chikunguña y zika), Chagas Visceral y Congénito, Leishmaniasis Cutánea y Visceral, Fiebre Amarilla ▪ Programa de promoción, prevención, control y eliminación de las zoonosis Rabia Humana y Accidente Ofídico.
Enfermedades crónicas no transmisibles, estilos de vida saludable y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política Nacional de Salud Mental. ▪ Programa mhGAP. ▪ Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental”. ▪ Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales. ▪ Lineamientos para el abordaje de las enfermedades no transmisibles, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y plan nacional de gestión de enfermedades huérfanas.
Convivencia social y ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” con PNSR. ▪ Implementación “Estrategia para la convivencia, paz y prevención de las violencias” e incorporación de la prevención de la estigmatización. ▪ Estrategia Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la convivencia y la no repetición” con el PNSR. ▪ Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.
Salud nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantía progresiva del derecho humano a la alimentación.
Curso de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procesos de adaptabilidad en el marco de la implementación de la “Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en

Acciones indicativas en el marco de la salud pública para la ruralidad	
Programas, estrategias en salud pública	Acciones indicativas
	Salud Materno Perinatal”, con énfasis en territorios rurales y dispersos y en territorios con concentración de población étnica.

Fuente: MSPS, 2024.

Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud

El país enfrenta grandes retos relacionados con la inequidad en la oferta de servicios de salud y el debilitamiento de la red pública hospitalaria con sedes de servicios de salud que presentan importantes grados de deterioro, obsolescencia y riesgo, afectando la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, y sumado a dicho deterioro, es necesario considerar las brechas de servicios que son significativas en territorios con condiciones de acceso desfavorables y de inequidad territorial, en los cuales la oferta especializada tiene menor disponibilidad y en ocasiones es incoherente con el perfil epidemiológico.

Es por ello, que es necesario implementar estrategias que contribuyan a dar una respuesta equitativa de los recursos físicos con que cuenta el estado, buscando su uso eficiente y equitativo, favoreciendo la focalización y priorización de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud. De manera consecuente, se requiere de servicios de salud fortalecidos que incorporen de manera progresiva especialidades básicas de acuerdo con las necesidades de los territorios y se garantice el acceso a servicios de cuidado sociosanitario de distinta complejidad.

En el caso de las zonas rurales y rurales dispersas, dichas estrategias corresponden a (i) el fortalecimiento de la infraestructura física y dotación biomédica dirigido a optimizar las sedes existentes, (ii) la creación de nuevas sedes en localizaciones estratégicas, y (iii) el empleo de formas innovadoras en las modalidades de prestación de servicios que acerquen los servicios de salud a los pacientes (telesalud, extramural, unidades móviles o sedes itinerantes), en procura de:

- Garantizar el continuo de la atención en salud con la oportunidad y calidad que las personas y familias requieren, concretando el derecho fundamental a la salud y promoviendo al más alto nivel, el bienestar individual, familiar y colectivo.
- Facilitar la conformación y operación de las Redes Integradas e Integradas Territoriales de Servicios de Salud- RIITS, empleando localizaciones de

proyectos que faciliten el acceso a un mayor volumen de población (especialmente a sedes con servicios complementarios)

- Favorecer el acceso y equidad espacial en la oferta de servicios de salud localizados en sedes de prestadores de la red pública, en procura de que las poblaciones tengan mejores oportunidades de atención, favoreciendo la equidad en términos de movilidad y cercanía (proximidad) más allá de la división política y administrativa territorial.
- Reconocer las particularidades de las personas, familias y comunidades que conforman la población colombiana, y en particular, las diferencias y necesidades de adaptación de la oferta de servicios y sus espacios asociados, en clave de derechos.
- Apostar por la reducción progresiva de la vulnerabilidad de las edificaciones, y por ende, de la exposición de los usuarios a situaciones de riesgo.
- Dar cumplimiento a cumplimiento de pactos, compromisos, sentencias, obligaciones y decisiones judiciales en procura de reducir o subsanar una vulneración a los derechos fundamentales, evitando perjuicios irremediables a la población usuaria del sistema de salud.
- Propender que las sedes de servicios de salud (fijas o móviles), cuenten con espacios con alta con calidad ambiental, arquitectónica y urbanística, coherente con el entorno social, natural y territorial.

Para la anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán priorizar en el corto y mediano plazo dentro de los Planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud-PMIDS, según corresponda, los proyectos dirigidos a la construcción de obra nueva, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento sísmico estructural, reposición de Infraestructura, telesalud, la dotación y modernización de sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, para las zonas rurales y zonas rurales dispersas y hospitales de referencia para estas sedes, garantizando la participación integral de las comunidades en todas las etapas del o los proyectos, incluyendo iniciativas autónomas desde los sistemas de conocimiento, saberes y practicas socio culturales y regionales, empleando las fuentes de financiación que garanticen la gestión integral de proyectos y la disponibilidad de recursos que se requieran. Para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes correspondientes a las normas de viabilización y ejecución de proyectos.

Para lo anterior, se desarrollarán las siguientes actividades:

Productos y actividades orientadoras. Componente Construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud

Tabla 5. Construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud.

Productos y actividades orientadoras Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Centros y puestos de salud con capacidad resolutive articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral en Salud y demás normatividad vigente.	Formular lineamientos para el desarrollo de infraestructura en salud para las zonas rurales y dispersas, incluyendo donde se requieran las adecuaciones etnoculturales para potencializar el desarrollo sociocultural.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
	Caracterizar las necesidades específicas de las zonas rurales y rurales dispersas, como fundamento para formular los instrumentos de planeación y establecer las metas requeridas en para el mejoramiento de infraestructura y dotación en las zonas rurales y dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades territoriales. Empresas Sociales del Estado.
	Realizar los ajustes correspondientes a la normativa vigente del Sistema Único de Habilitación, en procura de que se incluyan condiciones diferenciales para proyectos localizados en zonas rurales y rurales dispersas, considerando las particularidades ambientales, geográficas y culturales del entorno.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social
	Realizar los ajustes normativos para facilitar la viabilización de proyectos, y brindar asistencia técnica a las Entidades Territoriales para la gestión y formulación de proyectos de inversión necesarios para el mejoramiento de infraestructura y dotación en las zonas rurales y dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades territoriales.
	Asistir técnicamente a las Entidades Territoriales a las Empresas Sociales del Estado y actores del Sistema para la formulación de proyectos de inversión localizados en las zonas rurales y dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades territoriales. Empresas Sociales del Estado. Organizaciones sociales y comunitarias.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	Desarrollar procesos de participación incidente que consideren las condiciones de contexto socio poblacional y ambiental, dirigidos a incluir oferta de servicios resolutiva y coherente con las necesidades de la población, y/o condiciones físicas adaptadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entidades territoriales. ▪ Empresas Sociales del Estado. ▪ Organizaciones sociales y comunitarias.
	Financiar y/o asignar recursos a proyectos dirigidos a el mejoramiento, la ampliación, el reforzamiento estructural, la construcción de obra nueva, la dotación, tecnología y modernización de sedes hospitalarias para la ruralidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Entidades territoriales. ▪ Empresas Sociales del Estado. ▪ Actores públicos y privados asociados a financiación.
	Estructurar, implementar y realizar seguimiento a proyectos dirigidos a el mejoramiento, la ampliación, el reforzamiento estructural, la construcción de obra nueva, la dotación, tecnología y modernización de sedes hospitalarias para la ruralidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Entidades territoriales. ▪ Empresas Sociales del Estado.
	Gestionar recursos de cooperación internacional para el fortalecimiento de la infraestructura, dotación hospitalaria, tecnologías de la información y comunicación, y fortalecimiento de equipos de salud territorial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Organismos de cooperación internacional ▪ Otros actores públicos asociados a cooperación internacional

Fuente: MSPS, 2024.

Componente 3. Personal de Salud para la ruralidad

En términos del personal de salud para la ruralidad, es importante resaltar que la disponibilidad y La distribución del Talento Humano en Salud, debe responder equitativamente, en función de las necesidades de las poblaciones en los territorios y del sistema de salud del país, en especial para las áreas rurales, dispersas, de difícil acceso y desatendidas. En este sentido, se formulan acciones estratégicas que permitan: i) el aumento gradual y progresivo de plazas de servicio social obligatorio (SSO) y



escenarios de práctica formativa, ii) el fortalecimiento de las condiciones de empleo y trabajo digno y decente, iii) la generación de incentivos para la permanencia, iv) formación Personal comunitario para la promoción de la salud o el perfil que haga sus veces de acuerdo con los requisitos establecidos por la normativa vigente, y v) la integración con los procesos de construcción de escenarios de paz, reconciliación y reincorporación socioeconómica.

En lo que respecta al SSO en zonas rurales y zonas rurales dispersas las ESE deberán incorporar dentro de su estructura funcional y misional, los procesos de docencia-servicio para ser escenario de práctica formativa y disponer de plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) en la ruralidad en concordancia con lo dispuesto en la Ley 2272 de 2022 y demás normatividad vigente y como incentivo para la permanencia tendrán una disminución en el plazo hasta en un término de seis (6) meses sin perjuicio de aquellos que lo realicen en un año en el marco de la planeación y gestión del talento humano en salud.

En cuanto al personal comunitario para la promoción de la salud en la ruralidad, las comunidades campesinas y demás poblaciones que habitan en la ruralidad realizarán ante las entidades territoriales del orden municipal y las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, la nominación de líderes y líderes para la formación en el marco del plan integral de formación liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital, municipal y las instituciones a cargo de la formación de este perfil, acorde con el proceso de planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector. Las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, o las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas que conformen Equipos Básicos de Salud, integrarán a estos equipos, este personal.

Para lo anterior, se desarrollarán las siguientes actividades:

Productos y actividades orientadoras. Componente personal de salud para la ruralidad.

Tabla 6. Personal de salud.

Productos y actividades orientadoras Componente 3. Personal de Salud para la ruralidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Mecanismos para la disponibilidad y distribución equitativa del personal de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas.	Llevar a cabo el proceso de planificación del personal de salud para las zonas rurales y zonas rurales dispersas con enfoque diferencial y de construcción de paz en los territorios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud. Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Definir e implementar estrategias de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribución equitativa del personal de salud. ▪ Promoción de condiciones de empleo. ▪ Permanencia y trabajo digno y decente ▪ Protección y seguridad de la misión médica, con enfoque diferencial y de construcción de paz en los territorios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Establecer mecanismos de aumento gradual y progresivo para la disposición de plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) y escenarios de práctica formativa en las sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud de las zonas rurales y zonas rurales dispersas con enfoque diferencial y de construcción de paz en los territorios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Empresas Sociales del Estado. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas.
	Concertar y establecer mecanismos de integración o articulación de agentes sociales y comunitarios en salud a la implementación de la estrategia de APS en zonas rurales y zonas rurales dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Implementar estrategia pedagógica que permita la comprensión del territorio rural y rural disperso en contexto de conflicto armado, el dialogo intercultural, las	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y

Productos y actividades orientadoras		
Componente 3. Personal de Salud para la ruralidad		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	buenas prácticas en salud y promuevan la convivencia, paz, protección y seguridad de la misión médico en el marco del Derecho Internacional Humanitario - DIH.	Municipal o quien haga sus veces. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.

Fuente. MSPS, 2024.

Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.

El reconocimiento del campesinado como sujeto de derechos y de especial protección, así como del derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular las fundadas en su situación económica, social, cultural y política mediante el Acto Legislativo 01 de 2003, se sustenta en el Plan Nacional de Salud Rural - PNSR en dialogo e interacción de un modelo incluyente y pertinente que garantice la participación y cogestión entre el personal de salud y los agentes sociales y comunitarios de las organizaciones sociales, pueblos y comunidades en sus contextos de realidad en zonas rurales y rurales dispersas.

En las instancias de articulación interinstitucional para el desarrollo del PNSR, los diferentes niveles de gobierno deberán garantizar la participación de las organizaciones sociales y comunitaria para la salud rural activas en el territorio, incluyendo las diferentes formas de organización campesina, los pueblos, las comunidades étnicas presentes en el territorio, y demás representatividades de liderazgos comunitarios rurales, a fin de permitir la construcción conjunta de acciones de formulación, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR, incluidas sus iniciativas autónomas basadas en sus sistemas de organización, conocimiento, saberes y prácticas socioculturales en salud.

En consecuencia, tiene como propósito definir y fortalecer mecanismos de participación social y comunitaria incorporados a los planes territoriales de salud PTS, a fin de garantizar la participación activa, vinculante, inclusiva y efectiva de la población rural asegurando el enfoque diferencial de derechos en la comprensión que las intervenciones sociales se abordan en las características del sujeto social y el contexto geográfico y sociocultural donde desarrolla su cotidianidad y están orientadas a reducir inequidades y mejorar la calidad de salud y la vida en las zonas rurales y rurales dispersas; para lo cual, se desarrollarán las siguientes actividades:

Productos y actividades orientadoras. Componente Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.

Tabla 7. Participación inclusiva de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.

Productos y actividades orientadoras		
Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Mecanismos de participación social y comunitaria incidente y decisoria en la caracterización, formulación, implementación, y evaluación del PNSR.	Realizar seguimiento a la implementación "Plan de acción de la Política de Participación Social en Salud" que presenta cada uno de los Entes Territoriales con enfoque rural que incluye el análisis y viabilidad de las propuestas sociales y comunitarias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. ▪ Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. ▪ Prestadores de servicios desalud. ▪ Agentes del sector salud. ▪ Comunidades y organizaciones sociales en territorio.
	Fortalecer y desarrollar capacidades de los agentes sociales y comunitarios para promover su participación efectiva en el proceso de vigilancia en salud pública de base comunitaria y mejoramiento de las acciones en salud en zonas rurales y rurales dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Entidades departamental, distrital y municipal. ▪ Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces ▪ Prestadores de servicios desalud ▪ Agentes del sector salud en el territorio.

Fuente. MSPS, 2024.

Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural

Amparados en el marco constitucional de reconocimiento de los Derechos Humanos, la diversidad, la pluralidad étnica y multicultural de la población colombiana, los enfoques diferencial, étnico e intercultural, de género, territorial, poblacional, reparador, cuso de vida, determinantes sociales de la salud y salud familiar y comunitaria sustentan la garantía del derecho fundamental a la salud para todas las personas, independientemente de las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales, históricas, étnicas, religiosas o de género.

Así mismo, tutela derechos diferenciales de personas, grupos y poblaciones diversas o con necesidades de especial protección en virtud de la edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o diversidad funcional, identidad cultural, violencias, conflicto armado y paz y, el campesinado, en su forma particular de relación con la

tierra, sus formas de territorialidad, condiciones geográficas, demográficas, organizativas y culturales, para lo cual se desarrollarán las siguientes acciones estratégicas:

Productos y actividades orientadoras. Componente Adopción de enfoques para la salud rural.

Tabla 8. Adopción de enfoques para la salud rural

Productos y actividades orientadoras Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Estrategias y mecanismos para la adopción de enfoques que garanticen el derecho fundamental a la salud en desarrollo de una pedagogía social y comunitaria para el cuidado de la salud en la ruralidad.	Realizar socialización y Seguimiento a la implementación de los <i>"Lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual"</i> .	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. Prestadores deservicios de salud. Agentes del sector salud en el territorio. Organizaciones sociales y comunitarias de las zonas rurales.
	Reconocer, acompañar y crear condiciones para la participación y acción de las mujeres en los procesos sociales, organizativos y en salud rural.	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. Prestadores de servicios de salud. Agentes del sector salud en el territorio. Organizaciones de mujer rural.
	Articular las acciones planteadas en el <i>"Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI"</i> con el desarrollo del PNSR en las zonas rurales donde aplique, así como el seguimiento a su implementación.	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. Prestadores de servicios de salud. Agentes del sector salud en el territorio Autoridades étnicas.
	Articular las acciones planteadas en el <i>"Modelo de salud propio e intercultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales"</i>	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y

Productos y actividades orientadoras		
Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
	y <i>Palenqueras</i> ” con el desarrollo del PNSR en las zonas rurales donde aplique, así como el seguimiento a su implementación, a partir de su expedición.	municipal. Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. Prestadores de servicios de salud Agentes del sector salud en el territorio. Autoridades étnicas.
	Articular las acciones planteadas en la <i>“Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC”</i> con enfoque diferencial en el marco del desarrollo del PNSR en las zonas rurales donde aplique, así como el seguimiento a su implementación.	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. Prestadores de servicios de salud. Agentes del sector salud en el territorio. Organizaciones de víctimas y sociales para la construcción de paz.
	Articular de las acciones en la <i>“Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031 - PPNEV”</i> con el desarrollo del PNSR en las zonas rurales donde aplique, así como el seguimiento a su implementación y evaluación social y comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal. ▪ Entidades Promotoras de Salud o quienhaga sus veces. ▪ Prestadores de servicios de salud ▪ Agentes del sector salud en el territorio. ▪ Organizaciones sociales y comunitarias.

Fuente: MSPS, 2024.

Componente 6. Salud de los trabajadores rurales

La salud de los y las trabajadoras rurales se refiere a la búsqueda del bienestar laboral y la protección de la vida y la salud frente a los peligros en el trabajo, vinculada a acciones de promoción, prevención, predicción, atención y vigilancia con un enfoque de la ocupación como determinante de la salud.

Garantizar la promoción de la salud de los trabajadores del sector rural y la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, así como su identificación

temprana y abordaje de manera integral, articulado a la vigilancia en salud pública de los principales eventos relacionados con las actividades productivas en las áreas rurales.

Productos y actividades orientadoras. Componente salud de los trabajadores rurales.

Tabla 9. Salud de los trabajadores rurales.

Productos y actividades orientadoras Componente 6. Salud de los trabajadores rurales.		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Desarrollar acciones en promoción, prevención y abordaje integral y oportuno para garantizar la salud de las y los trabajadores rurales, teniendo en cuenta su actividad productiva y los impactos que puede generar para la salud y el bienestar	Realizar asistencia técnica a Entidades Territoriales de Salud para el desarrollo de acciones de promoción en salud y prevención de los riesgos derivados de la ocupación de los trabajadores del sector rural no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Desarrollar capacidades institucionales en las Entidades Territoriales de Salud para la formulación de acciones de apropiación de nuevas tecnologías de sustitución gradual de los Combustibles de uso Ineficiente y Altamente Contaminantes -CIAC- utilizados para la cocción doméstica de alimentos en los hogares colombianos, enmarcadas en el "Plan Nacional de Sustitución de Leña".	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Participar en el desarrollo estratégico del "Plan de Acción Nacional sobre Mercurio en la Minería Artesanal y de Pequeña Escala de Oro en Colombia", conforme al Artículo 7, anexo C del Convenio de Minamata (PANMAPE), a través de la articulación intersectorial nacional y territorial en el marco del PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores. ▪ Agentes sociales y comunitarios.
	Articular las acciones establecidas en los "Planes Territorial de Adaptación al Cambio Climático desde Salud - PTACCSA- "con el PNSR, a través de asistencia técnica, seguimiento, monitoreo y evaluación, según disposiciones del MSPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. ▪ Otros sectores.

Productos y actividades orientadoras Componente 6. Salud de los trabajadores rurales.		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
		<ul style="list-style-type: none"> Agentes sociales y comunitarios.
	Fortalecer la vigilancia en salud pública incluyendo la vigilancia de los eventos en salud de origen ocupacional con base en los factores de riesgo del ambiente y la ocupación, articulando las organizaciones sociales y comunitarias.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social. Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces. Otros sectores. Agentes sociales y comunitarios.
	Caracterizar las condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora del sector rural para establecer un diagnóstico de dicho sector y acciones de intervención de acuerdo con los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Implementar acciones para la prevención de efectos en la salud de los trabajadores rurales ocasionados por plaguicidas.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Implementar acciones para la prevención de accidentes de trabajo incluyendo entre otras actividades la molienda de caña con los trapiches paneleros.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.

Fuente: MSPS, 2024.

Línea Estratégica 3. Garantía de la calidad en salud para la personas, familias y comunidades rurales.

Teniendo en cuenta las disposiciones vigentes en el marco de la calidad en salud, los servicios que se brinden a las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas deben cumplir con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y demás que aporten en la mejora de los resultados y la garantía del derecho fundamental a la salud a dicha población.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal o las entidades que hagan sus veces, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus

veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas deberán en el marco de las redes integrales e integradas de servicios de salud, organizar la oferta de servicios de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas de tal manera que se garantice la oportunidad y acceso de los servicios brindados evitando retrasos que pongan en riesgo la vida o salud de las personas, familias y comunidades que habitan en la ruralidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, los Proveedores de tecnologías en salud y demás actores responsables de la garantía de la calidad en salud implementarán los mecanismos necesarios para el monitoreo de la calidad de los servicios prestados a las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del sistema de Información para la Calidad.

Para el efecto, en el marco del Plan Nacional de Salud Rural, se define el siguiente producto y actividades orientadoras:

Productos y actividades orientadoras. Línea estratégica Garantía de la Calidad en Salud para la personas, familias y comunidades rurales.

Tabla 10. Garantía de la calidad en salud para la personas, familias y comunidades rurales

Productos y actividades orientadoras		
Línea Estratégica 3. Garantía de la calidad en salud para la personas, familias y comunidades rurales		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Monitoreo de la calidad en salud de los servicios prestados a las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del Sistema de seguimiento y evaluación.	Fortalecer el monitoreo de la calidad en salud de los servicios prestados a las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del Sistema de Información para la Calidad -SIC.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Superintendencia Nacional de Salud. ▪ Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces. ▪ Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados.

Productos y actividades orientadoras		
Línea Estratégica 3. Garantía de la calidad en salud para la personas, familias y comunidades rurales		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveedores de tecnologías en salud. ▪ Demás actores responsables de la garantía de la calidad en salud
	Brindar asistencia técnica a las Entidades Territoriales a fin de establecer estrategias y planes de mejora para la garantía de la calidad en salud de la población de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del <i>"Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud - PNMCS"</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Implementar estrategias y planes de mejora para la garantía de la calidad en salud de la población de las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del <i>"Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud - PNMCS"</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Salud y Protección Social. ▪ Superintendencia Nacional de Salud. ▪ Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces. ▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas. ▪ Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces. ▪ Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados. ▪ Proveedores de tecnologías en salud. ▪ Demás actores responsables de la garantía de la calidad en salud

Fuente: MSPS, 2024.

VI. Plan de Implementación

Cobertura territorial

Según lo establecido en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, el PNSR debe cobijar la totalidad de las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país.

Su adopción e implementación se desarrollará de manera progresiva, iniciando por los municipios que cuenten con: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET, Planes Nacionales Integrales de Sustitución de Cultivos Ilícitos - PNIS⁹, o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, y demás municipios priorizados en la estrategia de regiones de paz, hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país.

El Plan establecerá los lineamientos u orientaciones para que las entidades encargadas de la prestación de los servicios de salud garanticen la atención en salud en las zona rural y rural dispersa.

Los actores responsables de la adopción e implementación del PNSR establecerán mecanismos para garantizar el acceso oportuno y efectivo de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas a servicios de salud adecuados, oportunos y de calidad, integrando como acción afirmativa positiva en sus planes, programas y estrategias los enfoques interculturales, diferencial y de género.

Las Entidades responsables de la implementación del PNSR contenidas en el Ámbito de Aplicación del Decreto que le reglamenta, velarán por el cumplimiento de las salvaguardas sustanciales establecidas en el Capítulo Étnico del Acuerdo Final de Paz, garantizando que no se afecten negativamente los derechos de los pueblos étnicos, sino que se fortalezcan sus formas propias de cuidado y su capacidad para ejercer control sobre sus territorios y recursos, en consonancia con sus prácticas culturales y espirituales.

⁹ Los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET y los Planes Nacionales Integrales de Sustitución de Cultivos Ilícitos - PNIS incluyen como instrumentos de planificación y gestión las iniciativas de los 170 Pactos Municipales para la Transformación Regional - PMTR y los 16 Planes de Acción para la Transformación Regional - asociadas al Pilar 1.3 Salud del Plan Marco de Implementación – PMI, conforme con las competencias del sector salud.

Fases para la implementación

Desde la firma del Acuerdo Final de Paz, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido realizando acciones en el marco del plan de implementación del mencionado acuerdo los cuales han sido publicados en el SIIPO para el seguimiento, a su vez, para la implementación Progresiva del Plan Nacional de Salud Rural se desarrollarán las siguientes fases:

Tabla 11. Fases para Implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Fases para Implementación del Plan Nacional de Salud Rural			
Fases	Acciones	Periodo	Responsable
I Socialización	Socialización PNSR a nivel Territorial.	2024	▪ MSPS
	Adopción y adaptación del PNSR a nivel territorial a través de los Planes de Acción en Salud – PAS- de los Planes Territoriales de Salud -PTS-.	2024-2025	▪ MSPS
	Socializar PNSR a los diferentes mecanismos de participación social y comunitaria.	2024-2025	▪ Entidades Territoriales
II Implementación	Inclusión en la planeación territorial anual 2025 en el marco del Plan de Acción en Salud -PAS-.	2024-2025	▪ Entidades Territoriales ▪ Agentes del SGSSS
	Formular y ejecutar anualmente el Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural.	Anual	▪ MSPS
III Seguimiento	Seguimiento trimestral del Plan de Acción del PNSR.	2025-2031	▪ MSPS
	Seguimiento semestral en la Comisión Intersectorial de Salud Pública.	2025-2031	▪ MSPS ▪ Entidades Territoriales. ▪ Otras entidades de orden Nacional.
	Seguimiento por la Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final - CSIVI ¹⁰ , instancias de alto nivel encargadas del seguimiento y mecanismos de verificación internacional.	2025-2031	▪ Mecanismos de verificación.

Fuente: MSPS, 2024.

¹⁰ Decreto 1995 de 2016.

VII. Seguimiento y evaluación

El seguimiento a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural se realizará a través de los indicadores del Plan Marco de Implementación -PMI y de su Plan de Acción Anual, el cual debe estar en línea de los productos y actividades definidos en el Plan Estratégico y Operativo desarrollado en el capítulo anterior. Los indicadores a los cuales se realizará seguimiento se describen en la tabla 12.

Lo anterior no restringe que en el marco de la implementación, seguimiento y monitoreo del PNSR se definan indicadores adicionales e instrumentos que permitan el efectivo seguimiento a los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud.

Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales integrarán el seguimiento y evaluación a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural al monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud y realizarán el reporte trimestral de seguimiento a los productos y actividades definidos en el Plan Estratégico y Operativo desarrollado en el capítulo anterior.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el reporte y seguimiento trimestral en el aplicativo definido para tal fin.

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS o las entidades que hagan sus veces, realizarán el reporte respectivo ante la Superintendencia Nacional de Salud-SNS.

La Superintendencia Nacional de Salud creará mecanismos de seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud-EPS o quien haga sus veces sobre los indicadores del Plan Marco de Implementación -PMI y de los indicadores del anexo técnico, que permitan identificar la calidad y oportunidad de la atención en salud en zonas rurales y rurales dispersas y los recursos destinados para este fin.

Tabla 12. Indicadores Plan Marco de Implementación -PMI.

Indicadores Plan Marco de Implementación -PMI			
Indicador	Línea base 2016	Meta 2026	Meta 2031
Porcentaje de Centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo Plan.	19	23%	23%
Porcentaje de Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET.	19	23%	NA
Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria	100%	100%	100%

Indicadores Plan Marco de Implementación -PMI			
Indicador	Línea base 2016	Meta 2026	Meta 2031
en municipios priorizados PNSR, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS.			
Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios priorizados PDET, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS.	100%	100%	100%
Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en territorios definidos en el respectivo plan.	ND	25%	50%
Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en municipios PDET.	ND	50%	NA
Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local.	ND	100%	100%
Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local en municipios PDET.	ND	100%	NA
Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas.	ND	100%	100%
Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales.	ND	100%	100%
Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas.	ND	100%	NA
Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales.	ND	100%	NA
Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales dispersas.	ND	100%	100%
Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales.	ND	100%	100%
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementado.	ND	1	1

Fuente: Plan Marco de Implementación – PMI.

Nota 1: De acuerdo con el documento CONPES 3932, los indicadores del PMI deberán ser integrados y armonizados, y será objeto de seguimiento desde el 107 hasta 2031.

Nota 2: Una vez sea adoptado el PNSR el valor y fichas técnicas de los indicadores serán revisados y actualizados según las disposiciones del actual documento.

Nota 3: Actualmente se adelanta el proceso de actualización del PMI, lo que puede concluir en la inclusión de nuevos indicadores, los cuales serán integrados al presente Plan, o ajustar indicadores existentes.

Adicionalmente, de acuerdo a lo indicado en el Plan Estratégico y Operativo, se realizará la revisión de los avances frente a la implementación del Plan a través de las sesiones de trabajo tanto del Comité Institucional de Salud Rural y de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, que a su vez impulsará los temas estratégicos que deban ser tratados de manera conjunta con otros sectores a nivel nacional y territorial.

Productos y actividades orientadoras. Seguimiento y evaluación del PNSR.

Tabla 13. Seguimiento y evaluación del Plan Nacional Salud Rural

Productos y actividades orientadoras Capítulo seguimiento y evaluación del PNSR.		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Documento de seguimiento al Plan Nacional de Salud Rural a través de la plataforma SIIPO	Actualización de fichas técnicas del PMI acorde con lo dispuesto en el presente plan desde su emisión.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
	Gestionar con el Departamento Nacional de Planeación la transición en SIIPO de la primera versión del PNSR al documento adoptado del presente decreto	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
	Realizar el seguimiento a los indicadores del Plan Marco de Implementación.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
	Realizar el seguimiento al Plan de Acción Anual del Plan Nacional de Salud Rural.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social
	Desarrollar la evaluación del Plan Nacional de Salud Rural	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales.
Informes de monitoreo a la implementación del PNSR elaborados por el comité institucional de salud rural.	Desarrollar acciones de monitoreo del PNSR de manera periódica	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
Informe de seguimiento a la implementación del PNSR por parte de los diferentes Actores del Sistema de Salud.	Desarrollar e implementar instrumentos de seguimiento y evaluación a través de los procesos de derivados de seguimiento de los planes territoriales de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Departamental, Distrital y Municipal o quien haga sus veces.
	Definir y monitorear indicadores que den cuenta de la implementación del PNSR por los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Superintendencia Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Promotoras de Salud o quien hace sus veces. Empresas Sociales del

Productos y actividades orientadoras Capítulo seguimiento y evaluación del PNSR.		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
		Estado. <ul style="list-style-type: none">▪ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas.

Fuente: MSPS, 2024



VIII. Inspección, Vigilancia y Control

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores de los que trata el presente anexo técnico respecto del cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal podrán generar y comunicar a la Superintendencia Nacional de Salud los incumplimientos identificados en su jurisdicción.

IX. Presupuesto indicativo y fuentes de financiación

1. Productos y actividades orientadoras

La financiación del PNSR supone la definición de productos y actividades orientadoras que permitan identificar las fuentes orientadas a la financiación del plan y su estimación a 2031, la incorporación de las partidas en el presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social y en los respectivos planes financieros y finalmente identificar el trazador presupuestal en la Programación del Presupuesto Territorial que dé cuenta de la ejecución de las acciones y actividades el PNSR, como se detalla a continuación:

Tabla 14. Actividades y acciones del PNSR

Productos y actividades orientadoras Capítulo Presupuesto y Financiamiento		
Productos	Actividades orientadoras	Responsables
Presupuesto indicativo (Prospectivo).	Estimar de las fuentes del orden nacional y territorial orientados a la financiación del PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades Territoriales.
	Incorporar en los presupuestos de funcionamiento e inversión de las entidades del orden nacional, los recursos orientados a la financiación de las acciones y actividades establecidas en el PNSR, en cada vigencia fiscal.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social.
	Incorporar en el Plan Financiero y en los Presupuestos Anuales de las Entidades Territoriales las fuentes destinadas al financiamiento y ejecución del PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades Territoriales.
Seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos destinados al financiamiento del PNSR.	Identificar el trazador presupuestal en la Programación del Presupuesto Territorial que dé cuenta de la ejecución de las acciones y actividades el PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades Territoriales.
	Establecer indicadores de seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados al PNSR.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades Territoriales

Fuente. MSPS, 2024.

2. Presupuesto

El PNSR prevé para su implementación distintas fuentes de financiación canalizadas a través de diferentes entidades tanto del orden nacional como territorial, responsables de la implementación del Acuerdo Final de Paz en el marco de sus competencias. Para ello, este ministerio realizó una proyección de las fuentes de financiación de carácter corriente (PGN y SGP) y una estimación de los costos, a partir de la identificación de las acciones que requieren recursos para su implementación y ejecución, las cuales se describen en el presente documento.

El presupuesto indicativo para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural en los municipios priorizados (PDET, ZOMAC, PNIS y municipios con alta dispersión geográfica¹¹), asciende a \$52,07 billones (COP) entre las vigencias 2024 a 2031, de los cuales \$29,64 billones se orientan únicamente a municipios PDET, como se muestra en la tabla 15. Se precisa que la estimación inicial de recursos para la financiación del plan, proyectados en el Plan Marco de Implementación ascienden a \$24,5 billones (COP) a precios 2024¹².

Los recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) que se consideran dentro de las fuentes para financiar las acciones costeadas, se validarán durante el horizonte del plan, en cumplimiento de los techos presupuestales definidos en el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) y el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP).

Tabla 15. Presupuesto indicativo PNSR

FUENTES	Cifras en millones \$ 2024								
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Total
SGP Salud - PNSR	\$ 2.023.871	\$ 2.181.682	\$ 2.267.415	\$ 2.356.532	\$ 2.449.166	\$ 2.545.456	\$ 2.645.548	\$ 2.749.592	\$ 19.219.261
SGP Salud - PDET	\$ 1.162.207	\$ 1.252.821	\$ 1.302.610	\$ 1.354.402	\$ 1.408.280	\$ 1.464.330	\$ 1.522.640	\$ 1.583.304	\$ 11.050.594
PGN (Incluida partida para aseguramiento) - PNSR	\$ 3.645.584	\$ 3.553.646	\$ 3.690.582	\$ 3.775.838	\$ 3.890.365	\$ 3.892.816	\$ 3.943.381	\$ 4.071.756	\$ 30.463.967
PGN (Incluida partida para aseguramiento) - PDET	\$ 2.096.715	\$ 1.986.746	\$ 2.077.937	\$ 2.165.559	\$ 2.239.993	\$ 2.153.773	\$ 2.284.226	\$ 2.320.796	\$ 17.325.745
Rentas territoriales - PNSR	\$ 270.709	\$ 285.761	\$ 291.476	\$ 297.306	\$ 303.252	\$ 309.317	\$ 315.503	\$ 321.813	\$ 2.395.137
Rentas territoriales - PDET	\$ 143.853	\$ 151.851	\$ 154.888	\$ 157.986	\$ 161.146	\$ 164.369	\$ 167.656	\$ 171.009	\$ 1.272.759
Total PNSR	\$ 5.940.164	\$ 6.021.088	\$ 6.249.473	\$ 6.429.675	\$ 6.642.782	\$ 6.747.589	\$ 6.904.432	\$ 7.143.160	\$ 52.078.365
Total PDET	\$ 3.402.775	\$ 3.391.418	\$ 3.535.435	\$ 3.677.947	\$ 3.809.419	\$ 3.782.471	\$ 3.974.522	\$ 4.075.109	\$ 29.649.098

Fuente: Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social.

¹¹ El PNSR considera inicialmente 397 distribuidos así: 170 PDET; 344 ZOMAC; 56 PNIS y 47 municipios con alta dispersión geográfica. Nota: Se consideran ámbitos territoriales dispersos aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos, así como las agrupaciones de municipios del andén pacífico y la alta guajira, ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos. Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria.

¹² Fuente: Marco Fiscal de Mediano Plazo vigencia 2018, capítulo VI.



Nota 1: La proyección del SGP incluye los recursos de los subcomponentes de Régimen Subsidiado, Salud Pública y Subsidio a la Oferta.

Nota 2: La proyección del PGN incluye los recursos proyectados para el aseguramiento en salud y los recursos de funcionamiento e inversión orientados a la financiación de otras inversiones del PNSR.

Nota 3: Las rentas territoriales corresponden a recursos de rentas cedidas proyectadas para la financiación del aseguramiento en salud.

A continuación, se describen las fuentes que financiarán las acciones e intervenciones del PNSR:

Nación

Presupuesto General de la Nación

Según el PMI, se espera que el PGN sea la principal fuente para la implementación del Acuerdo Final.

En particular, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se buscará orientar los recursos de transferencias corrientes para funcionamiento e inversión, para financiar y/o cofinanciar necesidades de los municipios objeto del Acuerdo Final, a través de inversiones en mejoramiento de infraestructura hospitalaria ubicada en zonas rurales y dotación de transporte multimodal para zonas alejadas y de difícil acceso, principalmente. También se busca priorizar, a través de estos recursos, las actividades de asistencia técnica, monitoreo y evaluación contenidas en los proyectos de inversión que permitan cumplir los compromisos que se asumen en el PNSR, en coordinación con las entidades territoriales, bajo el principio de concurrencia.

En general, para el periodo que abarca el PNSR (hasta 2031 inicialmente), la apropiación y ejecución de estos recursos estará sujeta a la disponibilidad de recursos de la Nación, definidas en las respectivas leyes anuales de presupuesto, las cuales deberán ser consistentes con el Marco Fiscal de Mediano Plazo -MFMP- y el Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP-.

Entidades Territoriales

Las entidades territoriales priorizarán dentro de sus presupuestos anuales, los recursos requeridos para la ejecución de las acciones e intervenciones que propendan por hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales, y que estén destinadas a la atención integral en salud como las de promoción y prevención, las orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada -dotación e infraestructura- de las redes integradas de servicios de salud, el desarrollo del talento humano, la gestión integral del riesgo, entre otras.



Sistema General de Participaciones -SGP-

De acuerdo con la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, el 24,5% del total de la bolsa, descontando el porcentaje asignado a resguardos indígenas y a municipios rivereños del río Magdalena, se asigna para la financiación del sector salud. Este 24,5%, a partir de la vigencia 2020, se distribuye así: 87% para el régimen subsidiado, el 10% para salud pública y el 3% para subsidio a la oferta.

Al respecto, el Decreto 268 de 2020, corregido por el Decreto 292 de 2020, definió los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del SGP, asignados al sector salud, por lo cual corresponde a cada entidad territorial, de acuerdo con la asignación y los usos definidos en la norma, priorizar los recursos que eventualmente financiarían la implementación del Plan Nacional de Salud Rural en su territorio.

Los recursos del SGP – salud estimados dentro de las fuentes de financiación, incluyen el total de los aportes asignados a los municipios PDET más los municipios ZOMAC y PNIS. Estos recursos permiten cubrir los costos directos asociados a la ejecución de las acciones del Plan Decenal de Salud Pública, los costos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE monopolio en servicios trazadores y administradores de infraestructura pública aseguramiento en salud y los costos directos del aseguramiento en salud, precisando que los recursos del SGP del componente de régimen subsidiado, son girados directamente a la ADRES y hacen parte de las fuentes que componen la Unidad de Pago por Capitación.

Otras Fuentes de financiación

El PNSR se financia principalmente con fuentes de financiación de carácter corriente (PGN y SGP), adicionalmente concurren otras fuentes que buscan alianzas que incentiven y faciliten la participación de diversos actores, tales como organizaciones nacionales e internacionales, empresas, sectores industriales, de la ciudadanía y la sociedad civil en general y otros destinados por las entidades territoriales:

Sistema General de Regalías -SGR-

El SGR constituye una fuente importante para la implementación del Acuerdo Final, considerando las asignaciones específicas para la implementación del Acuerdo Final de Paz. Sobre el particular, el párrafo transitorio del Acto Legislativo 04 de 2017, dispuso entre otros, lo siguiente:



Destinar durante los siguientes 20 años a partir de la entrada en vigencia, el 7% de los ingresos del SGR como asignación para la paz, cuyo objeto es financiar proyectos de inversión para la implementación del Acuerdo Final de Paz, incluyendo la financiación de proyectos destinados a la reparación de víctimas. Destinar el 70% de los ingresos por concepto de rendimientos financieros del SGR, generados en el mismo período descrito en el numeral anterior, con excepción de los causados por las asignaciones directas.

Ahora bien, frente a los demás recursos distribuidos por el SGR, deben tenerse en cuenta los recursos asignados a las Entidades Territoriales por cada uno de los fondos: asignaciones directas, asignación de inversión local, inversión regional, asignación ambiental y el Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Recursos Propios de Entidades Territoriales

Para esta fuente se identifica que parte de los recursos propios de los departamentos y los municipios priorizados concurrirán a las inversiones en los sectores priorizados en el Acuerdo Final de Paz y que se definan como estratégicos en los planes de desarrollo territorial.

Es importante señalar que esta fuente es la que tiene un mayor potencial de crecimiento durante el horizonte de implementación del Acuerdo Final de Paz. Lo anterior, dado que los cálculos presentados no tienen en cuenta las posibles mejoras en términos de recaudo tributario por parte de las entidades territoriales, como parte de los beneficios derivados de la implementación del catastro con enfoque multipropósito, que a mediano plazo implica la actualización de las tarifas de los impuestos predial e industrial y comercio, y en general de los dividendos que se espera obtener con la implementación del Acuerdo Final de Paz que, por la vía de un mayor crecimiento económico, permitirán aumentar los recursos propios en las regiones.

Considerando que las fuentes antes mencionadas pueden resultar insuficientes para la implementación del PNSR, se han considerado otros recursos de capital, entre los que se destacan los siguientes:

Privados

La financiación del posconflicto proveniente del sector privado se calcula a partir de la estimación del incremento de la inversión privada asociado a la disminución del conflicto armado y gracias a los beneficios tributarios.



Ejemplo de ello es el mecanismo de Obras por Impuesto definido en Ley 1819 de 2016, que en su Artículo 238, establece que los contribuyentes de ciertas características podrán pagar hasta el 50% del impuesto de renta, mediante la destinación de dicho valor a la inversión directa en proyectos priorizados y viabilizados, en los municipios de posconflicto. Los proyectos viabilizados serán escogidos del banco de proyectos administrados por la Agencia para la Renovación del Territorio (ART) y el DNP.

Cooperación Internacional

La comunidad internacional, a través de organismos internacionales, y de gobiernos individuales ha manifestado su voluntad de proveer recursos para la financiación de la implementación del Acuerdo Final de Paz.

Todo lo anterior, en armonía con las responsabilidades y competencias de los distintos agentes del sector salud contemplados en el plan.

Recursos del crédito

A partir del cálculo de los costos asociados a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural y definidas las fuentes de financiación para tal fin, y ante la posibilidad de que las mismas resulten insuficientes, la Nación podrá acudir a empréstitos con la banca nacional y multilateral, que permitan apalancar la financiación de los proyectos de inversión requeridos para la puesta en funcionamiento de esta política.

No obstante, la celebración de estas operaciones de crédito público depende del cupo de endeudamiento que tenga la Nación en el momento de la solicitud, por lo cual no existe certeza sobre su desembolso.

3. Costeo PNSR

De manera global, se estima que la implementación del PNSR entre las vigencias 2024 a 2031, tendrá un costo de alrededor de \$51,9 billones (COP) para el cumplimiento de los compromisos definidos en el PMI y las demás disposiciones incluidas en el decreto "Por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural -PNSR-". La diferencia en relación con la proyección de las fuentes, obedece a que, de acuerdo con la tendencia de gasto entre las vigencias 2018 a 2021, se observa que un alto porcentaje de los 397 municipios analizados, no ejecutan la totalidad de la asignación anual del SGP para salud pública¹³.

¹³De conformidad con lo dispuesto en el párrafo del artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, los excedentes del SGP de Salud Pública se destinarán a la cofinanciación de los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, esto es en "Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los

Entre 2024 y 2031 el gasto de inversión nacional aproximado será de \$29,5 billones de 2024, para municipios PDET. En tal sentido, se consideran gastos adicionales en 227 municipios (ZOMAC y PNIS), por valor de \$22,3 billones (COP) de 2024, los cuales incluyen los gastos de aseguramiento en salud, reconocidos a través de la Unidad de pago por Capitación para la población objeto del PNSR. Se precisa que los recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) que se consideran dentro de las fuentes de financiación, se calcularon en cumplimiento de los techos presupuestales definidos en el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) y el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP).

En consecuencia, los recursos plasmados en el presente apartado son indicativos y están sujetos a los ajustes necesarios en virtud de la ejecución presupuestal anual.

Tabla 16. Costo Plan Nacional de Salud Rural

Concepto	Cifras en millones de \$ 2024								
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Total
Aseguramiento PNSR	\$ 5.246.993	\$ 5.645.243	\$ 5.832.026	\$ 6.025.166	\$ 6.224.886	\$ 6.431.416	\$ 6.644.993	\$ 6.865.865	\$ 48.916.589
Aseguramiento PDET	\$ 2.993.050	\$ 3.220.460	\$ 3.327.237	\$ 3.437.655	\$ 3.551.839	\$ 3.669.923	\$ 3.792.043	\$ 3.918.340	\$ 27.910.548
Acciones de Salud Pública ejecutadas en el marco del PDSP - PNSR	\$ 107.861	\$ 115.552	\$ 119.250	\$ 123.066	\$ 127.004	\$ 131.068	\$ 135.262	\$ 139.590	\$ 998.652
Acciones de Salud Pública ejecutadas en el marco del PDSP - PDET	\$ 63.456	\$ 67.981	\$ 70.156	\$ 72.401	\$ 74.718	\$ 77.109	\$ 79.576	\$ 82.123	\$ 587.520
Gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE monopolio en servicios trazadores y administradores de infraestructura pública - PNSR	\$ 21.607	\$ 23.362	\$ 24.063	\$ 24.784	\$ 25.528	\$ 26.294	\$ 27.083	\$ 27.895	\$ 200.616
Gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE monopolio en servicios trazadores y administradores de infraestructura pública - PDET	\$ 9.443	\$ 10.210	\$ 11.039	\$ 11.936	\$ 12.905	\$ 13.953	\$ 15.086	\$ 16.310	\$ 100.881
Adquisición de transporte asistencial básico - TAB y otros - PNSR	\$ 133.533	\$ 8.367	\$ 7.844	\$ 7.844	\$ 7.844	\$ 7.844	\$ 7.844	\$ 7.321	\$ 188.442
Adquisición de transporte asistencial básico - TAB y otros - PDET	\$ 42.857	\$ 7.321	\$ 7.321	\$ 7.321	\$ 7.321	\$ 7.321	\$ 7.321	\$ 6.798	\$ 93.583
Mejoramiento, ampliación, reforzamiento estructural, construcción de obra nueva, dotación y modernización de sedes hospitalarias para la ruralidad - PNSR	\$ 417.296	\$ 214.085	\$ 251.608	\$ 233.931	\$ 242.436	\$ 135.684	\$ 73.771	\$ 86.815	\$ 1.655.626
Mejoramiento, ampliación, reforzamiento estructural, construcción de obra nueva, dotación y modernización de sedes hospitalarias para la ruralidad - PDET	\$ 288.303	\$ 78.982	\$ 113.160	\$ 142.058	\$ 156.007	\$ 7.487	\$ 73.771	\$ 44.770	\$ 904.538
Total PNSR	\$ 5.927.291	\$ 6.006.609	\$ 6.234.790	\$ 6.414.791	\$ 6.627.698	\$ 6.732.306	\$ 6.888.953	\$ 7.127.487	\$ 51.959.925
Total PDET	\$ 3.397.110	\$ 3.384.954	\$ 3.528.914	\$ 3.671.371	\$ 3.802.790	\$ 3.775.793	\$ 3.967.797	\$ 4.068.342	\$ 29.597.070

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: El costeo relacionado en la vigencia 2024 para infraestructura y transporte asistencial, corresponde a la apropiación con corte a noviembre de 2024, la cuál será reportada a través de los sistemas de información correspondientes.

insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial".



X. Responsabilidades

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales vigentes para cada agente del SGSSS, y en particular con las contenidas en el PDSP 2022-2031, corresponde al MSPS y a los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, así como a los entes territoriales, asumir las siguientes responsabilidades frente al presente plan:

De la Nación

- Promover, en el marco de sus competencias, las acciones de gestión diferencial, poblacional y territorial definidas en el presente documento.
- Desarrollar el proceso de asistencia técnica territorial a zonas rurales del territorio nacional en los temas y acciones que implique la puesta en operación del PNSR.
- Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales en salud.
- Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas dirigidas a las zonas rurales del país.
- Aunar esfuerzos intersectoriales para el mejoramiento de los resultados en salud en las zonas rurales del país.
- Realizar seguimiento, evaluación y actualización de los objetivos y las acciones del PNSR.

De los departamentos

- Realizar, actualizar y divulgar los Análisis Territoriales de la Situación de Salud ASIS.
- Ajustar, articular y armonizar los Planes Territoriales de Salud con el PNSR.
- Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales del país.
- Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
- Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
- Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
- Asegurar la concurrencia a los municipios de categorías 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos.
- Ajustar, articular y armonizar las iniciativas de prestación de servicios en salud con el PTRRM de redes de las ESE-, el Plan Bienal de Inversión en Salud (PBIS), y el Plan



Financiero Territorial.

- Formular y validar la propuesta de fortalecimiento de la infraestructura y dotación en salud en zonas rurales y realizar su inscripción en el PBIS.
- Actualizar el plan financiero de la entidad territorial conforme a los ajustes que se realicen en el PTRRM.
- Revisar, ajustar y habilitar Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS-del departamento.
- Fortalecer los equipos de promoción social para desarrollar las acciones de gestión diferencial territorial y poblacional.
- Desarrollar capacidades de gobernanza en salud de los diferentes agentes del sistema.
- Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.

De los municipios

- Realizar, actualizar y divulgar los Análisis territoriales de la Situación de Salud(ASIS).
- Ajustar, articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PNSR.
- Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales.
- Definir de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios las necesidades de prestación de servicios y de capacidad instalada.
- Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
- Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.
- Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
- Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
- Revisar el PTRRM y solicitar y sustentar ante el respectivo Departamento eventuales ajustes al mismo.
- Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo de las líneas estratégicas del actual PNSR.
- Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.



De las Entidades Promotoras en Salud –EPS o quien haga sus veces, Entidades responsables del aseguramiento en los regímenes de excepción

- Realizar la caracterización de la población afiliada.
- Definir los grupos de riesgo.
- Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.
- Coordinar con el municipio y el departamento la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio
- Diseñar y habilitar su Red Prestadora de Servicios de Salud
- Elaborar estrategias de disminución progresiva de barreras de acceso a los servicios de salud en las zonas rurales.
- Desarrollar capacidades del personal de salud para responder a la situación de salud de su población.
- Reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud-SNS los avances en la implementación del PNSR.

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.
- Participar en el proceso de implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- Asegurar la disponibilidad de sedes rurales que se requieran de acuerdo con las necesidades y configuración sociocultural y geográfica.
- Articular con las Entidades Promotoras de Servicios EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de atención primaria en salud.
- Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio.
- Fortalecer la participación de los actores comunitarios en el proceso de vigilancia en salud pública de base comunitaria.

La Superintendencia Nacional de Salud – SNS

- Vigilar y controlar el cumplimiento del PNSR y el seguimiento de los indicadores para el Mejoramiento Continuo para Garantizar la Calidad en Salud.
- Realizar seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud-EPS o quien haga sus veces sobre los indicadores del PMI del Acuerdo Final de Paz y de los indicadores del anexo técnico del PNSR.
- Vigilar a las Entidades Territoriales de Salud en la armonización e incorporación del PNSR en los Planes Territoriales de Salud.



- Realizar seguimiento a los avances del PNSR en el Plan de Acción en Salud de la Entidad Territorial.

Los Proveedores de tecnologías en salud

- Articular con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud rurales en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para la distribución y entrega de medicamentos ambulatorios con oportunidad, accesibilidad, disponibilidad.

De las comunidades y organizaciones campesinas

- Participar en el proceso de adopción, adaptación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- Participar de los espacios orientados al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
- Las comunidades campesinas y demás poblaciones que habitan en la ruralidad realizarán ante las entidades territoriales del orden municipal y las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, la nominación de líderes y lideresas u otros miembros de la comunidad para la formación Personal comunitario para la promoción de la salud en la ruralidad, de acuerdo a los requisitos establecidos por la normatividad vigente.

De agentes intersectoriales y transectoriales

- Articular procesos de participación en la definición, formulación, implementación y evaluación de PNSR.
- Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones entre los diferentes sectores para promover la salud en todas las políticas transectoriales y comunitarias.
- Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales en salud.
- Monitorear y evaluar las acciones intersectoriales y transectoriales que afecten los determinantes sociales en salud.

Referencias bibliográficas

Agencia para la Reincorporación y Normalización. (2018). *Documento CONPES 3931. Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de Exintegrantes de las FARC-EP*. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C. – Colombia.

Agencia para la Reincorporación y Normalización. (2023). *Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación -ETCR-*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Agencia de Renovación del Territorio -ART-. (2019). *Base de Datos Iniciativas PDET*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Agencia de Renovación del Territorio -ART-. (2019). *Base de Datos Iniciativas PNIS-PISDA*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Agencia de Renovación del Territorio -ART-. (2023). "Tablero de Pobreza". Portal Web centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/tablero-de-pobreza. Bogotá D.C. – Colombia.

Álvarez, L. (2014). *Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis*. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 28-40. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.ds.es>. Bogotá D.C. – Colombia.

Así vamos en Salud. (2022). *Índice de Salud Rural*. Recuperado de https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/19.10.2022._indice_de_salud_rural_con_ajustes_1.pdf. Bogotá D.C. – Colombia.

AMPATH Global Partnership. (2022). *Modelo Académico para Proveer Acceso a la Salud*. Recuperado de <http://www.ampathglobal.org/>.

Amberg, F. & Otros. (2023). *Examining the relationship between armed conflict and coverage of maternal and child health services in 35 countries in sub-Saharan Africa: a geospatial analysis*. Lancet Glob Health 2023; 11: e843–53. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00152-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00152-3/fulltext)

Banco Mundial. (2012). *Colombia: Miden la relación entre desarrollo y derechos humanos para fortalecerla*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/home>.

Becerra, M. (1987). *El derecho a la paz y el derecho internacional del desarrollo, Conferencia sobre la Paz*. Tomo I – Doi 968-36-0233-8. Recuperado de <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/15900>. [archivo PDF].

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *GMH. ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional. ISBN: 978-958-57608-4-4. Recuperado de www.centrodememoriahistorica.gov.co

Comisión Histórica del Conflicto Armado y sus Víctimas en Colombia. (2015). *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia y sus Víctimas*. Recuperado de https://www.humanas.unal.edu.co/observapazyconflicto/files/5714/6911/9376/Version_final_informes_CHCV.pdf. Bogotá D.C. – Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001, "por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros"*.

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C. – Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015 - Ley Estatutaria en Salud "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá D.C. – Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2017). *Decreto 896 de 2017 "Por el cual se crea el Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito-PNJS"*. Bogotá D.C. – Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2017). *Decreto Ley 893 de 2017 "Por el cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET"*. Bogotá D.C. – Colombia.



Congreso de la República de Colombia, Partido Comunes. (2021). *Proyecto de Ley 353 de 2021 "Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá D.C. – Colombia.

Contaduría General de la Nación. (2022). *Resolución 314 de 2022, por la cual se expide la certificación de categorización de las entidades territoriales: departamentos, distritos y municipios, conforme a lo dispuesto en las Leyes 136 de 1994, 617 de 2000 y el Decreto 2106 de 2019*. Unidad Administrativa Especial. Bogotá D.C. – Colombia.

Convención Nacional Campesina. (2022). *Capítulo Campesino para el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026*. Bogotá D.C. – Colombia.

Corte Constitucional. (1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. Bogotá D.C. – Colombia.

Corte Constitucional. (1991). *Acto legislativo 02 de 2017: Artículo transitorio a la Constitución para la estabilidad y seguridad jurídica del Acuerdo Final de Paz*. Constitución Política de la República de Colombia. Bogotá D.C. – Colombia.

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T 760-2008 "*Derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo*". Textos Jurídicos No. 1. ISSN: 2389-7384.

Corte Constitucional. (2014). Sentencia C-313/14 "*La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*".

Cortés, F. (2021). *Ensayos: El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje*. Revista Salud y Administración Volumen 8 Número 23 mayo-agosto 2021, pp. 37 - 51. Recuperado de <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. (2022). *Pobreza Multidimensional 2018-2021*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE). (2022). *Encuesta de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en Hogares (ENTIC) 2021*. Bogotá, D.C.: DANE. Recuperado de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2019). *Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano*. Módulo de control social a la

implementación del acuerdo de paz versión 1. Recuperado de página <https://www.funcionpublica.gov.co>. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). *Sistema de rendición de cuentas de la implementación del acuerdo de paz (SIRCAP)*. Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co>. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2014). *Definición de Categorías de Ruralidad*. Dirección de Desarrollo Rural Sostenible – DDRS - Misión para la Transformación del Campo. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2014). *Saldar la Deuda Histórica con El Campo - Marco conceptual de la Misión para la Transformación del Campo*. Misión para la Transformación del Campo. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2015). *Informe el campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz*. Misión para la Transformación del Campo. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP- y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-. (2015). *Informe Bienes y Servicios Públicos Sociales en la zona rural en Colombia, brechas y políticas públicas*. Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1684-9469-LC/L4062/Rev.1. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2023). *Plan Nacional de Desarrollo - PND 2022-2026 "Potencia Mundial de la Vida"*. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/>. Bogotá D.C. – Colombia.

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2023). *Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral del Acuerdo Final de Paz*. Planeación 2024. 2023. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Departamento Nacional de Planeación -DNP-. (2023). *Base de datos Categorías ruralidad 2023 Base*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Díaz, L. (2015). *Nuevas configuraciones del derecho a la paz*. Revista Misión Jurídica / ISSN 1794-600X / E-ISSN 2661-9067 - Vol. 8 - Núm. 9/ Julio - diciembre de 2015 / pp. 259 – 278. DOI: <https://doi.org/10.25058/1794600X.109>.

Digital Health and Innovation (DHI). (s. f.). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025*. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>.

Escobar, L. & otros. (2011). *El Derecho a la Paz. ¿Una Norma Programática, con Tendencia a lo Normativo o a lo Semántico?* Universitas. Bogotá (Colombia) N° 123: 141-168, julio-diciembre de 2011. ISSN:0041-9060.

Fernández, J. Fernández, M. & Soloaga I. (2019). "Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe", Documentos de Proyectos (LC/TS.2019/65, LC/MEX/TS.2019/16), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Forero, J. (2019). *Modelo para la verificación de la implementación del acuerdo de paz entre el Estado Colombiano y las guerrillas de la FARC*. Tesis Doctoral Gerencia Pública y Política Social. Universidad de Baja California. TEPIC, Nayarit.

Franco, S. (2007). *Dos derechos al revés: reflexiones sobre los derechos a la vida y a la paz en el mundo actual*. Salud Colectiva, Buenos Aires, 3(3): 315-323, septiembre - diciembre, 2007. Bogotá D.C. – Colombia.

Franco, S. (2014). *Salud y paz: dos derechos por conquistar en Colombia*. Nuestro Vínculo. 2014; 21 (1): 17-25. Bogotá D.C. – Colombia.

Franco, S. (2015). *Salud para la paz y paz para la salud*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 14 (29): 5-8, julio-diciembre de 2015. Bogotá D.C. – Colombia.

García, J. at otros. (2017). *Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano*. Salud en Tabasco Vol. 23, No. 1 y 2, enero-abril, mayo-agosto 2017.

Garry, S. & Checchi, F. (2019). *Armed conflict and public health: into the 21st century*. Journal of Public Health | Vol. 42, No. 3, pp. e287–e297 | doi:10.1093/pubmed/fdz095. Recuperado de <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/42/3/e287/5672679>

Gentes del Común & Centro de Pensamiento y Diálogo Político -CEPDIPO-. (2020). *La Institucionalidad del Acuerdo: Lo Formal y lo Real*. Colección Cuadernos de la Implementación. ISBN 978-958-52842-7-2.

Gros, H. (2005). *El Derecho Humano a la Paz*. Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano. Uruguay.

Fraser, H., Marcelo, A., Kalla, M., Kalua, K., Celi, L. A., & Ziegler, J. (2023). *Digital determinants of health*: Editorial. PLOS Digital Health, 2(11), e0000373. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000373>.

Instituto de estudios para el desarrollo y la paz (Indepaz) y otros. (2017). *Panorama de violaciones al derecho a la vida, libertad e integridad de líderes sociales y defensores de derechos humanos en 2016 y primer semestre de 2017*. Recuperado de <https://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2017/10/PANORAMA-DE-VIOLACIONES.pdf>

Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia*; Noveno Informe Técnico. ISSN: 2346-3325. Bogotá D.C. – Colombia.

Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. (2019). *Acceso a servicios de salud en Colombia*; Décimo Primer Informe Técnico. Bogotá D.C. – Colombia.

Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. (2022). *Panorama de eventos en salud pública*; Décimo cuarto, Informe Técnico Especial, (Pág. 7-29-72). ISSN: 2346-3325. Bogotá, D.C. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/14.%20Panorama%20de%20eventos%20en%20salud%20p%C3%ABblica.pdf>. Bogotá D.C. – Colombia.

Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. (2023). *Municipios PDET: Homicidios y otros indicadores de interés en de salud pública*. Boletín Técnico Interactivo 21. ISSN: 2539-0597. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletin%2021/index.html>. Bogotá D.C. – Colombia.

Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. (2023). *Municipios PDET: Homicidios y otros indicadores de interés en de salud pública*. Visor Técnico Interactivo 21. Recuperado de <https://onscolombia.shinyapps.io/violence-app/>. Bogotá D.C. – Colombia.

Kickbusch, I., & Holly, L. (2023). *Addressing the digital determinants of health: health promotion must lead the charge*. Health Promotion International, 38(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1093/heapro/daad059>.

Méndez F, Zapata-Rivera AM. (2021). *Conflicto armado, contaminación y riesgos en salud: una evaluación de riesgo de tres fuentes de exposición ambiental asociadas con el conflicto en Colombia*. Biomédica. 2021; 41:660-75. Recuperado de <https://doi.org/10.7705/biomedica.5928>

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. (2017). *Decreto 893 de 2017 "Por el cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET"*. Bogotá D.C. – Colombia.

Ministerio de Hacienda y crédito Público. (2017). *Decreto 1650 de 2017: Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado – ZOMAC*. Bogotá D.C. – Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2018). *Indicadores PMI y PNS a cargo del MSPS*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2018). *Informe de Rendición de Cuentas de la Construcción de Paz*. Enero 2018 – diciembre 2018. Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2019). *Informe de Rendición de Cuentas de la Construcción de Paz*. Enero 2019 – diciembre 2019. Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2019). *Pilar: Salud Rural Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial*. Dirección de Epidemiología y Demografía. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/guia-iniciativas-pdet.pdf>. Bogotá D.C. – Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2021). *Informe de Rendición de Cuentas de la Construcción de Paz*. Plan Marco de Implementación – PMI. Enero 2021 – diciembre 2021. Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2022). *Resolución No. 1035 de 2022 "Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de*



Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera". Bogotá D.C. – Colombia.

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2023). *Número de sedes de IPS por Municipio, Zona y Naturaleza*. Base de datos Registro especial de prestadores de servicios de salud - REPS -, corte: 2023-11-14. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excel].

Ministerio de Salud y protección Social -MSPS-. (2023). *Circular Externa 022 de 2023 "Lineamientos para implementar el servicio social obligatorio para las profesiones de fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria y química farmacéutica*. Recuperado de file:///C:/Users/LISBETH/Desktop/Bibliografia/Insumos/M_Circular-22-de-2023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la Gestión y Operación de los Programas de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de transferencias nacionales de funcionamiento 2024- 2025

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2023). *Categorización de Municipios 2023 - CT01 -*. [archivo Excel]. Recuperado de <http://www.contaduria.gov.co>. Bogotá D.C. – Colombia.

Murray, C. & others. (2002). *Armed conflict as a public health problem*. Education and debate. Volumen 324. Evidence and Information for Policy, World Health Organization. BMJ 2002; 324:346–9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122272/pdf/346.pdf>.

Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 22º período de sesiones, tema 3 del programa. CESCR Observación General 14. 11/08/2000.E/C.12/2000/4. Ginebra.

Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

Numpaque-Arcila, GA., Rojas-Ordóñez, MA., Velásquez-Ardila, YY., Urrego-Mendoza, ZC., Hernández-Álvarez, ME. Dotta-Ibáñez, NA. (2021). *La Salud en el*

conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño). Bogotá, D.C. Colombia.

Observatorio de Talento Humano en Salud-OTHS y Cubo ReTHUS-SISPRO (2024). Recuperado de <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Oficina del Alto Comisionado para la Paz. *Cartilla el Acuerdo Final de Paz. La Oportunidad para Construir Paz.* (2017). Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Olmos, M. (2008). *El Derecho a la Paz a la Luz del Derecho Internacional Público Contemporáneo.* Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos, ISSN 0211-4526, No. 59, 2008, págs. 77-96. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/handle/10171/17353>.

Organización Mundial de la Salud -OMS-. (1997). *Report on the First World Health Organization Consultative Meeting on Health as a Bridge for Peace.* Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/pdf/eng/doc9659/doc9659-contenido.pdf>

Organización Mundial de la Salud -OMS-. (1999). *La salud en el desarrollo.* Discurso inaugural pronunciado por el Profesor Amartya Sen. 52 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2022). *Salud y derechos Humanos.* Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

Organización de las Naciones Unidas -ONU-. (1984). *Declaración sobre el derecho de los pueblos a la paz.* Recuperado de <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista17/documentos/declaracionpaz.htm>.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022). *Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia.* Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325223>.

Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas 6 de noviembre del 2024

Organización de las Naciones Unidas -ONU- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N.º 14 (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 agosto 2000, E/C.12/2000/4, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>.

Orozco, S. (2022). *Abordajes metodológicos y conceptuales en investigaciones sobre el conflicto armado colombiano y la ruralidad. Un análisis pertinente para la salud pública*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2022;40(2): e345652.doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345652>

Parra, C. & Herrera C. (2016). *Instrumentos jurídicos del proceso de paz*. Revista de Derecho N.º 45, Barranquilla - Universidad Sergio Arboleda. ISSN: 0121-8697 (impreso)- ISSN: 2145-9355 (on line). Bogotá D.C. - Colombia.

Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2016). *Acuerdo Final de Paz para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*. Biblioteca del proceso de paz con las FARC-EP. ISBN 978-958-18-0453-5 (Colección) - CDD: 303.66 ed. 23 CO-BoBN- a1022481. Bogotá D.C. - Colombia. Recuperado de <https://www.jep.gov.co/Normativa/Paginas/Acuerdo-Final.aspx>.

Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2016). *Acuerdo Final de Paz para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera en lengua indígena*. Biblioteca del proceso de paz con las FARC-EP. ISBN 978-958-18-0453-5 (Colección) - CDD: 303.66 ed. 23 CO-BoBN- a1022481. Bogotá D.C. - Colombia. Recuperado de <https://www.jep.gov.co/Normativa/Paginas/Acuerdo-Final.aspx>

Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2016). *Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final de Paz (PMI) - Acuerdo Final de Paz para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Bogotá D.C. - Colombia.

Presidencia de la República. (2017). *Decreto 896 de 2017 "Por el cual se crea el Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito -PNIS-"*. Bogotá D.C. - Colombia.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (2022). *Documento de Desarrollo - La Pobreza Departamental en Colombia: Determinantes y Acciones para Combatirla*. Centro de Estudios Socioeconómicos y Regionales -CESORE & Atrarraya: Red de Estudios e Investigación para el Desarrollo Sostenible de Córdoba. ISSN 2806-0687. Bogotá D.C. – Colombia.

Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz. (2019). *Informe general convenio de cooperación entre la Red Salud Paz y Médicos del Mundo – Colombia, en el marco del encuentro nacional sobre los planes nacionales para la reforma rural integral (punto 1.3 del Acuerdo Final de Paz) mayo de 2019*. Recuperado de <https://www.redsaludpaz.org/dom/s/pags/index.cfm>. Bogotá D.C.- Colombia.

Robayo, R. (2023). *Ensayo: Convergencias entre el Conflicto y la Salud de la Niñez en Colombia*. Seminario “Colombia: Guerra y Paz en el cambio de siglo”. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. – Colombia.

Rubenstein, L. (2020). *War, Political Conflict, and the Right to Health*. Volume 22 Number 1 Health and Human Rights Journal. Recuperado de <https://www.hhrjournal.org/2019/12/war-political-conflict-and-the-right-to-health/>.

Sistema Nacional de Reforma Agraria, Desarrollo Rural y Reforma Rural Integral. (2023). *Estrategia Intersectorial para el impulso de los PNRRI*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Sistema Nacional de Reforma Agraria, Desarrollo Rural y Reforma Rural Integral. (2023). *Municipios núcleos estrategia reforma agraria*. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Tobón, D. (2019). *Perfil de salud de las víctimas del conflicto armado colombiano, 2019*. Proyecto de grado para obtener el título de Magíster en Salud Pública y Magíster en Políticas Públicas. Universidad de los Andes. Bogotá D.C. – Colombia.

Unidad para la Implementación del Acuerdo Final de Paz. *Equipo de Paz Territorial y Ambiental*. (2023). Lineamientos para los Planes Nacional de la RRI. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo PDF].

Unidad Para las Víctimas. (2022). *Índice de Riesgo de Victimización -IRV- 2022*. Dirección de Registro y Gestión de la Información. Bogotá D.C. – Colombia.



Unidad Para las Víctimas. (2022). *Índice de Riesgo de Victimización -IRV- 2022*. Dirección de Registro y Gestión de la Información. Bogotá D.C. – Colombia. [archivo Excell].

Uribe, D. (2014). *Todo pueblo está en condiciones de alcanzar la paz, no hay pueblos condenados*. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ixgWYY8BORo>. [Video].

Uribe, D. (2023). *Colombia: las búsquedas por la paz I*. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=f-OU910ezFM>. [Video].

Uribe, D. (2023). *Colombia: las búsquedas por la paz II*. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=8u8Te3Lt2IM>. [Video].

Uribe, D. (2023). *Historias de paz y reconciliación*. Radio Nacional de Colombia y en RTVCPlay. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de <https://www.rtv.gov.co/noticia/podcast-diana-uribe-procesos-de-paz-radio-nacional-rtvcplay>. [Podcast].

Uribe, D. (2023). *Historias de paz y fundamentos del pacifismo*. DianaUribe.fm. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de <https://www.dianauribe.fm/historias-de-paz-y-reconciliacin/historias-de-paz-y-fundamentos-del-pacifismo>. [Podcast].

Vega R. & otros. (2019). *Plan Comunitario de Salud Rural de la Población de los Territorios entre los Municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán, 2019-2030*. Revista Salud Sin Frontera. ISBN: 978-958-781-442-2. Bogotá D.C. – Colombia.

Anexos

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz - Plan Nacional de Salud Rural

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural			
No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
1	5002	Abejorral	PNSR ZOMAC
2	5004	Abriaquí	PNSR ZOMAC
3	5021	Alejandro	PNSR ZOMAC
4	5031	Amalfi	PNSR PDET ZOMAC
5	5038	Angostura	PNSR ZOMAC
6	94343	Barrancominas	PNSR PNIS
7	5042	Santafé de Antioquia	PNSR ZOMAC
8	5045	Apartadó	PNSR PDET ZOMAC
9	5055	Argelia	PNSR ZOMAC
10	5040	Anorí	PNSR PDET PNIS ZOMAC
11	5107	Briceño	PNSR PDET PNIS ZOMAC
12	5125	Caicedo	PNSR ZOMAC
13	5134	Campamento	PNSR ZOMAC
14	5147	Carepa	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
15	5154	Caucasia	PNSR PDET ZOMAC
16	5172	Chigorodó	PNSR PDET ZOMAC
17	5197	Cocorná	PNSR ZOMAC
18	5206	Concepción	PNSR ZOMAC
19	5234	Dabeiba	PNSR PDET ZOMAC
20	5250	El Bagre	PNSR PDET ZOMAC
21	5284	Frontino	PNSR ZOMAC
22	5313	Granada	PNSR ZOMAC
23	5315	Guadalupe	PNSR ZOMAC
24	5120	Cáceres	PNSR PDET PNIS ZOMAC
25	5467	Montebello	PNSR ZOMAC
26	5475	Murindó	PNSR PDET ZOMAC
27	5480	Mutatá	PNSR PDET ZOMAC
28	5483	Nariño	PNSR ZOMAC
29	5490	Necoclí	PNSR PDET ZOMAC
30	5495	Nechí	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
31	5576	Pueblorrico	PNSR ZOMAC
32	5604	Remedios	PNSR PDET ZOMAC
33	5642	Salgar	PNSR ZOMAC
34	5647	San Andrés de Cuerquía	PNSR ZOMAC
35	5649	San Carlos	PNSR ZOMAC
36	5652	San Francisco	PNSR ZOMAC
37	5660	San Luis	PNSR ZOMAC
38	5665	San Pedro de Urabá	PNSR PDET ZOMAC
39	5667	San Rafael	PNSR ZOMAC
40	5690	Santo Domingo	PNSR ZOMAC
41	5736	Segovia	PNSR PDET ZOMAC
42	5756	Sonsón	PNSR ZOMAC
43	5361	Ituango	PNSR PDET PNIS ZOMAC
44	5819	Toledo	PNSR ZOMAC
45	5837	Turbo	PNSR PDET ZOMAC
46	5842	Uramita	PNSR ZOMAC
47	5847	Urrao	PNSR ZOMAC
48	5854	Valdivia	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
49	5858	Vegachí	PNSR ZOMAC
50	5873	Vigía del Fuerte	PNSR PDET ZOMAC
51	5885	Yalí	PNSR ZOMAC
52	5887	Yarumal	PNSR ZOMAC
53	5890	Yolombó	PNSR ZOMAC
54	5893	Yondó	PNSR PDET ZOMAC
55	5895	Zaragoza	PNSR PDET ZOMAC
56	13042	Arenal	PNSR PDET ZOMAC
57	5790	Tarazá	PNSR PDET PNIS ZOMAC
58	13212	Córdoba	PNSR PDET ZOMAC
59	13244	El Carmen de Bolívar	PNSR PDET ZOMAC
60	13248	El Guamo	PNSR PDET ZOMAC
61	13442	María La Baja	PNSR PDET ZOMAC
62	13458	Montecristo	PNSR ZOMAC
63	13473	Morales	PNSR PDET ZOMAC
64	13600	Río Viejo	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
65	13654	San Jacinto	PNSR PDET ZOMAC
66	13657	San Juan Nepomuceno	PNSR PDET ZOMAC
67	13160	Cantagallo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
68	13683	Santa Rosa	PNSR ZOMAC
69	13670	San Pablo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
70	13744	Simití	PNSR PDET ZOMAC
71	13810	Tiquisio	PNSR ZOMAC
72	13894	Zambrano	PNSR PDET ZOMAC
73	15236	Chivor	PNSR ZOMAC
74	15377	Labranzagrande	PNSR ZOMAC
75	15518	Pajarito	PNSR ZOMAC
76	15533	Paya	PNSR ZOMAC
77	15550	Pisba	PNSR ZOMAC
78	17042	Anserma	PNSR ZOMAC
79	17088	Belalcázar	PNSR ZOMAC
80	17446	Marulanda	PNSR ZOMAC
81	17495	Norcasia	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural			
No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
82	17524	Palestina	PNSR ZOMAC
83	17541	Pensilvania	PNSR ZOMAC
84	17614	Riosucio	PNSR ZOMAC
85	17616	Risaralda	PNSR ZOMAC
86	17662	Samaná	PNSR ZOMAC
87	18001	Florencia	PNSR PDET ZOMAC
88	18029	Albania	PNSR PDET ZOMAC
89	13688	Santa Rosa del Sur	PNSR PDET PNIS ZOMAC
90	18094	Belén de Los Andaquíes	PNSR PDET PNIS ZOMAC
91	18150	Cartagena del Chairá	PNSR PDET PNIS ZOMAC
92	18205	Curillo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
93	18247	El Doncello	PNSR PDET PNIS ZOMAC
94	18256	El Paujíl	PNSR PDET PNIS ZOMAC
95	18460	Milán	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
96	18479	Morelia	PNSR PDET ZOMAC
97	18410	La Montañita	PNSR PDET PNIS ZOMAC
98	18592	Puerto Rico	PNSR PDET PNIS ZOMAC
99	18610	San José del Fragua	PNSR PDET PNIS ZOMAC
100	18756	Solano	PNSR PDET ZOMAC
101	18785	Solita	PNSR PDET ZOMAC
102	18860	Valparaíso	PNSR PDET ZOMAC
103	19050	Argelia	PNSR PDET ZOMAC
104	19075	Balboa	PNSR PDET ZOMAC
105	19110	Buenos Aires	PNSR PDET ZOMAC
106	19130	Cajibío	PNSR PDET ZOMAC
107	19137	Caldono	PNSR PDET ZOMAC
108	19142	Caloto	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural			
No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
109	19212	Corinto	PNSR PDET ZOMAC
110	18753	San Vicente del Caguán	PNSR PDET PNIS ZOMAC
111	19290	Florencia	PNSR ZOMAC
112	19318	Guapi	PNSR PDET ZOMAC
113	19256	El Tambo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
114	19418	López de Micay	PNSR PDET ZOMAC
115	19450	Mercaderes	PNSR PDET ZOMAC
116	19364	Jambaló	PNSR PDET PNIS ZOMAC
117	19473	Morales	PNSR PDET ZOMAC
118	19532	Patía	PNSR PDET ZOMAC
119	19455	Miranda	PNSR PDET PNIS ZOMAC
120	19548	Piendamó - Tunía	PNSR PDET ZOMAC
121	19533	Piamonte	PNSR PNIS ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
122	19698	Santander de Quilichao	PNSR PDET ZOMAC
123	19701	Santa Rosa	PNSR ZOMAC
124	19780	Suárez	PNSR PDET ZOMAC
125	19809	Timbiquí	PNSR PDET ZOMAC
126	19821	Toribío	PNSR PDET ZOMAC
127	20001	Valledupar	PNSR PDET
128	20013	Agustín Codazzi	PNSR PDET ZOMAC
129	20045	Becerril	PNSR PDET ZOMAC
130	20060	Bosconia	PNSR ZOMAC
131	20175	Chimichagua	PNSR ZOMAC
132	20178	Chiriguana	PNSR ZOMAC
133	20228	Curumaní	PNSR ZOMAC
134	20238	El Copey	PNSR ZOMAC
135	20383	La Gloria	PNSR ZOMAC
136	20400	La Jagua de Ibirico	PNSR PDET ZOMAC
137	20443	Manaure Balcón del Cesar	PNSR PDET
138	20517	Pailitas	PNSR ZOMAC
139	20550	Pelaya	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
140	20570	Pueblo Bello	PNSR PDET ZOMAC
141	20621	La Paz	PNSR PDET ZOMAC
142	20750	San Diego	PNSR PDET ZOMAC
143	19622	Rosas	PNSR PNIS
144	23466	Montelíbano	PNSR PDET PNIS ZOMAC
145	23580	Puerto Libertador	PNSR PDET PNIS ZOMAC
146	23682	San José de Uré	PNSR PDET PNIS ZOMAC
147	23855	Valencia	PNSR PDET ZOMAC
148	25120	Cabrera	PNSR ZOMAC
149	25168	Chaguaní	PNSR ZOMAC
150	25258	El Peñón	PNSR ZOMAC
151	25328	Guayabal de Siquima	PNSR ZOMAC
152	25335	Guayabetal	PNSR ZOMAC
153	25394	La Palma	PNSR ZOMAC
154	25438	Medina	PNSR ZOMAC
155	25530	Paratebueno	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
156	25580	Pulí	PNSR ZOMAC
157	25743	Silvania	PNSR ZOMAC
158	25823	Topaipí	PNSR ZOMAC
159	25878	Viotá	PNSR ZOMAC
160	27001	Quibdó	PNSR ZOMAC
161	27006	Acandí	PNSR PDET ZOMAC
162	27025	Alto Baudó	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
163	27050	Atrato	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
164	27073	Bagadó	PNSR ZOMAC
165	27075	Bahía Solano	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
166	27077	Bajo Baudó	PNSR ZOMAC
167	27099	Bojayá	PNSR PDET ZOMAC
168	27135	El Cantón del San Pablo	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
169	27150	Carmen del Darién	PNSR PDET ZOMAC
170	27160	Cértegui	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
171	27205	Condoto	PNSR PDET ZOMAC
172	27245	El Carmen de Atrato	PNSR ZOMAC
173	27250	El Litoral del San Juan	PNSR PDET ZOMAC
174	27361	Istmina	PNSR PDET ZOMAC
175	27372	Juradó	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
176	27413	Lloró	PNSR-ALTA DISPERSIÓN

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
177	27425	Medio Atrato	PNSR PDET ZOMAC
178	27430	Medio Baudó	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
179	27450	Medio San Juan	PNSR PDET ZOMAC
180	27491	Nóvita	PNSR PDET ZOMAC
181	27495	Nuquí	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
182	27580	Río Iró	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
183	27600	Río Quito	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
184	27615	Riosucio	PNSR PDET ZOMAC
185	27660	San José del Palmar	PNSR ZOMAC
186	27745	Sipí	PNSR PDET ZOMAC
187	27787	Tadó	PNSR ZOMAC
188	27800	Unguía	PNSR PDET ZOMAC
189	27810	Unión Panamericana	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
190	41006	Acevedo	PNSR ZOMAC
191	41020	Algeciras	PNSR PDET ZOMAC
192	41078	Baraya	PNSR ZOMAC
193	41206	Colombia	PNSR ZOMAC
194	41349	Hobo	PNSR ZOMAC
195	41359	Isnos	PNSR ZOMAC
196	41799	Tello	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
197	44001	Riohacha	PNSR ZOMAC
198	44035	Albania	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
199	44090	Dibulla	PNSR PDET ZOMAC
200	44110	El Molino	PNSR ZOMAC
201	44279	Fonseca	PNSR PDET ZOMAC
202	44420	La Jagua del Pilar	PNSR ZOMAC
203	44430	Maicao	PNSR ZOMAC
204	44560	Manaure	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
205	44650	San Juan del Cesar	PNSR PDET ZOMAC
206	44847	Uribia	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
207	44855	Urumita	PNSR ZOMAC
208	44874	Villanueva	PNSR ZOMAC
209	47001	Santa Marta	PNSR PDET
210	47053	Aracataca	PNSR PDET ZOMAC
211	47189	Ciénaga	PNSR PDET
212	47288	Fundación	PNSR PDET ZOMAC
213	50110	Barranca de Upía	PNSR ZOMAC
214	50223	Cubarral	PNSR ZOMAC
215	50245	El Calvario	PNSR ZOMAC
216	50251	El Castillo	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
217	50270	El Dorado	PNSR ZOMAC
218	50287	Fuente de Oro	PNSR ZOMAC
219	50313	Granada	PNSR ZOMAC
220	23807	Tierralta	PNSR PDET PNIS ZOMAC
221	50325	Mapiripán	PNSR PDET PNIS ZOMAC
222	50330	Mesetas	PNSR PDET PNIS ZOMAC
223	50350	La Macarena	PNSR PDET PNIS ZOMAC
224	50400	Lejanías	PNSR ZOMAC
225	50370	Uribe	PNSR PDET PNIS ZOMAC
226	50568	Puerto Gaitán	PNSR ZOMAC
227	50577	Puerto Lleras	PNSR PDET ZOMAC
228	50450	Puerto Concordia	PNSR PDET PNIS ZOMAC
229	50683	San Juan de Arama	PNSR ZOMAC
230	50686	San Juanito	PNSR ZOMAC
231	50689	San Martín	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
232	50590	Puerto Rico	PNSR PDET PNIS ZOMAC
233	52079	Barbacoas	PNSR PDET ZOMAC
234	52233	Cumbitara	PNSR PDET ZOMAC
235	52250	El Charco	PNSR PDET ZOMAC
236	52254	El Peñol	PNSR ZOMAC
237	52256	El Rosario	PNSR PDET ZOMAC
238	50711	Vistahermosa	PNSR PDET PNIS ZOMAC
239	52385	La Llanada	PNSR ZOMAC
240	52390	La Tola	PNSR PDET ZOMAC
241	52405	Leiva	PNSR PDET ZOMAC
242	52411	Linares	PNSR ZOMAC
243	52418	Los Andes	PNSR PDET ZOMAC
244	52427	Magüí	PNSR PDET ZOMAC
245	52435	Mallama	PNSR ZOMAC
246	52473	Mosquera	PNSR PDET ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
247	52490	Olaya Herrera	PNSR PDET ZOMAC
248	52520	Francisco Pizarro	PNSR PDET ZOMAC
249	52540	Policarpa	PNSR PDET ZOMAC
250	52573	Puerres	PNSR ZOMAC
251	52612	Ricaurte	PNSR PDET ZOMAC
252	52621	Roberto Payán	PNSR PDET ZOMAC
253	52678	Samaniego	PNSR ZOMAC
254	52696	Santa Bárbara	PNSR PDET ZOMAC
255	52356	Ipiales	PNSR PNIS ZOMAC
256	54109	Bucarasica	PNSR ZOMAC
257	54206	Convención	PNSR PDET ZOMAC
258	54245	El Carmen	PNSR PDET ZOMAC
259	54250	El Tarra	PNSR PDET ZOMAC
260	54261	El Zulia	PNSR ZOMAC
261	54344	Hacarí	PNSR PDET ZOMAC
262	54398	La Playa	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
263	54670	San Calixto	PNSR PDET ZOMAC
264	54680	Santiago	PNSR ZOMAC
265	52835	San Andrés de Tumaco	PNSR PDET PNIS ZOMAC
266	54800	Teorama	PNSR PDET ZOMAC
267	54720	Sardinata	PNSR PDET PNIS ZOMAC
268	63302	Génova	PNSR ZOMAC
269	63548	Pijao	PNSR ZOMAC
270	63690	Salento	PNSR ZOMAC
271	66075	Balboa	PNSR ZOMAC
272	66456	Mistrató	PNSR ZOMAC
273	66572	Pueblo Rico	PNSR ZOMAC
274	66594	Quinchía	PNSR ZOMAC
275	68101	Bolívar	PNSR ZOMAC
276	68169	Charta	PNSR ZOMAC
277	68255	El Playón	PNSR ZOMAC
278	68377	La Belleza	PNSR ZOMAC
279	68385	Landázuri	PNSR ZOMAC
280	68444	Matanza	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
281	68615	Rionegro	PNSR ZOMAC
282	68655	Sabana de Torres	PNSR ZOMAC
283	68773	Sucre	PNSR ZOMAC
284	68780	Suratá	PNSR ZOMAC
285	70204	Coloso	PNSR PDET ZOMAC
286	70230	Chalán	PNSR PDET ZOMAC
287	70418	Los Palmitos	PNSR PDET ZOMAC
288	70473	Morroa	PNSR PDET ZOMAC
289	70508	Ovejas	PNSR PDET ZOMAC
290	70523	Palmito	PNSR PDET ZOMAC
291	70713	San Onofre	PNSR PDET ZOMAC
292	70823	Tolú Viejo	PNSR PDET ZOMAC
293	73026	Alvarado	PNSR ZOMAC
294	73043	Anzoátegui	PNSR ZOMAC
295	73067	Ataco	PNSR PDET ZOMAC
296	73124	Cajamarca	PNSR ZOMAC
297	73152	Casabianca	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
298	73168	Chaparral	PNSR PDET ZOMAC
299	73236	Dolores	PNSR ZOMAC
300	73347	Herveo	PNSR ZOMAC
301	73408	Lérida	PNSR ZOMAC
302	73461	Murillo	PNSR ZOMAC
303	73504	Ortega	PNSR ZOMAC
304	73555	Planadas	PNSR PDET ZOMAC
305	73563	Prado	PNSR ZOMAC
306	73616	Rioblanco	PNSR PDET ZOMAC
307	73622	Roncesvalles	PNSR ZOMAC
308	73624	Rovira	PNSR ZOMAC
309	73675	San Antonio	PNSR ZOMAC
310	73686	Santa Isabel	PNSR ZOMAC
311	73861	Venadillo	PNSR ZOMAC
312	73870	Villahermosa	PNSR ZOMAC
313	73873	Villarrica	PNSR ZOMAC
314	76041	Ansermanuevo	PNSR ZOMAC
315	76054	Argelia	PNSR ZOMAC
316	54810	Tibú	PNSR PDET PNIS ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural			
No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
317	76109	Buenaventura	PNSR PDET ZOMAC
318	76122	Caicedonia	PNSR ZOMAC
319	76126	Calima	PNSR ZOMAC
320	76100	Bolívar	PNSR PNIS ZOMAC
321	76243	El Águila	PNSR ZOMAC
322	76246	El Cairo	PNSR ZOMAC
323	76233	Dagua	PNSR PNIS ZOMAC
324	76275	Florida	PNSR PDET ZOMAC
325	76563	Pradera	PNSR PDET ZOMAC
326	76616	Riofrío	PNSR ZOMAC
327	76622	Roldanillo	PNSR ZOMAC
328	76890	Yotoco	PNSR ZOMAC
329	81001	Arauca	PNSR ZOMAC
330	76250	El Dovio	PNSR PNIS ZOMAC
331	81220	Cravo Norte	PNSR ZOMAC
332	81300	Fortul	PNSR PDET ZOMAC
333	81591	Puerto Rondón	PNSR ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
334	81736	Saravena	PNSR PDET ZOMAC
335	81794	Tame	PNSR PDET ZOMAC
336	85010	Aguazul	PNSR ZOMAC
337	85015	Chámeza	PNSR ZOMAC
338	85125	Hato Corozal	PNSR ZOMAC
339	85136	La Salina	PNSR ZOMAC
340	85139	Maní	PNSR ZOMAC
341	85162	Monterrey	PNSR ZOMAC
342	85250	Paz de Ariporo	PNSR ZOMAC
343	85263	Pore	PNSR ZOMAC
344	85279	Recetor	PNSR ZOMAC
345	85300	Sabanalarga	PNSR ZOMAC
346	85315	Sácama	PNSR ZOMAC
347	85400	Támara	PNSR ZOMAC
348	85410	Tauramena	PNSR ZOMAC
349	85440	Villanueva	PNSR ZOMAC
350	81065	Arauquita	PNSR PDET PNIS ZOMAC
351	86219	Colón	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
352	86001	Mocoa	PNSR PDET PNIS ZOMAC

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
353	86320	Orito	PNSR PDET PNIS ZOMAC
354	86568	Puerto Asís	PNSR PDET PNIS ZOMAC
355	86569	Puerto Caicedo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
356	86571	Puerto Guzmán	PNSR PDET PNIS ZOMAC
357	86749	Sibundoy	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
358	86755	San Francisco	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
359	86573	Puerto Leguízamo	PNSR PDET PNIS ZOMAC
360	86760	Santiago	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
361	86757	San Miguel	PNSR PDET PNIS ZOMAC
362	86865	Valle del Guamuez	PNSR PDET PNIS ZOMAC
363	88001	San Andrés	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
364	88564	Providencia	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
365	91001	Leticia	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
366	91263	El Encanto	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
367	91405	La Chorrera	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
368	91407	La Pedrera	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
369	91430	La Victoria	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
370	91460	Miriti - Paraná	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
371	91530	Puerto Alegría	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
372	91536	Puerto Arica	PNSR-ALTA DISPERSIÓN

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural

No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
373	91540	Puerto Nariño	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
374	91669	Puerto Santander	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
375	91798	Tarapacá	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
376	94001	Inírida	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
377	86885	Villagarzón	PNSR PDET PNIS ZOMAC
378	94883	San Felipe	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
379	94884	Puerto Colombia	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
380	94885	La Guadalupe (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
381	94886	Cacahual (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
382	94887	Pana Pana (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
383	94888	Morichal (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
384	95001	San José del Guaviare	PNSR PDET PNIS ZOMAC
385	95015	Calamar	PNSR PDET PNIS ZOMAC
386	95025	El Retorno	PNSR PDET PNIS ZOMAC
387	95200	Miraflores	PNSR PDET PNIS ZOMAC
388	97001	Mitú	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
389	97161	Carurú	PNSR ZOMAC
390	97511	Pacoa (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
391	97666	Taraira	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
392	97777	Papunahua (CD)	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
393	97889	Yavaraté	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
394	99001	Puerto Carreño	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
395	99524	La Primavera	PNSR-ALTA DISPERSIÓN
396	99624	Santa Rosalía	PNSR-ALTA DISPERSIÓN

Listado de municipios priorizado en el marco del Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural			
No.	Código Municipio	Municipio	Municipios PNSR*
397	99773	Cumaribo	PNSR PNIS ZOMAC
<p>*Total municipios priorizados para acelerar la implementación del Plan Nacional de Salud Rural: 397 únicos. Distribuidos así: 170 municipios PDET 344 municipios ZOMAC 56 municipios PNIS 47 municipios con alta dispersión¹⁴.</p>			

Fuente: MSPS, 2024.

¹⁴ Alta dispersión se considera los ámbitos territoriales dispersos, definidos como los municipios con muy baja densidad poblacional, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales (PAIS, 2016).