



La salud
es de todos

Minsalud

Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Colombia, 2021

Dirección de Epidemiología y Demografía

Bogotá D.C, 2021

Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2021

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública

Carlos Eduardo Pinzón Flórez

Coordinación Técnica

Andrea Johanna Avella Tolosa

Elaboración

Norman Alfonso Gil Castrillón

Aley Bricelyn Montenegro Niño

Lady Alexandra Castillo

Alexandra Porras

© 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 97

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia



La salud
es de todos

Minsalud

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministro de Protección Social

GERMÁN ESCOBAR MORALES

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA

Director de Epidemiología y Demografía



Contenido

Presentación	17
Introducción	19
Metodología	21
Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico	24
Contexto territorial	25
Localización.....	25
Características físicas del territorio	25
Patrones climatológicos del territorio	28
Amenazas de origen natural.....	33
Amenazas por inundación	34
Amenazas de origen volcánico	37
Amenazas de origen sísmico.....	38
Amenazas de origen de remoción en masa	42
Amenazas por erosión del suelo	43
Amenazas por sequías	46
Sistema de transporte.....	48
División político-administrativa.....	51
Conformación del poder político actual.....	52
Contexto demográfico.....	53
Tamaño y volumen poblacional	54
Población por curso de vida	59
Estructura poblacional	60
Dinámica demográfica	64
Crecimiento	64
Fecundidad.....	65
Natalidad.....	69
Esperanza de vida.....	71
Migración y movilidad	73
Movilidad forzada	74



Inmigración hacia Colombia	76
Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional.....	84
Pobreza e ingresos	85
Educación	89
Desempleo	94
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos	96
Hogares	96
Acueducto	98
Alcantarillado.....	99
Calidad del agua	102
Condiciones ambientales	103
Calidad del aire (material particulado, PM10).....	103
Seguridad alimentaria.....	105
Factores conductuales, psicológicos y culturales.....	122
Condiciones laborales	161
Trabajadores afiliados dependientes e independientes	161
Accidente de trabajos calificados	163
Prestaciones económicas	165
Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional.....	171
Cobertura de afiliación del SGSSS	172
Talento humano	174
Número estimado de talento humano en salud.....	174
Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería (por 10.000 habitantes)	175
Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes).....	176
Infraestructura.....	178
Disponibilidad de IPS.....	178
Disponibilidad de transporte asistencial	180
Disponibilidad de camas	182
Acceso a servicios básicos de salud	184



Capítulo 4. Situación epidemiológica	191
Morbilidad.....	192
Morbilidad atendida	192
Morbilidad atendida por ciclo vital	194
Morbilidad atendida por causas y departamentos.....	198
Alteraciones de la salud bucal.....	199
Morbilidad en salud mental.....	200
Eventos de alto costo	206
<u> Leucemia y mieloides aguda y linfoides aguda pediátricas.....</u>	<u>217</u>
Eventos de notificación obligatoria	219
Morbilidad población migrante.....	225
Discapacidad auto declarada registrada	229
Análisis de la Morbilidad por COVID-19	232
Mortalidad.....	236
Mortalidad general por grandes causas	238
Mortalidad específica por subgrupos.....	241
Mortalidad materno-infantil y en la niñez.....	258
Mortalidad relacionada con salud mental	286
Mortalidad por COVID-19.....	287
Capítulo 5. Prioridades en salud	290
Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes	294
Conclusiones.....	295
Referencias Bibliográficas	309



Lista de mapas

Mapa 1. Altimetría y relieve	28
Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010))	31
Mapa 3. Precipitación media anual.....	32
Mapa 4. Humedad relativa media anual.....	33
Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia	35
Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia	37
Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia	38
Mapa 8. Zonas de amenaza sísmica periodo de retorno 475 años. Colombia	40
Mapa 9. Amenaza relativa por movimientos en masa integrado 2010 y 2015. Colombia	43
Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia	46
Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea	50
Mapa 12. División político-administrativa	51
Mapa 13. Densidad poblacional, 2021.....	55
Mapa 14. Distribución geográfica del autorreconocimiento CENSAL de población según pertenencia étnica CG 2005 - CNPV 2018	57
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020.....	67
Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020	71
Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020	73
Mapa 18. Municipios con sistema de tratamiento de aguas residuales (STAR).....	101
Mapa 19. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA), Colombia 2019.....	103
Mapa 20. Proporción de RN con bajo peso al nacer, Colombia 2019.....	108
Mapa 21. Diferencias relativas de último consumo de cualquier sustancia ilícita en Colombia en 2016.....	133
Mapa 22. Diferencias relativas de último consumo de alcohol en escolares en Colombia en 2016.	133
Mapa 23. Diferencias relativas de fumadores adultos actuales de cigarrillo 2007.....	134
Mapa 24. Uso de los métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas por departamento, 2010 - 2015	143
Mapa 25. Diferencias relativas de Tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar en Colombia 2015-2019.....	151
Mapa 26. Diferencias relativas de tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	153
Mapa 27. Diferencias relativas de tasa de violencia interpersonal en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	160
Mapa 28. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*.....	165
Mapa 29 Diferencias relativas de tasa de accidentalidad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.	168
Mapa 30 Diferencias relativas de tasa de enfermedad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.	169
Mapa 31 Diferencias relativas de tasa de mortalidad por accidente de trabajo y enfermedad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.....	170
Mapa 32. Distribución de IPS 2021	178



Mapa 33. Diferencias relativas de proporción de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019	186
Mapa 34. Diferencias relativas de la proporción de bajo peso al nacer, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019	186
Mapa 35. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2018	190
Mapa 36 Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	204
Mapa 37 Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por violencia en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	205
Mapa 38 Diferencias relativas de tasa de incidencia de intento de suicidio Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2016-2019.	206
Mapa 39 Diferencias relativas de tasa de incidencia de dengue en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	223
Mapa 40 Diferencias relativas del índice parasitario anual de malaria en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	224
Mapa 41 Diferencias relativas en mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Colombia 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	242
Mapa 42 Diferencias relativas en mortalidad por enfermedades hipertensivas en Colombia 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	243
Mapa 43 Diferencias relativas de tasa mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	244
Mapa 44 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	246
Mapa 45 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de mama en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	248
Mapa 46 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de próstata en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	249
Mapa 47 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de próstata en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	250
Mapa 48 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de estómago en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	251
Mapa 49 Diferencias relativas de tasa de mortalidad por cáncer de colon en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	252
Mapa 50. Diferencias relativas de promedio de controles prenatales en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019	261
Mapa 51. Diferencias relativas de razón de mortalidad materna en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019	261
Mapa 52. Mortalidad materna según departamentos, 2019	265
Mapa 53. Mortalidad neonatal según departamentos, 2019	267
Mapa 54 Diferencias relativas en tasa de mortalidad neonatal precoz en Colombia en 2018 y tendencias por departamento 2012-2018.	268
Mapa 55 Diferencias relativas en tasa de mortalidad neonatal tardía en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	268



Mapa 56. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2019	271
Mapa 57. Mortalidad infantil según departamentos, 2019	272
Mapa 58 Diferencias relativas de tasa de mortalidad en menores de cinco años Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.....	276
Mapa 59 Diferencias relativas de tasa de mortalidad infantil en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.	276
Mapa 60. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2019.....	279
Mapa 61. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2019	281
Mapa 62. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2019.....	283
Mapa 63. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2019	284



Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020.....	58
Gráfico 2. Población por área según departamento, 2021	59
Gráfico 3. Proporción de población según curso de vida, Colombia 2021	60
Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2018, 2021, 2023	62
Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2021	63
Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y migración por cada mil habitantes, 1985-2070	65
Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015.....	66
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2019	68
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015.....	68
Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2019	70
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo 1985-2070	72
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2018.....	72
Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2020 – 2025.....	74
Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2021	75
Gráfico 15. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2021	76
Gráfico 16. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2020	77
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2020.....	78
Gráfico 18. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2020	78
Gráfico 19. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2020.....	79
Gráfico 20. Flujo de salidas de venezolanos por mes, sexo y puesto de control migratorio. Colombia 2020 ..	80
Gráfico 21. Distribución de venezolanos en Colombia por departamento y municipio, agosto 2021	82
Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2012 - 2020.....	86
Gráfico 23. Incidencia de pobreza monetaria por departamentos, Colombia 2019 - 2020	87
Gráfico 24. Índice de pobreza multidimensional por departamentos, Colombia 2019 - 2020	88
Gráfico 25. Incidencia de pobreza monetaria extrema por departamentos, Colombia 2019 – 2020.....	88
Gráfico 26. Coeficiente de Gini según área, Colombia 2012 - 2020	89
Gráfico 27. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2018	91
Gráfico 28. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2019.....	92
Gráfico 29. Tasa de cobertura bruta por regiones, 2005-2019	93
Gráfico 30. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016.....	97
Gráfico 31. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) por departamento, 2016	101
Gráfico 32. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable 2007 – 2019.....	102
Gráfico 33. IRCA por departamento, Colombia 2019	103
Gráfico 34. Promedio material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo, Colombia 2012 a 2019	104



Gráfico 35. Concentración anual de material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo. Colombia, 2012, 2016 y 2019	105
Gráfico 36. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005 - 2018	106
Gráfico 37. Comportamiento del promedio de urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2018	107
Gráfico 38. Porcentaje de RN con bajo peso al nacer por departamento, 2019	108
Gráfico 39. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre,	109
Gráfico 40. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015	110
Gráfico 41. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015	111
Gráfico 42. Dieta mínima aceptable por sexo, etnia e índice de riqueza	112
Gráfico 43. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015	113
Gráfico 44. Tendencia nacional 1990 – 2015 de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años	114
Gráfico 45. Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas en menores de cinco años por sexo, etnia e índice de riqueza, Colombia 2015	114
Gráfico 46. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia 2005, 2010 - 2015	115
Gráfico 47. Tendencia nacional 2005 – 2015 de la prevalencia del exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años, 2015	116
Gráfico 48. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años por sexo, etnia e índice de riqueza, 2015	116
Gráfico 49. Prevalencia de exceso de peso en adolescentes de 13 a 17 años por región y concentración de población, 2015	117
Gráfico 50. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015	118
Gráfico 51. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015	119
Gráfico 52. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 – 2016*	122
Gráfico 53. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016	124
Gráfico 54. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares Colombia 2011 - 2016	126
Gráfico 55. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018	128
Gráfico 56. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016	129
Gráfico 57. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015	135
Gráfico 58. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015	136
Gráfico 59. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015	137
Gráfico 60. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015	138
Gráfico 61. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza,	141
Gráfico 62. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015	141



Gráfico 63. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015	145
Gráfico 64. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015.....	146
Gráfico 65. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2019.....	148
Gráfico 66. Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2019.....	149
Gráfico 67. Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019.....	152
Gráfico 68. Tasa de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019	155
Gráfico 69. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2019.....	156
Gráfico 70. Tasa de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019	157
Gráfico 71. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019.....	159
Gráfico 72. Número de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales Colombia, 1994 - 2019.....	161
Gráfico 73. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2019	162
Gráfico 74. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2019	163
Gráfico 75. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo, 2013 – 2020	172
Gráfico 76. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011 - 2020	174
Gráfico 77. Número estimado de talento humano en salud por perfil de formación, Colombia 2020	175
Gráfico 78. Porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2018	184
Gráfico 79. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal en Colombia, 2012 - 2019	185
Gráfico 80. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Colombia, 2012 - 2019.....	185
Gráfico 81. Desigualdades según la proporción de NV con cuatro o más consultas de CPN por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018	187
Gráfico 82. Desigualdades según la proporción de NV con BPN por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018.....	187
Gráfico 83. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017	187
Gráfico 84. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2018.....	188
Gráfico 85. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005 - 2018	189
Gráfico 86. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017	189
Gráfico 87. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2020	192
Gráfico 88. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2020	193
Gráfico 89. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención, 2009-2020	194
Gráfico 90. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2020..	201



Gráfico 91. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020.....	203
Gráfico 92. Captación y Prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años, 2016 - 2020.....	211
Gráfico 93. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017.....	212
Gráfico 94. Incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2016-2020.....	214
Gráfico 95. Cobertura de TAR, 2016-2020.....	216
Gráfico 96. Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2019.....	219
Gráfico 97. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2020.....	228
Gráfico 98. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2021.....	230
Gráfico 99. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2021.....	231
Gráfico 100. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2021.....	231
Gráfico 101. Pirámide poblacional de la morbilidad por Covid - 19. Colombia, a 2021.....	233
Gráfico 102. Mortalidad general, 2005-2019.....	236
Gráfico 103. Mortalidad según nivel educativo, 2008-2019.....	237
Gráfico 104. Mortalidad según régimen de afiliación, 2008-2019.....	237
Gráfico 105. Mortalidad según etnia, 2008-2019.....	238
Gráfico 106. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2019.....	239
Gráfico 107. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2019.....	240
Gráfico 108. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2019.....	240
Gráfico 109. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2019.....	241
Gráfico 110. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2019.....	245
Gráfico 111. Desigualdades según la mortalidad por cáncer de cuello uterino por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018.....	247
Gráfico 112. Desigualdades según la mortalidad por cáncer de mama por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018.....	248
Gráfico 113. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2019.....	253
Gráfico 114. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito (100.000 hb), Colombia 2005 a 2019.....	254
Gráfico 115. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito en la gradiente definida por producto interno bruto per cápita; 2012 a 2018.....	255
Gráfico 116. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito en la gradiente definida por años promedio de escolaridad (en personas mayores de 15 años); 2012 a 2018.....	255
Gráfico 117. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 2005-2019.....	256
Gráfico 118. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2019.....	257
Gráfico 119. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2019.....	258
Gráfico 120. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 – 2019.....	259
Gráfico 121. Promedio de controles prenatales en Colombia, 2012-2018.....	260
Gráfico 122. Razón de mortalidad materna en Colombia, 2012-2019.....	260
Gráfico 123. Número de muertes maternas a 42 días en Colombia, 2019-2021(p).....	260



Gráfico 124. Desigualdades en salud según promedio de controles prenatales por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018.....	262
Gráfico 125. Desigualdades en mortalidad materna a 42 días por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018.....	262
Gráfico 126. Mortalidad materna según área, 2005-2019	263
Gráfico 127. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017	263
Gráfico 128. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017.....	264
Gráfico 129. Mortalidad materna según etnia, 2009-2019.....	265
Gráfico 130. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019.....	266
Gráfico 131. Mortalidad neonatal según área, 2005-2019.....	268
Gráfico 132. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2019	269
Gráfico 133. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017.....	269
Gráfico 134. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021	270
Gráfico 135. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019.....	271
Gráfico 136. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017.....	273
Gráfico 137. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2019	274
Gráfico 138. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2008-2019	274
Gráfico 139. Mortalidad infantil según área de residencia, 2008-2019	275
Gráfico 140. Desigualdades según la tasa de mortalidad en menores de 5 años por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018.....	276
Gráfico 141. Desigualdades según la mortalidad infantil por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018	276
Gráfico 142. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021	278
Gráfico 143. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	279
Gráfico 144. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2019	280
Gráfico 145. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017.....	281
Gráfico 146. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2019.....	282
Gráfico 147. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	283
Gráfico 148. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2019	284
Gráfico 149. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016.....	285
Gráfico 150. Mortalidad por trastornos mentales, uso de SPA y epilepsia, 2005-2019.....	286
Gráfico 151. Pirámide poblacional mortalidad por Covid -19, Colombia 2020-2021.....	287
Gráfico 152. Porcentaje de población VCA según grupo de diagnósticos CIE-10 en el año 2020	308



Lista de Tablas

Tabla 1. Grandes sismos con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, Colombia 1644 a 2018	41
Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017	49
Tabla 3. Índices demográficos: 2018, 2021 y 2023	61
Tabla 4. Salidas de venezolanos por puesto de control migratorio, 2021.	81
Tabla 5. Distribución de venezolanos en Colombia, 2021	82
Tabla 6. Valor agregado por actividad económica. Tasas de crecimiento en volumen. Tercer trimestre 2021pr	85
Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018	90
Tabla 8. Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) – Noviembre (2021 - 2020)	94
Tabla 9. Tasa de desempleo en 23 ciudades y áreas metropolitanas, enero a noviembre 2020 – 2021	95
Tabla 10. Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) según sexo – Noviembre (2021 - 2020)	96
Tabla 11. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2019.....	98
Tabla 12. Cobertura de servicios públicos Colombia 2019.....	100
Tabla 13. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos, Colombia, 2011 - 2016	123
Tabla 14. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos, Colombia, 2016..	127
Tabla 15. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016.....	131
Tabla 16. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016.....	132
Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 – 2015	139
Tabla 18. Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 – 2015	144
Tabla 19. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015	147
Tabla 20. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 – 2017.....	150
Tabla 21. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018*	164
Tabla 22. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento Colombia, 2013 - 2018*	167
Tabla 23. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen, 2020	173
Tabla 24. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2020	177
Tabla 25. Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud según naturaleza jurídica por departamentos Colombia, 2021	179
Tabla 26. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, departamentos de Colombia, junio 2022	181
Tabla 27. Número camas de camas de cuidado intensivo, Colombia, junio 2022.....	182
Tabla 28. Distribución de camas de cuidado intermedio, Colombia, junio 2022	183
Tabla 29. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2020	197



Tabla 30. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2020	199
Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020	202
Tabla 32. Porcentaje de personas con ERC según estadios, 2016 – 2020.....	208
Tabla 33. Número de casos de la ERC según departamentos, 2020	209
Tabla 34. Prevalencia y casos de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años según Entidad Territorial, 2020	213
Tabla 35. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2020.....	215
Tabla 36. Letalidad por eventos de notificación obligatoria, 2007-2019.....	220
Tabla 37. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2020.....	225
Tabla 38. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2020.	225
Tabla 39. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2020.....	227
Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2020.....	227
Tabla 41. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2021	230
Tabla 42. Casos confirmados de Covid - 19 por antecedente reportado, a 2021.....	234
Tabla 43. Casos confirmados de Covid - 19 por ámbito de atención, a 2021	235
Tabla 44. Índices demográficos de mortalidad por COVID-19, Colombia 2020 - 2021	288
Tabla 45. Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID – 19, Colombia 2020 – 2021.....	289
Tabla 46. Ámbito de atención de las mortalidades por COVID – 19. Colombia 2020 - 2021.....	289
Tabla 46. SemafORIZACIÓN de efectos en salud	292
Tabla 48. Hechos victimizantes declarados por la población VCA	307



Presentación

El Análisis de Situación de Salud es un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan.¹

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del Decreto 4107 de 2011 por el cual determina sus objetivos, estructura y crea la Dirección de Epidemiología y Demografía atribuyéndole dentro de sus funciones la de: “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud”², presenta el Análisis de Situación de Salud, Colombia año 2021.

El Análisis de Situación de Salud - ASIS, incluye una batería de indicadores que dan cuenta de las estadísticas básicas que permiten la caracterización de la situación territorial, demográfica, política, de determinantes sociales y de los efectos en salud del país. Esta información se genera a partir de las fuentes de información que se encuentran integradas y disponibles en la Bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO. El presente documento se organiza en seis capítulos, que evidencian las desigualdades en salud causadas por los determinantes sociales que afectan las condiciones de vida de los colombianos y muestra el avance en disponibilidad de información útil para la toma de decisiones en el país.

En la actualidad el proceso de Análisis de Situación de Salud se lleva a cabo en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal; cuenta con una metodología estandarizada y difundida entre las entidades territoriales a través de la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*,³ cuya aplicación permite avanzar favorablemente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser insumos base en el Proceso de la Planeación Integral en Salud, entendido como el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud en cada uno de sus componentes.

La publicación nacional de este tipo corresponde a la décima segunda y tiene como antecedentes los Análisis de Situación de Salud Colombia 2020⁴, 2019⁵, 2018⁶, 2017⁷, 2016⁸, 2015⁹, 2014¹⁰ y 2013¹¹; el Análisis de prioridades departamentales en salud Colombia 2016¹², el Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia 2012¹³ y el Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales Colombia 2012¹⁴.

Se tienen disponibles también las publicaciones del Análisis de Situación de Salud de Convivencia social y salud mental 2014, Análisis de Situación de Salud de en salud dimensión de seguridad alimentaria y nutricional



La salud
es de todos

Minsalud

Colombia 2015, entre otros; éstos análisis se desarrollaron bajo la perspectiva de los enfoques poblacional, de derechos y diferencial, así como con el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, lo cual permitió la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del Análisis de la Situación de Salud para 2021, esperando su posicionamiento y conocimiento en los espacios de toma de decisiones sectoriales y transectoriales, para en conjunto identificar y superar las desigualdades sociales generadoras de inequidades en salud, con el fin de contribuir al desarrollo sostenible de las generaciones presentes y futuras.



Introducción

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento¹.

En este documento se exponen los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, buscando el fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

El documento está estructurado de la siguiente manera. El Capítulo 1 contiene la caracterización de los contextos territorial, demográfico y político, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como determinantes sociales de la salud, que permitieron caracterizar, georreferenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial. Mientras, el Capítulo 2 tiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional y el Capítulo 3, describe la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta los recursos disponibles del sistema en salud como infraestructuras, transporte, asistencia y talento humano en salud.

El Capítulo 4 aborda la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso se analizó la morbilidad atendida, la mortalidad registrada por grandes causas de defunción, causas específicas según subgrupos y mortalidad materno-infantil y de la niñez. El análisis indagó variables que causan gradientes de desigualdad entre grupos como el sexo, nivel educativo, municipio o departamento de residencia, área de residencia, régimen de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, discapacidad, entre otras.

En el Capítulo 5 se reconocen los problemas más relevantes identificados a lo largo del análisis y se realiza la priorización de acuerdo con el método de semaforización mediante diferencias relativas e intervalos de confianza al 95%. Finalmente, en el Capítulo 6 se establecen recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes.



La salud
es de todos

Minsalud

El objetivo del documento es convertirse en la herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud para para formular políticas públicas adaptadas a la realidad de la población.



Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2021 en las fuentes oficiales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial se usó como referencia bibliográfica el Atlas de Colombia 2005, elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi¹⁵. Varios apartes fueron tomados textualmente teniendo en cuenta que constituye la mejor fuente para la descripción del territorio. Para el análisis demográfico se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a partir del Censo 2005, Censo Nacional de población y Vivienda 2018 y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su sitio web: www.dane.gov.co. También se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en la Bodega de datos del SISPRO a través del cubo de víctimas con fecha de corte a septiembre de 2021 y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a julio de 2021.

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2020; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2020. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2016 y 2020. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS) 2020. Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), del DANE y los registros de Subdirección de Riesgos Laborales, del Ministerio de Salud y Protección (MINSALUD) para el periodo 1994 y diciembre del 2020, que describe las variables de Administradora de Riesgos Laborales (ARL), trabajadores afiliados, pensiones de invalidez pagadas e incapacidades permanentes parciales pagadas. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y STATA.

Para la caracterización del SGSSS determinante de la salud poblacional, se utilizó la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se analizó las variables de Instituciones de Prestación de Salud, camas y transporte asistencial, los datos fueron analizados de manera descriptiva por año, departamento, figuras de jerarquización y mapas. Con base a los datos del Observatorio Laboral para la educación del Ministerio de Educación Nacional, (MEN) y el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) de MINSALUD, se analizó la disponibilidad del talento humano en salud entre el periodo de 2011 a 2020.



Con base en estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶. Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades¹⁷. Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños de 1 a 4 años y los menores de 5 años, con denominador las proyecciones de población para cada grupo de edad específico.



La salud
es de todos

Minsalud

Se realizó un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad y proporción), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como diferencias absolutas y relativas, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto, el índice de disparidad estándar entre grupos y la presentación de la desigualdad por medio de Euiplot.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico



Contexto territorial

Este capítulo aborda cinco aspectos claves para describir la relación del territorio y la salud de las personas. Estos son: la localización, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas y el sistema de vías de comunicación sobre el que las personas se movilizan. Esto con el fin de comprender los elementos básicos para el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de situación de salud.

Localización

Colombia se encuentra en la esquina noroccidental de Suramérica, en la región noroccidental de América del Sur sobre la línea ecuatorial, en plena zona tórrida. Con una superficie de 2.070.408 km², de los cuales 1.141.748 km² corresponden a su territorio continental y los restantes 928.660 km² a su extensión marítima, es el vigésimo sexto país más grande del mundo y el cuarto más extenso de América del Sur, después de Brasil, Argentina y Perú. El país es atravesado por la cordillera de los Andes y la Llanura Amazónica, es el único país de Suramérica con costas en los océanos Pacífico y Atlántico. Su ubicación latitudinal entre los 17° norte y 4° de latitud sur y de oriente a occidente, entre los 66° 50' y 84° 46' de longitud al oeste de Greenwich incluida su área marítima. Limita al sur, con Ecuador y Perú, al Oriente con Venezuela y Brasil y al Noroccidente con Panamá; en relación a los límites marítimos, colinda en el mar Caribe con Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, Haití, República Dominicana y Venezuela, y con en el océano Pacífico con Panamá, Costa Rica y Ecuador¹⁵.

Los puntos extremos del territorio continental colombiano están al norte en Punta Gallinas, en la península de la Guajira, latitud 12° 30' 46" Norte. Por el sur en la Boca de la quebrada San Antonio, en inmediaciones del Trapecio amazónico y localizado en latitud 4° 13' 30" Sur. Hacia el este tiene como punto de referencia la Isla de San José en el río Negro, frente a la Piedra del Cocuy, localizada en longitud 66° 50' 54" Oeste. Por el oeste, el Cabo Manglares, en el departamento de Nariño localizado en longitud 79° 01' 23" Oeste.

Características físicas del territorio

Colombia tiene una localización privilegiada siendo el único país de América del Sur que posee dos costas en el mar Caribe y en el océano Pacífico, por tanto, tiene una extensa plataforma continental. Es atravesada por la gran cordillera andina, que origina una gran variedad de climas y ecosistemas que al mismo tiempo favorecen el desarrollo de la vida humana y son reservorio natural de vectores transmisores de enfermedades a los seres humanos.

La orografía colombiana representa las principales características de relieve y de distribución de la red hidrográfica en relación con este. Predominan cuatro grandes sistemas orográficos que han motivado el asentamiento de poblaciones humanas de acuerdo con sus capacidades de producción y sostenimiento. De



acuerdo con esto, podemos decir que la composición física del territorio se comporta como determinante estructural de la salud, pues promueve situaciones que ponen en diferentes grados de desventaja a la población en relación con los riesgos ambientales propios del territorio.

Primer sistema orográfico: región andina

Tiene un relieve estructural compuesto por las cordilleras que integran los Andes suramericanos, que con una extensión de 7.500 kilómetros – desde la Patagonia, bordeando por el oriente el Océano Pacífico – entran a Colombia y se dividen en tres grandes ramales:

1. Cordillera Occidental: con una longitud de 1.200 kilómetros y una altura media de 2.000 msnm. Se caracteriza por sus relieves abruptos que dificultan la ocupación y explotación. Las mayores alturas son el volcán nevado del Cumbal (4.764 msnm), el volcán Chiles (4.750 msnm), los Farallones de Cali (4.280 msnm), el cerro de Tatamá (4.150 msnm), el Páramo de Frontino (4.080 msnm) y el volcán Azufral (4.070 msnm)¹⁵. Su máxima depresión la constituye la Hoz de Minamá, originada por el río Patía en su salida al océano Pacífico. La cordillera Occidental atraviesa territorios de Nariño, Cauca, Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia.
2. Cordillera Central: Constituye el eje del sistema andino; en el país es la más alta y volcánica de las cordilleras y a su vez, la de menor longitud. Otras de sus características morfológicas predominantes las constituyen sus grandes elevaciones, especialmente volcanes y sus numerosos páramos en el Macizo Colombiano allí nacen las principales corrientes del país (ríos Magdalena, Cauca, Patía y Caquetá). Tiene extensos macizos ígneo-plutónicos y metamórficos, en numerosos focos volcánicos, cuyas vertientes generalmente son largas y abruptas y con una red de drenaje densa y profunda. Está bordeada en sus flancos oriental y occidental por extensos abanicos de origen fluvio – glaciar y fluvio – volcánicos, los cuales forman amplios piedemontes densamente ocupados como Armenia, Popayán, Ibagué, Guamo y el Espinal. La longitud aproximada de la cordillera es de 1.000 kilómetros, con una altura media superior a los 3.000 msnm con varios volcanes activos e inactivos que sobrepasan los 5.000 msnm. Al norte de la cordillera se levanta la Sierra Nevada de Santa Marta donde se encuentran los picos más elevados del sistema montañoso colombiano (5.775 msnm)¹⁵.

Los accidentes más destacados son los volcanes el Galeras, Sotará, Puracé y los nevados del Huila, Tolima, Santa Isabel, Ruiz y el páramo de las Papas. Esta cordillera es una región muy fértil, debido a las cenizas volcánicas; en su recorrido atraviesa los territorios de Nariño, Huila, Cauca, Valle del Cauca, Quindío, Tolima, Caldas, Risaralda, Antioquia y Bolívar. En particular en Antioquia, se forma el Macizo



Antioqueño, el cual se divide en los ramales de Santo Domingo, Yolombó y Remedios, para terminar en la costa del Atlántico.

3. Cordillera Oriental: tiene una longitud superior a los 1.200 kilómetros y un área de 130.000 kilómetros cuadrados. Se extiende desde el Macizo Colombiano hasta la cordillera de Mérida, en Venezuela. Posee desde profundos cañones entallados por grandes ríos como el del Chicamocha, extensas altiplanicies fluvio – lacustres como la Sabana de Bogotá hasta el Piedemonte.

Así mismo sobresalen tres formaciones geográficas de relevancia: el Piedemonte del Baudó que, con una extensión de 170 kilómetros de longitud, está situado en el noroccidente el país, paralelo a la costa del Pacífico. Su mayor elevación tiene 1.600 msnm¹⁵. La Sierra de La Macarena que es una formación montañosa donde nacen los ríos Guayabero y Ariari, importantes afluentes del río Meta¹⁵ y finalmente, las depresiones longitudinales que se extienden paralelamente a los sistemas cordilleranos sobre las cuales drenan los principales ríos de la región andina: Cauca, Magdalena, Atrato y San Juan, se rellenaron con sedimentos arrastrados por los ríos desde las cordilleras circundantes, conformando valles relativamente amplios y densamente poblados con excepción del Atrato-San Juan¹⁵.

Se destacan en esta cordillera, también llamada de Sumapaz, el altiplano cundiboyacense, así como, los picos de la Fragua, el cerro Miraflores, el nevado de Sumapaz (3.820 msnm) y los páramos de Chingaza (3.950 msnm) y Pisba (3.900 msnm); su máxima altura corresponde a la Sierra Nevada del Cocuy (5.380 msnm). La cordillera adquiere su mayor anchura con 300 al atravesar por Cundinamarca, Boyacá y Santander. La cordillera Oriental en su recorrido atraviesa los territorios de Cauca, Caquetá, Huila, Tolima, Meta, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Cesar y la Guajira.

Segundo sistema orográfico: llanuras de la Orinoquía y Amazonía:

Sistema orográfico conformado por las extensas llanuras de la Orinoquía, cubiertas por diferentes tipos de sabanas y por las llanuras de la Amazonía con bosques tropicales. Este conjunto de llanuras tiene topografía ondulada con algunos sistemas de colinas de escasa extensión y está profusamente irrigada por numerosas corrientes y caños que drenan hacia los ríos Orinoco y Amazonas¹⁵.

Tercer sistema orográfico: llanura del Caribe:

Conformada por amplias planicies de origen fluvio-deltaico y marino, posee una red de drenaje bastante densa. Su estabilidad estructural es alta, beneficiada por costas bajas. En el sur son comunes las áreas pantanosas y cenagosas¹⁵.



Cuarto sistema orográfico: llanura del Pacífico:

Se extiende longitudinalmente desde los ríos Mataje y Mira hasta la desembocadura del río San Juan; hacia el norte se prolonga en la depresión del Atrato-San Juan, que culmina en el Golfo de Urabá. Recibe numerosos ríos que descienden de la Cordillera Occidental y presenta características diferentes a las de la llanura del Caribe, al ser húmeda y selvática¹⁵ (Mapa 1).

Mapa 1. Altimetría y relieve



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Patrones climatológicos del territorio

El clima del país es posible identificarlo por la temperatura media del aire, de la precipitación, de la humedad del aire y de los vientos, variables climatológicas, que muestran una variabilidad en la distribución espacio temporal y se relacionan con los procesos biológicos, de salud, ecosistémicos y socioeconómicos. A continuación, se describen el comportamiento de dichas variables climatológicas en el territorio colombiano.

Temperatura media del aire

En Colombia existen regiones con temperaturas medias mayores a los 32 °C, así como zonas de páramo y nieves perpetuas con temperaturas cercanas e incluso inferiores a los 0 °C. Esta variabilidad en la temperatura



media se explica por la ubicación en la zona ecuatorial, los sistemas orográficos, la localización en medio de los Océanos Atlántico Tropical, el Mar Caribe y el Pacífico Tropical, las regiones Pacífica y Amazónica, que adquieren relevancia por el factor de la evaporación, que contribuye a disminuir los valores medios de la temperatura¹⁸.

De acuerdo con el informe variabilidad climática y el cambio climático en Colombia del IDEAM para 2018, en las llanuras del Caribe, la Orinoquía, Amazonía y la costa Pacífica, las temperaturas medias anuales estuvieron por encima de 24°C, que cubren cerca del 70% del área total del país. En el Valle del Magdalena a la altura de Huila y Tolima, en el Magdalena Medio y Bajo y La Guajira, las temperaturas medias anuales son superiores a 28°C. En la región Andina, en la medida como se avanza con la altura la temperatura disminuye a un promedio de 5.53°C/kilómetro, este descenso, no es homogéneo en el Pacífico es de 4.62°C/kilómetro, en la región Andina 6.13°C/kilómetro y un poco mayor en la región Caribe, particularmente en La Guajira¹⁹.

La temperatura media anual estacional no sobrepasa los 2°C en las regiones del país. La diferencia entre la máxima y mínima temperatura del día depende de la época del año y en promedio puede alcanzar los 10°C y tiende a ser mayor a mayores altitudes sobre el nivel del mar ¹⁹.

Región Caribe

Esta región registra temperaturas medias que oscilan entre 26 y algo más de los 28 °C. Los mayores valores se presentan en el extremo norte, como en La Guajira y Cesar, con valores superiores a los 28 °C. La Sierra Nevada de Santa Marta por ser una zona de alta montaña, la temperatura media oscila con gradientes entre 0,50 y 0,60 °C/100 metros, aproximadamente. La temperatura en general es monomodal el norte y sur (La Guajira, sur de Córdoba y Bolívar) y bimodal hacia el centro y oriente (centro de Magdalena, Cesar) ¹⁸.

En La Guajira, los mayores valores de temperatura media se registran en junio, julio y agosto. La acción moderadora del mar y los vientos predominantes al inicio del año tienden a disminuir los incrementos de temperatura que se esperarían como consecuencia de la época seca correspondiente al primer trimestre del año. Igual efecto se observa en Barranquilla y Cartagena ¹⁸. En el resto de la región se registran precipitación durante octubre y noviembre. (Mapa 2)

Región Andina

Las características orográficas, la precipitación y la altura del sitio sobre el nivel del mar, describen variabilidad al interior de la región. Es decir, la temperatura media registra mayores valores en zonas con menos elevación y en las zonas de menos elevación menos temperatura media. Por ejemplo, las temperaturas medias más altas se presentan en los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Sogamoso y Patía, en donde se alcanzan entre 24 y



28 °C, mientras en los altiplanos cundiboyacense, nariñense y en las zonas montañosas de Antioquia, Cauca y del Eje Cafetero se registran temperaturas medias entre 12 y 16 °C. En la alta montaña se alcanzan valores inferiores a 8 °C¹⁸. (Mapa 2)

Durante julio y agosto se observan las temperaturas altas en gran parte de Antioquia, Eje Cafetero, Tolima, Huila, Valle, Cauca y Nariño, que coinciden con la temporada seca. Un segundo momento de temperatura máximo, menos pronunciado, se registra en enero y febrero. En estas zonas las menores temperaturas tienen lugar durante octubre y noviembre. En tanto que, en los altiplanos de Cundinamarca y Boyacá, las mayores temperaturas medias se registran en abril y mayo. En norte de Santander y oriente de Santander, la temperatura es aproximadamente monomodal, con máximos a mitad de año y mínimos en diciembre y enero ¹⁸. (Mapa 2)

Región Pacífica

Esta región no presenta tanta variabilidad en la temperatura media, como consecuencia de la alta pluviosidad, la diferencia entre el mes más cálido y el más frío es de aproximadamente 1 °C. Las temperaturas oscilan entre 24 y 28°C en promedio. Las menores temperaturas medias se registran en las estaciones de la costa nariñense en el sur y las mayores en el extremo norte hacia la zona de Urabá¹⁸. (Mapa 2)

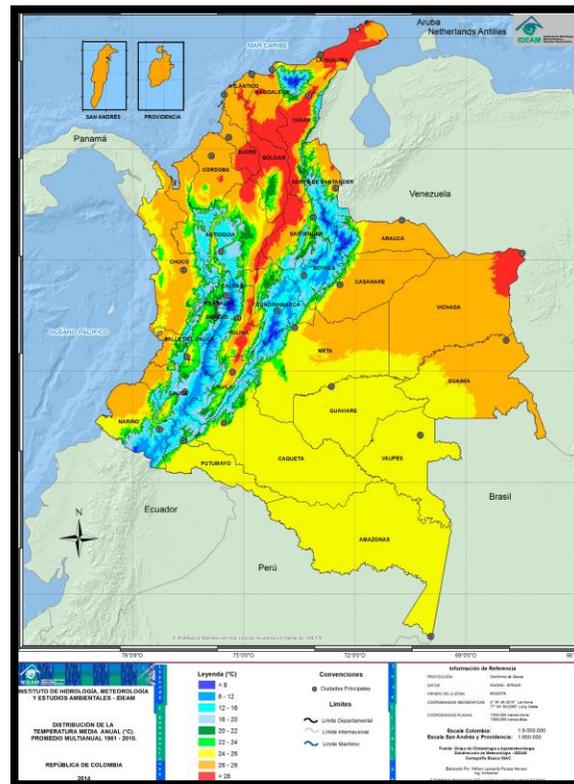
Región Orinoquia y Amazonia

Esta región muestra un comportamiento monomodal, sus temperaturas medias más altas se registran en Arauca, Casanare y Vichada, con los valores medios alrededor de los 28 °C. En el resto de la llanura orinoquense, los valores medios están entre 25 y un poco más de 26 °C. Las máximas temperatura se observan en diciembre, enero y febrero, coincidentes con la sequía estacional en la región y mínimas en junio y julio, los meses más lluviosos del año¹⁸.(Mapa 2)

Asimismo, en la Amazonia, la situación es monomodal. Los piedemontes de Caquetá y Putumayo registran la mayor variabilidad, como consecuencia de la disminución de la temperatura con la altura, mientras en la parte plana las temperaturas medias oscilan alrededor de los 25 °C, siendo ligeramente más bajas que las registradas en la Orinoquia¹⁸.(Mapa 2)



Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010))



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2018.

Precipitaciones

En Colombia, las zonas más lluviosas son la Región Pacífica, los piedemontes amazónico y llanero y los sectores más secos son la Península de la Guajira y algunos valles interandinos. Los territorios con precipitación superiores de 4000 milímetros al año están en el sur, centro y norte el departamento de Antioquia, en la cuenca alta del río Arauca y en el Catatumbo. En el Pacífico se presentan zonas extremadamente lluviosas, con precipitación anual sobrepasa los 10.000 milímetros al año localizadas en Cauca y Choco ¹⁹ (Mapa 3).

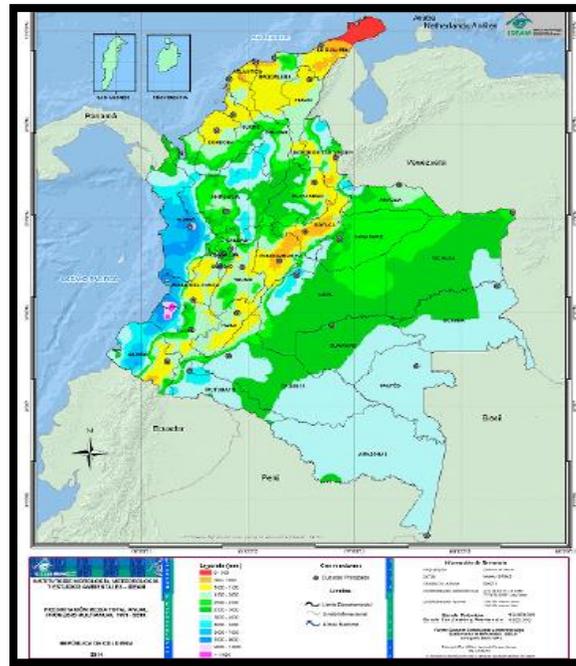
En la región interandina (cuencas de los ríos Magdalena, Cauca y Patía) las precipitaciones no sobrepasan los 4.000 milímetros al año. En los altiplanos nariñense y cundiboyacense, la precipitación anual está entre los 500 y 1.000 milímetros; esta misma condición se registran en Valle del Cauca, Huila, Santander y Norte de Santander. La península de La Guajira es el territorio con menor precipitación, entre 500 y 1.000 milímetros anuales, en el extremo norte se presentan volúmenes anuales menores de 500 milímetros ¹⁹ (Mapa 3).

El comportamiento del país es monomodal en la zona oriental, bimodal en las regiones Andina y Caribe, y cuasi monomodal en la región Caribe. En la región de la Orinoquia colombiana, las lluvias son abundantes a mediados



de año y solo se presenta un máximo. En la región Andina y Pacífica, hay dos temporadas de abundantes lluvias, entre marzo y mayo y entre septiembre y noviembre. En la región Caribe hay un máximo en las precipitaciones a mediados de año y disminuyen ligeramente en julio – agosto dando paso a un período de mayores lluvias entre septiembre y octubre ¹⁹ (Mapa 3).

Mapa 3. Precipitación media anual



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2017.

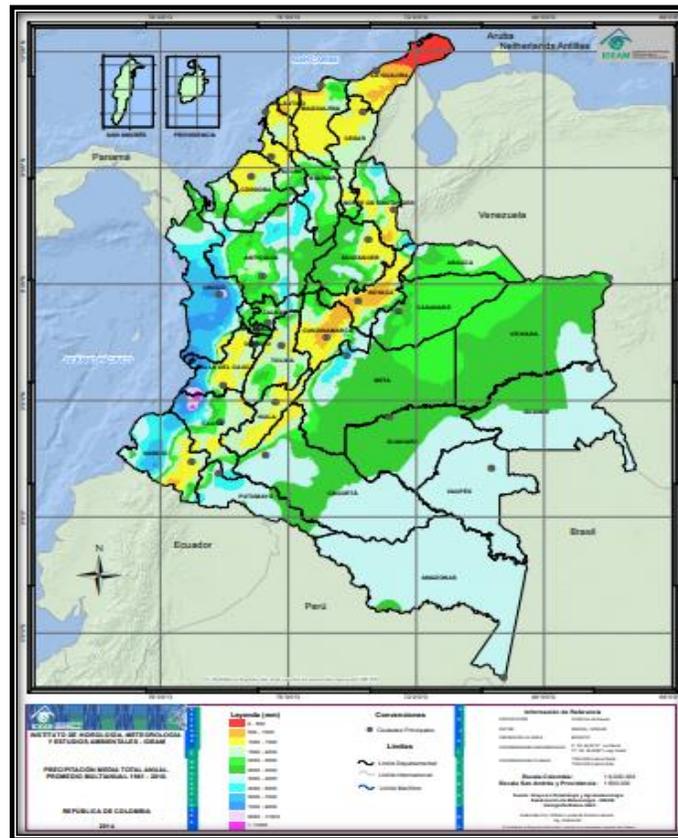
Humedad relativa del aire

La humedad en el territorio nacional es de tipo bimodal, está por encima del 60% siendo mayor en la región del Pacífico en donde está entre 85% y 95% valores similares se pueden observar en algunos sectores de la Sierra Nevada de Santa Marta. La diferencia entre el mes más húmedo y el más seco es del 10% a 15%. Julio y agosto son los meses de menor humedad, aunque en los Santanderes y en el altiplano cundiboyacense los menores valores pueden presentarse en enero y febrero. La época de humedades máximas corresponde a los meses de la segunda temporada lluviosa en casi toda la región ¹⁸ (Mapa 4).

La región Amazónica registra humedad media anual entre 80% y 90%, en la Orinoquía oscila entre 70% y 80%, valores que también se registran la región Andina y Caribe. Se observa humedad relativa por debajo del 70% en el valle del Magdalena, Huila, Tolima, La Guajira y un núcleo en el valle del río Cesar¹⁹ (Mapa 4).



Mapa 4. Humedad relativa media anual



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2018.

Amenazas

En el 2012, el Estado colombiano definió a través de la Política Nacional de Gestión del Riesgo, el concepto de Amenaza, como el “Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, que se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdida en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales”²⁰.

Amenazas de origen natural

En Colombia la más frecuentes amenazas son naturales (hidrometeorológicas y geológicas), dado que el país se encuentra en una zona de muy alta complejidad tectónica, en donde las placas de Nazca, Suramérica y del Caribe se encuentran, generando una alta actividad sísmica y volcánica²¹. Las condiciones geológicas y climáticas, han hecho que en los últimos 19 años en Colombia los desastres que ocurren, en un 88% de los casos correspondan a un origen hidrometeorológico²², lo cual se acentúa por las intervenciones antrópicas, como el uso del suelo en actividades agrícolas, ganaderas y la deforestación²³. El 29,0% del territorio nacional



tiene condiciones críticas de amenazas por fenómenos hidrometeorológicos, lo que traduce a 32,6 millones de hectáreas, ubicadas en Cundinamarca, Boyacá, Choco, eje cafetero y las sabanas de Casanare y Arauca²³.

Amenazas por inundación

Colombia es uno de los países con mayor diversidad pluviométrica en el mundo, debido principalmente a su localización geográfica, varios elementos meteorológicos de macro y meso escala, entre los cuales cabe destacar: las ondas del Este, la Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), las vaguadas y colas de frentes extra tropicales, los anticiclones de latitudes medias y bajas presiones cuasipermanentes en la costa Pacífica y en la Amazonia²⁴.

Las inundaciones son fenómenos hidrológicos recurrentes potencialmente destructivos, que se pueden clasificar en dos tipos: Inundaciones lentas, que son las que ocurren en las zonas planas de los ríos y con valles aluviales extensos, los incrementos de nivel diario son de apenas del orden de centímetros, reporta afectaciones de grandes extensiones, pero usualmente pocas pérdidas de vidas humanas, el tiempo de afectación puede fácilmente llegar a ser del orden de meses, en Colombia el ejemplo es la región de la Mojana.

El otro tipo de inundación son las crecientes súbitas, que aunque las áreas de afectación son menores, el poder destructivo es potencialmente mayor y cobra el mayor número de vidas cuando se presentan, responden rápidamente a la ocurrencia de fuertes precipitaciones en las partes altas de las cuencas, los incrementos de nivel son del orden de metros en pocas horas y el tiempo de permanencia de estas inundaciones en las zonas afectadas son igualmente de horas o pocos días, estas se presentan en todas las cuencas de alta pendiente de la región Andina principalmente. La creciente repentina es definida por la Organización Meteorológica Mundial, (OMM) como una “inundación de corta duración que alcanza un caudal máximo relativamente alto”

Colombia tiene un área de 1144. 074.972 hectáreas (ha), el 1,7% (1.604.559 ha) corresponde a cuerpos de agua y las zonas inundables periódicamente corresponden al 12% (13.156.953 ha). El IDEAM cuenta en la actualidad con mapas de amenaza por inundación a diferentes escalas desde nacionales (1:500.000 y 1:100.000) hasta escalas locales (1:5.000) para algunas áreas piloto seleccionadas. En 1998, el IDEAM registró zonas inundables periódicamente de 939.970 ha e inundaciones por 822.317 ha, los departamentos afectados por el fenómeno de la niña, por inundación en 1998 fueron Arauca (105.689 ha), Casanare (104.749 ha), Antioquia (77.860 ha), Chocó (72.724 ha), Bolívar (71.759 ha) y Córdoba (62.106 ha) (Mapa 5).

Para el 2000 se registraron 779.165 ha por inundaciones, afectando más a los territorios de Córdoba (107.677 ha), Arauca (106.175 ha), Chocó (102.254 ha), Casanare (84.178 ha), Antioquia (69.589 ha) y Bolívar (52.659



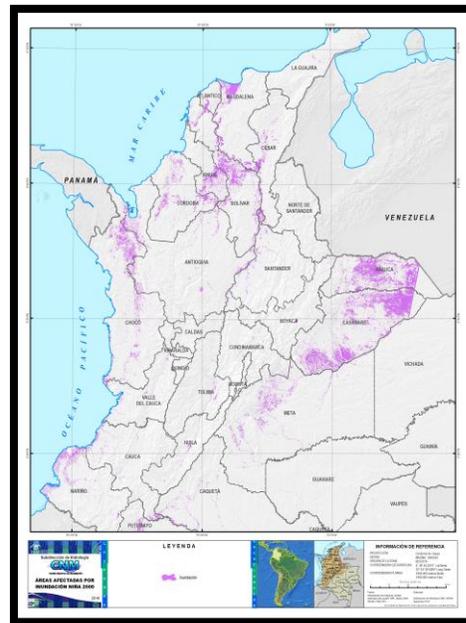
ha). En 2011 el fenómeno de la Niña, ocasiono 1.983.979 ha inundadas, concentrándose más en Bolívar (342.027 ha), Magdalena (244.092 ha), Córdoba (184.213 ha), Casanare (168.489 ha), Sucre (153.839 ha), Meta (148.870 ha), Cesar (139.908 ha), Antioquia (134.764 ha) y Santander (118.833 ha) (Mapa 5).

En 2012 se registraron 245.892 ha inundadas por efecto del fenómeno de la Niña, los departamentos con más áreas inundadas fueron Bolívar (46.029 ha), Magdalena (36.248 ha), Atlántico (18.539 ha), Córdoba (17.556 ha), Arauca (15.312 ha), Sucre (13.665 ha) y Antioquia (12.957 ha) (Mapa 5).

Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia

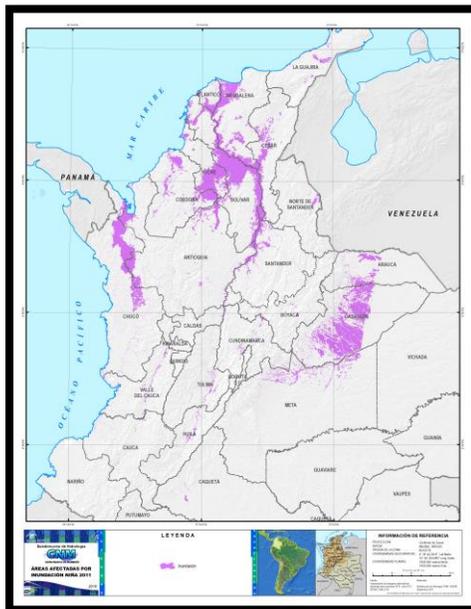
1998

2000

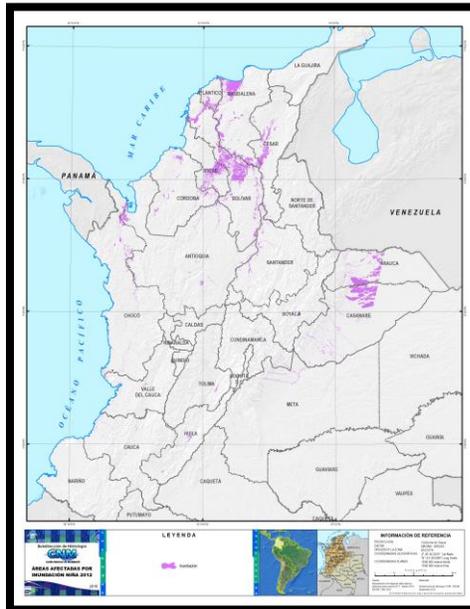




2001



2012



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), 2016.

En 2016, los departamentos con mayor amenaza de crecientes súbitas corresponden a Cundinamarca, Boyacá, Risaralda, Caldas, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, Norte de Santander, Cauca y Bolívar. El 28% de la población está expuesta a inundaciones, es decir cerca de 12 millones de personas. Los territorios con mayor población expuesta a inundaciones son Magdalena, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Cesar, Cundinamarca y Meta. 31% de población expuesta a amenaza alta y media por movimientos en masa, asociados a crecientes súbitas (Mapa 6)

El 12,0% del territorio nacional se encuentra localizado en áreas con una mayor susceptibilidad a inundarse, estas áreas corresponden: 1) a los Valles aluviales en las regiones Caribe y Pacífica, asociados con el río Magdalena, la depresión Momposina, los valles de los ríos Sinú y Alto San Jorge, y en las tierras bajas cercanas al río Atrato, en el Chocó y los deltas de los ríos San Juan, Telembí, Patía y Mira; 2) Valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, lo mismo que en la Sabana de Bogotá y 3) Llanuras bajas de las cuencas de los ríos de la Orinoquía y la Amazonía (Mapa 6).



Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2016.

Amenazas de origen volcánico

Colombia está ubicada en la zona de interacción de tres placas tectónicas: la placa Nazca, la placa Suramericana y la placa Caribe. Así mismo, el territorio colombiano se localiza dentro del llamado cinturón de fuego del Pacífico producen un cinturón de volcanismo. La mayoría de los volcanes están ubicados en la cordillera central, si bien hay vestigios de actividad volcánica en las cordilleras occidental y oriental. La actividad volcánica registra varias manifestaciones que pueden causar daños en la población como son los sismos, gases volcánicos, caída de piroclastos, flujos de piroclastos, flujos de lodo, flujo de lava y ondas de choque²⁵.

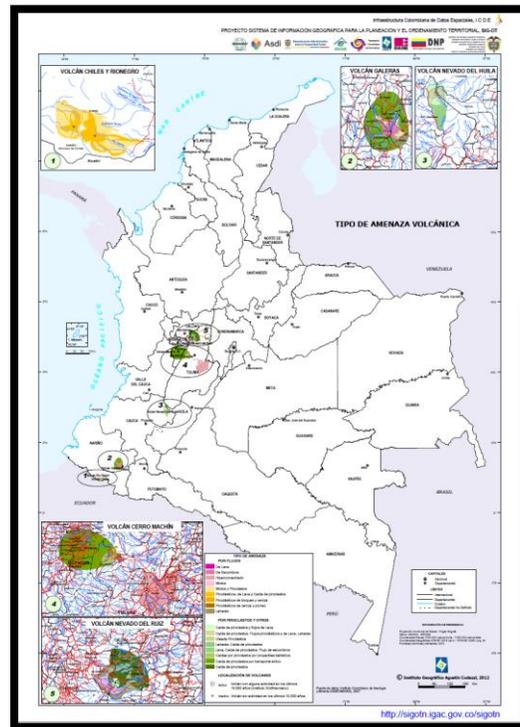
Los Observatorios Vulcanológicos del Servicio Geológico Colombiano (SGC) a marzo de 2019, monitorea 20 de 29 volcanes e informo sobre los cambios en estos volcanes. El 35,0% (7) volcanes se encuentran en nivel III amarillo que contempla cambios en el comportamiento de la actividad volcánica, existe la posibilidad de registrar sismos, emisiones de cenizas, lava, cambios morfológicos, ruidos, olores a gases volcánicos que pueden afectar la calidad de vida de la población en zonas de influencia volcánica. Dichos volcanes fueron Nevado del Ruiz (Caldas y Tolima); Volcán Sotará (Cauca); Nevado del Huila (Huila, Cauca y Tolima); Cerro Machín (Tolima); Cerro Negro de Mayasquer, Volcán Chiles y Volcán Cumbal en Nariño²⁶ (Mapa 7).



El 65% (13) volcanes están en nivel IV es decir volcán activo con comportamiento estable y son: Cisne (Caldas); Volcán Romeral (Caldas); Volcán San Diego (Caldas); Nevado de Santa Isabel (Caldas, Risaralda y Tolima); Volcán Puracé (Huila y Cauca); Volcán Azufral (Nariño); Volcán Las Ánimas (Nariño); Volcán Doña Juana (Nariño y Cauca); Volcán Paramillo de Santa Rosa (Risaralda); Nevado del Quindío (Risaralda y Tolima), Cerro Bravo (Tolima), Nevado del Tolima (Tolima) y Volcán Galeras en Nariño²⁶ (Mapa 7).

Otros volcanes que podrían generar una amenaza son el Volcán Alto de Mulatos (Antioquia); Volcán Arboletes (Antioquia); Volcán del Totumonota (Bolívar); Volcán Paipanota (Boyacá); Volcán El Escondido (Caldas); Volcán Alto Mellizos (Caldas); Volcán Petacas (Nariño y Cauca) y el Volcán Bordoncillo (Nariño y Putumayo) (Mapa 7).

Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Servicio Geológico Colombiano

Amenazas de origen sísmico

Colombia se encuentra en una región sísmicamente activa, esto debido a que encuentra en la interacción de cuatro placas tectónicas: Suramericana, la del Caribe, de Nazca y los Cocos, que generan fallas geológicas activas como la de Romeral, Algeciras, frontal del Piedemonte Llanero, entre muchas más²⁷. De acuerdo con el Servicio Geológico Colombiano, (SGC), el país está dividido en tres niveles de amenaza: alta, intermedia y baja.



La categorización de la amenaza tiene en cuenta la ubicación de las zonas de convergencia de las placas tectónicas y de las fallas activas, los sismos ocurridos de cualquier magnitud, ya sea medidos por las redes sismológicas o caracterizados por reportes históricos del SGC²⁸.

Los resultados de evaluación de la amenaza sísmica se visualizan mediante mapas nacionales de aceleración máxima del terreno (PGA). Los territorios en zona de amenaza sísmica baja, definida como cuyo sismo de diseño no excede una aceleración pico efectiva (Aa) de 0,1 g, se encuentran en Barranquilla, Cartagena, Riohacha, Leticia, Mitú, Puerto Carreño, Puerto Inírida, San Andrés, San José del Guaviare, Sincelejo y Valledupar²⁹ (Mapa 8)

Los territorios en zona de amenaza sísmica intermedia: definida para regiones donde existe la probabilidad de alcanzar valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,1 g y menores o iguales de 0,2 g, se localizan en Arauca, Bogotá D.C, Florencia, Ibagué, Medellín, Montería, Santa Marta y Tunja. En zona de amenaza sísmica alta, definida como aquellas regiones donde los temblores son muy fuertes con valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,2 g, se encuentran Armenia, Bucaramanga, Cali, Cúcuta, Manizales, Mocoa, Neiva, Pasto, Pereira, Popayán, Quibdó, Villavicencio y Yopal (Mapa 8).

El 95% de los territorios en amenaza sísmica alta, se encuentran en Huila, Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Risaralda, Cauca y Quindío, departamentos con al menos un evento sísmico que generó pérdidas documentadas desde 1.566 reporte del primer sismo en el catálogo histórico del país³⁰.

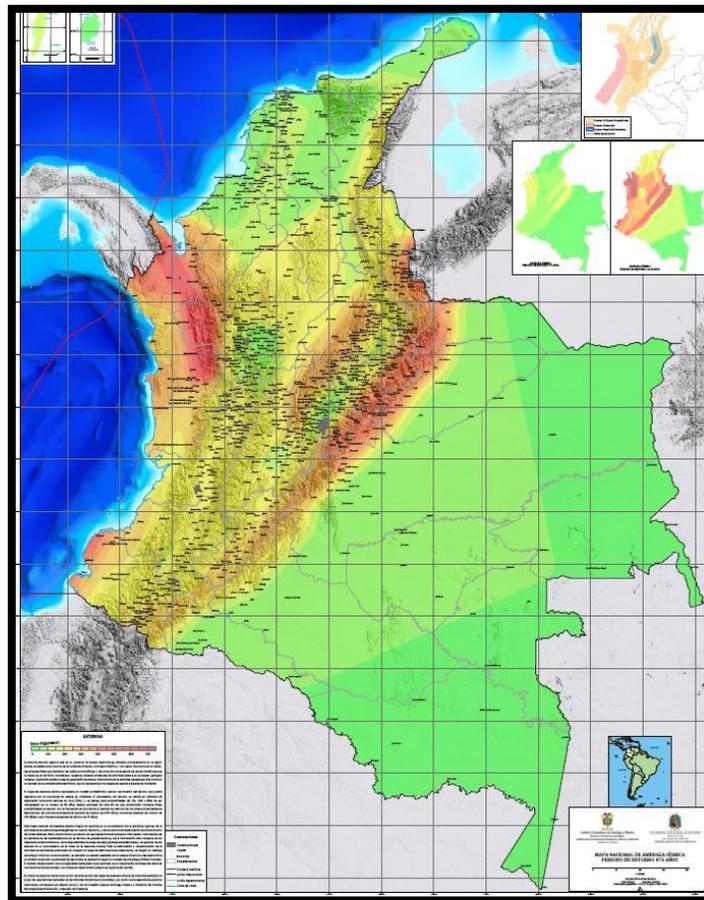
La región Pacífica se encuentra expuesta a amenaza sísmica alta, asociada con la zona de subducción del océano Pacífico, que tiene la capacidad de liberar las mayores cantidades de energía sísmica, en esta región acontecieron los sismos de 1.906 y 1.979, que se destacan por ocasionar un tsunami que afectó principalmente la población de Tumaco, municipio localizado en la costa Pacífica nariñense³⁰.

En la región Andina, las zonas de amenaza sísmica alta se deben a la actividad de fallas superficiales como Romeral, Cauca, Palestina y Frontal de la Cordillera Oriental, que tiene características para generar sismos superficiales de gran poder destructivo, como los de Suaza (1827), Huila (1967), Popayán (1983), Páez (1994), Tauramena (1995) y Eje Cafetero (1999). En el norte del Valle del Cauca, sur del Chocó y Eje Cafetero se presenta sismicidad de profundidad intermedia (entre 66 y 300 km), con eventos de magnitud alrededor de 6,0 a 6,5, que han generado importantes daños en Cali (1925), Manizales, Pereira y en otras poblaciones como los del sur de Antioquia y el norte del Valle del Cauca (en 1938, 1961, 1962, 1973, 1979 y 1995)³⁰.



Desde 1644 a marzo del 2019 el país ha registrado 52 sismos con intensidades mayores o iguales a ocho (VIII) en la Escala Macro sísmica Europea de 1998, (EMS – 98), 37 sismos que corresponde a la categoría “causa daños severos” A mucha gente le cuesta mantenerse de pie, muchas viviendas muestran grietas grandes en los muros. Unos pocos edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios en los muros, mientras que las estructuras antiguas y débiles pueden colapsar³¹, registrados en Arauca, Boyacá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander, Costa Pacífica, Darién, Esmeralda, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y el Eje Cafetero (Tabla 1).

Mapa 8. Zonas de amenaza sísmica periodo de retorno 475 años. Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Servicio Geológico Colombiano http://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza_Sismica/

En nueve territorios de Cauca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima y Colón se registraron sismos con intensidad de IX, que son “destructivos”, que corresponde a la categoría pánico general, con muchas construcciones débiles que colapsan, incluso los edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios: fallas graves en los muros y fallas estructurales parciales³¹ (Tabla 1).



En Antioquia (1.992), Huila (1.827 y 1.967), Norte de Santander (1.875) y Costa Pacífica (1.906 y 1.979) han registrado sismos con categoría X, “Muy destructivo”, muchos edificios ordinarios bien contruidos colapsan (Tabla 1).

Tabla 1. Grandes sismos con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, Colombia 1644 a 2018

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1644	9	MW	Pamplona	Norte de Santander
1646	8	MW	Muzo	Boyacá
1736	8	MW	Popayán	Cauca
1743	8	MW	Foyeque	Cundinamarca
1766	8	MW	Buga	Valle del Cauca
1805	9	MW	Honda	Tolima
1826	8	MW	Úmbita	Boyacá
1827	10	MW	Altamira	Huila
1834	9	MW	Santiago	Putumayo
1834	8	MW	Santa Marta	Magdalena
1875	10	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1882	9	MW	Colón	Panamá
1884	8	Mm	Herveo	Tolima
1885	8	MS	El Tambo	Cauca
1906	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1917	9	MW	Villavicencio	Meta
1923	9	MW	Cumbal	Nariño
1923	8	MW	Medina	Cundinamarca
1926	8	ML	Cumbal	Nariño
1928	8	MW	Chinavita	Boyacá
1933	8	MS	Linares	Nariño
1935	8	MW	Tangua	Nariño
1935	8	MW	Pueblo Rico	Risaralda
1935	8	MW	Imués	Nariño
1936	8	MW	Túquerres	Nariño
1938	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1942	8	MW	Santa Cruz de Lorica	Córdoba
1947	8	MW	Pasto	Nariño
1950	9	MW	Arboledas	Norte de Santander
1953	8	MW	Guaitarilla	Nariño
1958	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1961	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1962	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1967	10	MW	Colombia	Huila
1967	8	MW	Betulia	Santander
1970	8	MW	Bahía Solano	Chocó
1973	8	MW	Convención	Norte de Santander
1974	8	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1976	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1976	8	MW	Darién	Panamá
1979	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1979	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1981	8	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1983	9	MW	Popayán	Cauca



Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1992	10	MW	Murindó	Antioquia
1993	8	MW	Puerto Rondón	Arauca
1994	8	MW	Páez (Belalcázar)	Cauca
1995	8	MW	Tauramena	Casanare
1995	8	MW	Calima	Valle del Cauca
1999	9	MW	Armenia	Quindío
2004	8	MW	Bajo Baudó	Chocó
2008	8	MW	Quetame	Cundinamarca
2013	7	MW	Guaitarilla	Nariño
2014	6	MW	Chiles, Cumbal	Nariño
2015	7	MW	Los Santos	Santander
2016	6	ML	Colombia	Huila

Magnitud local, ML Magnitud de ondas superficiales, MS Magnitud de momento, Mw

Fuente: Sismicidad histórica de Colombia. Servicio Geológico Colombiano, SGC.

Amenazas de origen de remoción en masa

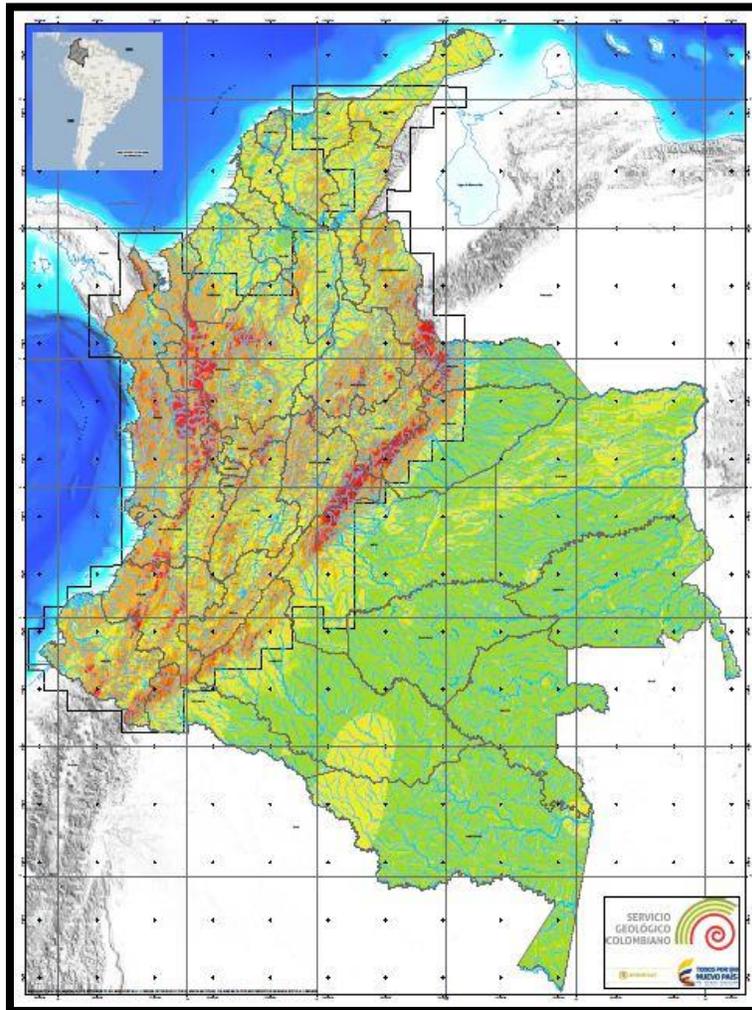
La remoción en masa es el desplazamiento de un volumen de material litológico, suelo, roca o cobertura vegetal, escombros o una combinación hacia abajo por acción de la fuerza de gravedad, la influencia de la pendiente del terreno y la cohesión o características del material en cada caso³². Los factores causales de movimientos en masa se ven favorecidos por condiciones geológicas, geomórficas, geomorfológicas, procesos físicos y antrópicos. Los movimientos de masa pueden ser de cinco tipos deslizamiento, caídas, volcamiento, flujos y reptación³³.

De acuerdo con los datos del SGC la evaluación de amenaza por movimientos en masa, en una escala 1:500.000, que cubre el 52,5% del área continental de Colombia, se observa que predomina la amenaza baja (75,16% del área), le sigue la amenaza media (23,5%), mientras que la amenaza alta y la muy alta cubren solo el 1,34%, coincidiendo con zonas inestables del piedemonte llanero³⁴ (Mapa 9).

Por otra parte, a una escala de 1:100.000, se tiene que el nivel de amenaza relativa predominante es el medio (47,64%), seguido por la amenaza alta (42,17%); la amenaza muy alta (7,4%) y la amenaza baja (2,79%). Con base en el análisis de la distribución espacial de la amenaza a nivel nacional a escala 1:100.000, se tiene que el 49,6 % del área presenta niveles de amenaza muy alta y alta por movimientos en masa, principalmente en las regiones Andina y Pacífica, donde de los 27 departamentos que entraron en la zonificación, 12 presentan más de un 50 % de su área expuesta a este fenómeno, como Chocó (72,45%), Caldas (62,54%), Cauca (58,4%) y Huila (57,4%)³⁴ (Mapa 9).



Mapa 9. Amenaza relativa por movimientos en masa integrado 2010 y 2015. Colombia



Fuente: Servicio Geológico Colombiano. Amenaza remoción de masa

La amenaza muy alta se concentra principalmente en la vertiente de los ríos Cauca y Patía, en la parte norte de la cordillera Oriental y en la cordillera Occidental. En la cordillera Oriental se destaca la inestabilidad de la zona debido al fracturamiento de los materiales asociado con la presencia de fallas. La amenaza alta se concentra especialmente en algunos sectores de la cordillera Central, en la Sierra Nevada de Santa Marta, en los macizos de Quetame, Santander y en el piedemonte de la cordillera Oriental³⁴ (Mapa 9).

Amenazas por erosión del suelo

La erosión de los suelos es la pérdida físico-mecánica del suelo, con afectación en sus funciones y servicios ecosistémicos, que produce, desertificación (ecosistemas secos), reducción de la biomasa del suelo, pérdida de nutrientes entre otras y la reducción de la capacidad productiva de los mismos. La erosión es un proceso natural; sin embargo, esta se califica como degradación cuando se presentan actividades antrópicas indebidas



que lo aceleran, intensifican y magnifican. Por tanto, la degradación de suelo por erosión corresponde a “la pérdida de la capa superficial de la corteza terrestre por acción del agua y/o del viento, que es mediada por el hombre, y trae consecuencias ambientales, sociales, económicas y culturales”³⁵.

Existen dos tipos de erosión: la hídrica y la eólica. La erosión hídrica es causada por la acción del agua (lluvia, ríos y mares) en las zonas de ladera, cuando el suelo está desnudo (sin cobertura vegetal). En estos casos las gotas de lluvia o el riego, ayudadas por la fuerza gravitacional, arrastran las partículas formando zanjas o cárcavas e incluso causando movimientos en masa en los cuales se desplaza un gran volumen de suelo. Por otra parte, la erosión eólica es causada por el viento que levanta y transporta las partículas del suelo, produciendo acumulaciones (dunas o médanos) y torbellinos de polvo³⁵.

El 40% del territorio presenta algún grado de erosión, equivalente a 45.379.058 ha de la superficie continental e insular del país. De esta parte del territorio afectado, el 20% (22.821.889 ha) presenta erosión ligera o surcos, el 17,0% (19.222.575 ha) erosión moderada o surquillos, el 3% (3.063.204 ha) erosión severa o laminar y el 0,2% (271.390 ha) erosión muy severa o terraceo³⁵ (Mapa 10).

De acuerdo con los datos del IDEAM, se identificaron 34 focos de erosión, que corresponde a todas las áreas hidrográficas que presentan focos de erosión: 16 en el área hidrográfica Magdalena–Cauca, ocho en la del Caribe, cuatro en la del Amazonas, tres en la del Orinoco y dos en la del Pacífico. Los principales focos de erosión se ubican en las zonas secas del país, en particular en las vertientes de la cordillera oriental, en las serranías del Caribe y en los cañones del área hidrográfica Magdalena – Cauca; pero también aparecen recientemente en el piedemonte de Caquetá – Putumayo, en la zona minera del Pacífico y en la isla de Providencia, donde se identificó un foco de erosión³⁵ (Mapa 10).

Todos los suelos de los departamentos del país presentan algún grado de degradación por erosión. Los que presentan más del 70% de su área afectada es decir mayor "magnitud de degradación por erosión", son: Cesar (81,9%), Caldas (81,9%), Córdoba (80,9%), Cundinamarca (80,3%), Santander (79,4%), La Guajira (79,3%), Atlántico (77,9%), Magdalena (76,9%), Sucre (75,1%), Tolima (73,7%), Quindío (72,7%), Huila (72,5%) y Boyacá (72,1%). En tanto que, los departamentos que presentan mayor proporción de su área afectada por grados de erosión severo y muy severo, son: La Guajira (28,1%), Magdalena (16,5%), Cesar (12%), Huila (8,4%), Sucre (7,6%), Santander (7,6%), Tolima (7,5%), Boyacá (6,8%), Atlántico (6,4%), Norte de Santander (5,7%) y Valle del Cauca (5,4%)³⁵ (Mapa 10).



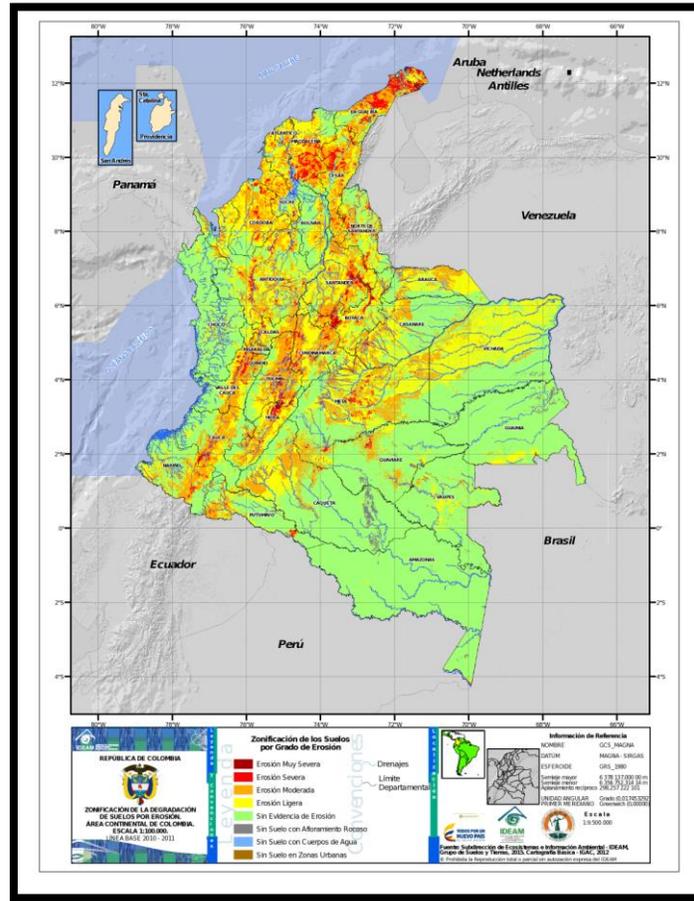
Entre las principales causas directas de la degradación de los suelos por erosión, en el país se encuentra: la deforestación, según informes del IDEAM 2015, más del 60% de las áreas deforestadas entre 1990 y 2010 se encuentran con algún grado de erosión, equivalentes a cuatro millones de hectáreas; las actividades y factores socioeconómicos, que mayor presión ejercen sobre los suelos y ocasionan degradación por erosión, se localizan en: los distritos de riego (94,4%), en los territorios agropecuarios (agrícolas 92,9%, agropecuario 88,2%, ganaderos 77,3%), en territorios con conflictos de uso por sobreutilización de los suelos (90,9%), subutilización (80,4%) y por los incendios de la cobertura vegetal (80,9%); otra causa importante, es la minería, en sus distintas formas, que ocasionan el proceso de degradación por erosión más severo, cuyas manifestaciones son los surcos, cárcavas y la ocurrencia de incendios de las coberturas vegetales, que tienen mayor frecuencia en los ecosistemas de climas secos³⁵.

Durante el primer trimestre 2017, se detectaron ocho núcleos Activos de Alertas Tempranas de Deforestación, (AT-D) el principal foco ubicado ríos Yari y Caguán, en el Caquetá; en los municipios de San Vicente del Caguán, Cartagena del Chairá, Solano y Puerto Rico. El segundo núcleo localizado en Guaviare en los municipios San José del Guaviare y La Macarena. El tercer foco en los municipios de Tibú, El Tarra y Sardinata en Norte de Santander. El cuarto foco se ubica en Guaviare en El Retorno y Calamar. El quinto núcleo se localiza en San José del Guaviare, en el resguardo indígena Nukak Maku y en las veredas Caño Mosco, Caño Negro y Caño Blanco. El sexto foco localizado en el municipio de Uribe, Meta. El séptimo núcleo ubicado en Córdoba en el municipio de Tierra Alta y el octavo núcleo localizado en Chocó, los puntos de alertas de esta zona están asociados a actividades mineras se detectan en cercanías al río Quito, en los municipios Río Quito, El Cantón del San Pablo, Istmina y Medio y San Juan³⁶.

Para 2018 entre julio y septiembre, se evidencia que, en las regiones Amazónica, Andina y Pacífico persiste la deforestación, los tres principales departamentos identificados en alertas tempranas de deforestación son Guaviare (17,3%), Meta (16,4%) y Norte de Santander (14,4%). Sin embargo, hay otros territorios de la región Amazónica que continúan desarrollando esta actividad y son: San Vicente del Caguán, Calamar, El Retorno, San José de Guaviare, La Macarena y La Uribe. En la región Andina se registra en Tierra alta, Puerto Libertador, Tarazá, Segovia, Remedios, Tibú, Sardinata y Mapiripán.



Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e información Ambiental - Grupo de Suelos y Tierras, (IDEAM),2015.

Amenazas por sequías

Dentro de la escala de variabilidad interanual en el océano Pacífico tropical son posibles tres condiciones: El Niño (calentamiento extremo), condiciones normales y La Niña (enfriamiento extremo). El ciclo conocido como La Niña y El Niño u Oscilación del Sur (ENOS), es la causa de la mayor señal de variabilidad climática en la franja tropical del océano Pacífico, en la escala interanual³⁷. En condiciones del fenómeno de El Niño, se presenta déficit de precipitación las regiones Caribe, Andina centro y norte de la región Pacífica, en la Orinoquía y Amazonía, excepto en los piedemontes amazónico y llanero en los que se pueden presentar exceso; bajo la influencia del fenómeno de La Niña la respuesta es inversa: abundantes precipitaciones en gran parte del país, excepto en los piedemontes³⁸.

La sequía es definida por la Organización Meteorológica Mundial - OMM como un fenómeno natural insidioso caracterizado por precipitaciones inferiores a lo esperado o inferiores a lo normal o aguas superficiales limitadas



que, cuando se extiende durante una temporada o período prolongado, son insuficientes para satisfacer la demanda humana, actividades económicas y el medio ambiente³⁹.

Las sequías de mayor efecto territorial que se han registrado durante el periodo 1981 y 2015, han estado localizado en los territorios de las zonas Caribe y Andina, territorios con mayor población y producción agrícola. Las sequías severas y extremas se han presentado en el país en 1985, 1988, 1991 a 1992, 1997 a 1998, 2001, 2009 y 2015 a 2016. La sequía en 1985 afectó la Región de la Orinoquia y norte de la Amazonia, mientras en la región Andina siendo de intensidad moderada, sin afectación en la región Caribe. La sequía entre 1991 y 1992: Una de las más importantes e intensas sequías en la historia del país, combinando su intensidad y duración. A partir del primer semestre de 1991, comenzó a incidir en las regiones Caribe, Centro y Norte de la Andina. El periodo más intenso sobre el centro y sur del país se presentó durante el primer semestre de 1992, en la mayor parte de los departamentos de la Región Andina, alcanzando valores extremos en Huila, Cundinamarca, Nariño, Santander y Antioquia³⁹.

La sequía comprendida entre 1997 y 1998, fue un poco más corta en su duración que la anterior, se extendió por todo el país, con una intensidad extrema durante el segundo semestre de 1997. Al oriente del país su efecto fue muy local durante el segundo semestre de 1998. La sequía de 2001 fue una de las más importantes sequías presentadas en Nariño ya que el periodo seco se extendió hasta el primer semestre de 2003. Tuvo alta incidencia sobre el centro y sur de las regiones Andina, Caribe y en el piedemonte de la cordillera oriental. Sin afectar la Amazonia y el Chocó. La sequía del 2009 se registró con mayor intensidad en el segundo semestre de 2009 en todo el territorio, con intensidad severa sobre Antioquia, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Valle y Tolima. La sequía del segundo semestre de 2010 solo afectó las precipitaciones en la Amazonia. La sequía registrada entre 2015 y 2016, junto con la de 1992, ha sido una de las sequías más prolongadas y de mayor incidencia territorial de la historia, afectando la mayor parte de los territorios de las regiones Caribe y Andina, con intensidad severa. Comenzó en el primer semestre de 2015 en áreas de la Región Caribe, extendiéndose a la Región Andina, alcanzando su mayor intensidad durante el segundo semestre, en importantes regiones agrícolas de los Altiplanos Cundiboyacenses y nariñense, sobre el Alto y Medio Magdalena y Cauca³⁹.

En relación con las sequías menos severas, con menor cubrimiento territorial y de corta duración, ocurrieron durante 1982 a 1983, 1986 a 1987 y 2002 a 2003. El estudio de sequía identificó, que las zonas con mayor incidencia de sequías de larga duración, se localizan en La Guajira, norte del Cesar, sur de Bolívar y occidente de Santander, en el Medio y Bajo Magdalena, así como en el Eje Cafetero, el Altiplano de Cundinamarca, Boyacá y sectores del Cauca³⁹.



Sistema de transporte

Colombia se encuentra en la parte media del continente americano, lo que facilita su comunicación con todos los continentes. A continuación, se resume de manera general el sistema de transporte terrestre, aéreo y marítimo.

Sistema terrestre

Colombia en los últimos años ha realizado construcciones de vías, carretera y puentes, se disponen en carreteras de 206.727 kilómetros cuadrados (km²), de los cuales 19.306 km² son de la red primaria Nacional, 45.137 km² son de la Red Secundaria Nacional y 142.284 km² corresponden a la Red Terciaria Nacional. Dispone de 5.097 puentes a nivel nacional y 1.266,80 km² de doble calzada, 10 viaductos y 40 túneles. Las carreteras a cargo del Instituto Nacional de Vías (INVIAS) al segundo semestre del 2018 fueron 7.019,56 km², de los cuales el 84,9% (5.957,74 km²) se encuentran pavimentados, el 14,9% (1.043,86 km²) están sin pavimentar y el 0,3% (17,97km²) están en intervención⁴⁰ (Mapa 11).

La red de carreteras en Colombia está integrada por ocho troncales (norte - sur) y 19 transversales (este - oeste). La cobertura de carreteras pavimentadas por cada millón de habitantes es de casi 276 kilómetros, tasa menor al patrón internacional, que es de 683 kilómetros para países de ingreso medio a bajo¹⁵. El corredor ferroviario está compuesto por 3.154 kilómetros, de los cuales 1.915 (60,7%) están en servicio. La estructura ferroviaria activa está integrada por tres grandes segmentos: del Atlántico, del occidente y del nordeste¹⁵

Sistema aéreo

El transporte aéreo es un modo de transporte reciente, Colombia cuenta con tres operadores del mercado doméstico: Avianca, LAN, COPA que manejan el 80% de las operaciones del mercado. El resto corresponde a aerolíneas de bajo costo como VivaAir, Easy Fly, ADA y Satena, entre otras. Para 2015, la red de transporte aéreo cuenta con cerca 581 aeródromos, 75 aeropuertos de los cuales 51 se encuentran bajo control de la Aeronáutica Civil, 11 en concesión, 3 en comodato y 3 explotados por la Aerocivil⁴¹. La Aeronáutica Civil ha dado la connotación de aeropuerto Internacional a Cúcuta, Palonegro, Cartagena de Indias, Matecaña, Cali, Barranquilla, Bogotá D.C, Rionegro, Santa Marta, Pereira, La Tebaida, Leticia, Riohacha y San Andrés (Mapa 11). Entre 2002 y 2017 el Producto Interno Bruto (PIB) del sector transporte aéreo registra una tendencia creciente y positiva, pasando de 1.002 a 4.128 miles de millones de pesos. Esto implica que la participación en el PIB nacional oscila entre los 9,5% y 10,9% en los últimos 15 años, lo cual refleja la demanda del transporte aéreo y su avance en la economía nacional⁴².

*Sistema marítimo y fluvial*

El sistema de transporte fluvial en Colombia puede dividirse en cinco cuencas principales: las cuencas de Atrato y Magdalena que fluyen hacia el norte y el Mar Caribe, en la cuenca del Caribe se encuentran los puertos de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla y en la cuenca Magdalena se cuenta con Puerto Berrío y Barrancabermeja. Las cuencas Orinoco y Amazonas que fluyen hacia el Océano Atlántico. En la cuenca del Orinoco los puertos de Cabuyaro y La Banqueta y en la cuenca del Amazonas se encuentran las estaciones pluviométricas en Puerto Asís y Leticia. La Cuenca del Pacífico, desemboca en el Océano Pacífico y se tienen los puertos de Tumaco y Buenaventura. Los principales ríos dentro de estas cuencas representan un total de 24.725 kilómetros de largo de los cuales 7.063 kilómetros son permanentemente navegables y 6.500 kilómetros no son navegables. El total de kilómetros navegables es de 18.225 kilómetros, si se incluyen también los ríos que son parcialmente navegables⁴³. Para 2017 el País dispone de 13 zonas portuarias y 77 muelles (Tabla 2).

Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017

Zona portuaria	Canal de acceso	Puerto Marítimo
San Andrés Isla	San Andrés Isla	San Andrés Port Society S.A y Chevron Export S.A.S
La Guajira	Portete	Sociedad Portuaria de Península S.A PENSOPORT S. A
	Puerto Bolívar	Cerrejón zona norte S. A
	Dibulla	Puerto Brisa S.A
Santa Marta	Santa Marta	Sociedad portuaria regional de Santa Marta S. A
Ciénega	Ciénega	American Port Company INC, Sociedad Portuaria Nuevo S.A y Sociedad Portuaria Río Córdoba S. A
Barranquilla	Barranquilla	Sociedad portuaria MICHELIMAR S.A, Sociedad portuaria Regional de Barranquilla S.A, Palermo Sociedad Portuaria S.A y otros.
Cartagena de Indias	Cartagena de Indias	CONTECAR S.A, Sociedad Portuaria Regional de Cartagena S.A, COMPAS S.A y otros.
Tolú	Golfo de Morrosquillo	Compas S. A
Turbo	Turbo	Punta de Vaca S. A
Buenaventura	Buenaventura	TCBUEN S.A, Sociedad Portuaria Regional de Buenaventura S.A, COMPAS S.A y Grupo Portuaria S. A
Tumaco	Tumaco	Sociedad Portuaria Regional de Tumaco S. A
Magdalena	Río Magdalena	Puerto PIMSA, PSR Magangué, Puerto Impala, Barrancabermeja S.A, ECOPETROL S.A, SP, Barrancabermeja S.A, Naviera Central S. A

Fuente: Superintendencia de Puertos y Transporte –SUPERTRANSPORTE

En 2018 el volumen de carga transportada en los ríos colombianos fue 168.445.404 de toneladas, es limitado en comparación con otros países y otros modos de transporte. Las vías fluviales a cargo del INVIAS a 2017 reportan 24.725 km², de los cuales el 73,7% (18.224 km²) se encuentran navegables y el 26,3% (6.500 km²) no navegables⁴².



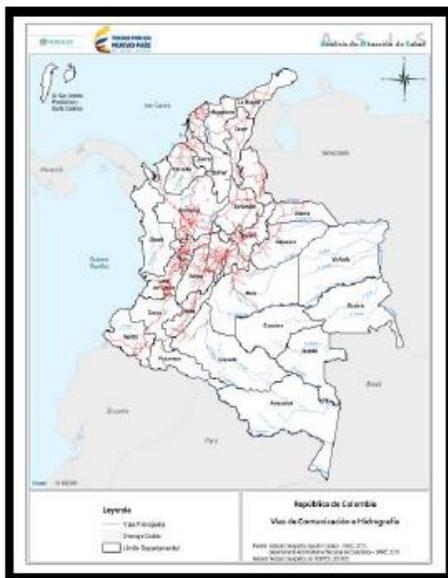
Sistema férreo

Por el momento en Colombia los sistemas férreos son: La Red Férrea del Atlántico conformada por Bogotá – Santa Marta y los ramales Bogotá – Belencito y Bogotá – Lenguazaque con una extensión de 1.493 km, atravesando Cesar, Magdalena, Santander, Boyacá, Antioquia, Cundinamarca y Caldas. La Red Férrea del Pacífico, que cubre 498 Km, en el tramo Buenaventura – Cali – Zarzal – La Tebaida en Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca⁴⁴. En 2017, el INVIA operaban el 86,8% (1.222,7Km) de la vía férrea del país y el 13,2% (186Km) de la operación estaba en empresas privadas (Mapa 11).

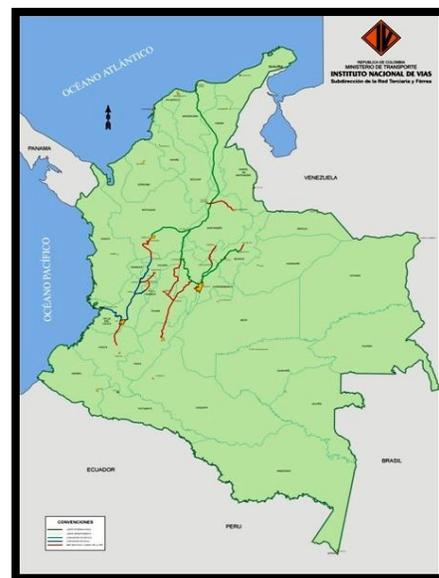
Colombia se enfrenta al reto de tener más competitividad y participar de forma más activa en la economía internacional, al adherir a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esto implica integrar los sistemas de transporte para ofrecer oportunidades de acceso, progreso en la economía del país. En los resultados del Índice de Competitividad Global 2017 y 2018, registran que para el ítem de infraestructura en la calidad de las carreteras el puesto 109 con una calificación 3,0; calidad en la infraestructura ferroviaria el obtuvo el puesto 96 para una calificación de 1,5, calidad en la infraestructura aérea puesto 81 y calificación de 4,1; la calidad de la infraestructura portuaria de 3,8 para un puesto 77. Cabe resaltar, que Colombia ha venido avanzando en comparación con el periodo 2012 y 2016 donde ocupaba puestos 130 a 120 para este ítem. Sin embargo, el país continuará trabajando en concluir esfuerzos para mejorar en la infraestructura de las vías de comunicación el país⁴⁵.

Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea

Sistemas terrestre y fluvial



Sistema férreo





Contexto político

“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”.

División político-administrativa

La Constitución Política de 1991, establece que Colombia está dividida política y administrativamente en entidades territoriales cuya asignación descentralizada en lo político promueve la democracia a través de la participación ciudadana en el proceso electoral y en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas administrativos de interés económico y social; en lo administrativo compromete a las entidades departamentales y municipales con la gestión de sus asuntos traspasando competencias; en lo fiscal, participa en los ingresos corrientes de la nación y en la autonomía para establecer los tributos necesario hacia el cumplimiento de sus funciones.¹⁵ Actualidad el país se divide en 32 departamentos, diez distritos: Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Buenaventura, Riohacha, Mompox, Turbo, Cali, Tumaco, Barrancabermeja⁴⁶ y Bogotá siendo éste último el distrito capital y 1.123 municipios, este conteo que incluye a todos los distritos especiales y los corregimientos departamentales. Los últimos municipios creados fueron Guachené (Cauca) 2006, San José de Uré y Tuchín (Córdoba) en 2007, Norosí (Bolívar) en 2007, San Felipe y Barrancominas (Guainía) en 2018⁴⁷ (Mapa 12). Con 10 áreas metropolitanas, que corresponde a Bogotá, Valle de Aburrá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena de Indias, Cúcuta, Santa Marta, Ibagué y Centro Occidente.

Mapa 12. División político-administrativa





En adición, *“la legislación nacional otorga a los indígenas el derecho sobre los territorios ancestralmente ocupados, su aprovechamiento y el uso de los recursos naturales. La legitimización y reconocimiento de las tierras se hace bajo la Gráfico jurídica de Resguardos Indígenas en propiedad colectiva de la misma, con carácter imprescriptible e inembargable”*. Colombia tiene gran riqueza por su diversidad de pueblos indígenas; para 2002 el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA) –como institución del Estado encargada de promover el acceso a la propiedad rural y su ordenamiento social, ambiental y cultural para propiciar el desarrollo productivo sostenible de la economía campesina, indígena y negra, mediante la redistribución democrática de la propiedad, la conformación de empresas básicas agropecuarias y el fomento a los servicios complementarios de desarrollo rural– había constituido 559 resguardos indígenas, con una extensión aproximada de 29.479.589 hectáreas, las cuales benefician a 384.099 personas agrupadas en 69.987 familias; además existen 54 resguardos de origen colonial con un área aproximada de 438.372 hectáreas. A la misma fecha, el INCORA había expedido 87 títulos colectivos, con una extensión aproximada de 3.939.454 hectáreas que benefician a 216.189 personas agrupadas en 30.702 familias. El Estado provee recursos para los pueblos indígenas a través del Sistema Nacional de Participaciones; estos recursos, legalmente constituidos, se distribuyen en proporción con las participaciones de la población del resguardo en el total de la población indígena y se administran por las entidades territoriales donde se encuentra el resguardo y deben destinarse a satisfacer necesidades básicas de salud, educación, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena¹⁵.

Con el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018, se ratifican los datos mencionados anteriormente y se amplían datos como: la población indígena creció entre 2005 y 2018 en un 36.8%, la participación indígena aumento en 1%, la población indígena se encuentra concentrada en el grupo de edad entre los 15 y 64 años, se identificaron 22 nuevos pueblos los cuales corresponden a nuevos reconocimientos étnicos o pueblos indígenas de zonas fronteriza. Por último, la población indígena es más joven en departamentos con alta presencia de resguardos indígenas en zonas de difícil acceso: Arauca, Chocó, Magdalena, Vaupés, Vichada, Guainía y la más envejecida se encuentra en departamentos de la región andina: Bogotá D.C., Cundinamarca, Caldas, Santander, Tolima, Nariño.

Conformación del poder político actual

Para 2020 el poder ejecutivo en Colombia es ejercido por el Dr. Iván Duque Márquez, quien fue elegido presidente de la República en 2018, mediante sufragio popular para un período de cuatro años. Los principales pactos de su gobierno son la legalidad, el emprendimiento y la equidad, con ejes transversales en materia de:



infraestructura, sostenibilidad ambiental e innovación. El Presidente es asistido en sus funciones por un gabinete de Gobierno que incluye: un Vicepresidente de la República, 18 Ministros que lideran las carteras del Interior; Relaciones Exteriores; Hacienda y Crédito Público; Justicia y del Derecho; Defensa Nacional; Agricultura y Desarrollo Rural; Salud y Protección Social; Trabajo; Minas y Energía; Comercio, Industria y Turismo; Educación Nacional; Ambiente y Desarrollo Sostenible; Vivienda, Ciudad y Territorio; Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; Transporte; Cultura; Deporte y Ciencia, Tecnología e Innovación; 6 departamentos administrativos encargados dirigir y ejecutar un servicio público de asistencia técnica administrativa o auxiliar para los demás organismos del ejecutivo (de la Presidencia; Nacional de Estadística –DANE; Nacional de Planeación y Servicios Técnicos –DNP; Dirección Nacional de Inteligencia –DNI; de la Función Pública –DAFP; para la Prosperidad Social –DPS) y 12 consejerías y secretarías de la presidencia que conforman el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), este Departamento, cuenta con una naturaleza especial que le establece las funciones, objeto y principios de la organización, por lo que cuenta con una estructura y nomenclatura de sus dependencias y empleos acorde con la misma.

El poder legislativo es ejercido por el *Congreso Nacional* que está constituido por la *Cámara del Senado* y la *Cámara de Representantes*; sus miembros son elegidos también por voto popular para un período de cuatro años. El poder judicial está conformado por la *Corte Suprema de Justicia*, compuesta de magistrados vitalicios y con jueces, se encuentra dividida en cinco salas: Constitucional, Civil, Penal, Laboral y de Negocios Generales. De la Corte Suprema dependen los tribunales del distrito y los juzgados municipales superiores y de circuito. El Consejo de Estado (con los tribunales contencioso-administrativos) y la Corte Electoral también forman parte de la rama judicial.

Contexto demográfico

La composición demográfica es un factor importante en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. El número de personas determina la demanda a los servicios de salud y como consecuencia influye en la demanda por profesionales de salud, instituciones de salud, ambulancias, medicamentos y biológicos. Es decir, estos patrones determinan la inversión que un país debe realizar en el sistema. Independientemente de otros factores, los países con mayor carga de la enfermedad deben invertir una mayor parte de su ingreso nacional en salud que países con menor proporción de eventos de salud entre su población total.

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales⁴⁸ que determinan la distribución de la salud. En este capítulo se describen cuatro aspectos



importantes para entender el contexto demográfico en que se desarrolla la población colombiana y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial, estos son: el tamaño y volumen poblacional, la estructura poblacional, la dinámica demográfica y la movilidad.

Tamaño y volumen poblacional

Se proyecta a partir del CENSO 2005 que para 2020 Colombia cuenta con 50.912.429 habitantes siendo un 16% más poblada que en 2005 (42.888.592); donde el 49,4% (25.138.723) corresponde a hombres y el restante 50,6% (25.773.706) a mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para el último año por cada 100 mujeres hay 97,54 hombres⁴⁹. Sin embargo, los datos publicados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – CNPV 2018, estiman que el país para el año 2021 tiene 51.049.498 millones de personas, se mantiene la brecha entre hombre (48,8%) y mujeres (51,2%), por cada 100 hombres hay 105 mujeres según datos para el año 2018⁵⁰.

Por sus características físicas, Colombia presenta diferentes patrones de poblamiento. Los territorios con baja densidad poblacional se distribuyen en la periferia. La región amazónica, por su vegetación selvática y su elevada temperatura y humedad, es la zona menos poblada y poco desarrollada socioeconómicamente; un comportamiento similar se observa en la llanura selvática del Pacífico y en las regiones cenagosas del bajo Magdalena; la llanura de la Orinoquía ofrece tierras fértiles atractivas para los pobladores constituyéndose esta zona de la región, en la que mayor asentamiento produce¹⁵.

Las tres cordilleras de la región andina presentan la mayor concentración poblacional: en alturas menores a los 3.000 msnm; en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense y en los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, las ciudades de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Riohacha, Sincelejo y Montería constituyen núcleos centrales de población de la región costera del Caribe. La Cordillera Oriental es la más poblada; se extiende desde el Sumapaz, en el sur, hasta Cúcuta, en el norte. El altiplano cundiboyacense se destaca por su densidad demográfica incluyendo el dominio del Distrito Capital de Bogotá, la ciudad más poblada del país. La región oriental es la menos habitada; se destaca el eje de poblamiento del piedemonte, colonizado, poblado y urbanizado a partir de los Andes¹⁵ (Mapa 13).

En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 4.425 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (13.401), Soledad (9.029), Barranquilla (7.263), Medellín (6.329) y Sabaneta (5.165). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de las 1.800 personas por kilómetro cuadrado corresponden a Bucaramanga (3.458), Soacha (3.442),

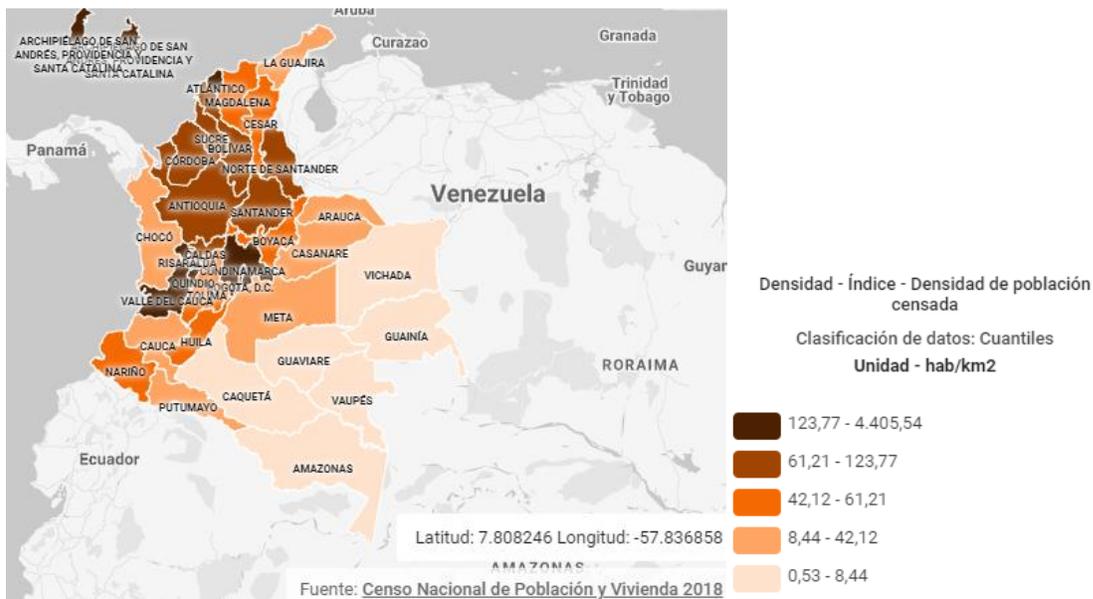


Bello (3.261), Cali (3.237), Dosquebradas (2.779), Floridablanca (2.742), Armenia (2.266), Envigado (2.723) y La Estrella (1.853)⁵¹.

El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá albergaba el 59% de las tres ciudades más pobladas de Colombia y el 14% de toda Colombia.

Para el 2021, es decir 36 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá cuenta con 52% de la población de las cinco ciudades más pobladas y 15% de toda Colombia. Las siguientes cinco ciudades más pobladas corresponden a Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Cúcuta. En contraste los territorios con menos de 1.100 personas son La Guadalupe (298), Cacahual (908), Morichal (968) y Mapiripana (1.077) en Guainía; La Victoria (667), Puerto Alegría (777) y Puerto Arica (1.050) en Amazonas; y Papunaua (816) en Vaupés.

Mapa 13. Densidad poblacional, 2021



Fuente: Geovisor CNPV 2018 – DANE.

En los últimos 20 años, se han reconocido cada vez más los derechos de los pueblos indígenas con la adopción de instrumentos y mecanismos internacionales, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNDRIP) de 2007, la Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2016, las 23 ratificaciones del Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1991, la



creación del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (UNPFII), el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (EMRIP), y el relator especial de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNSR)⁵². Colombia ha avanzado en el reconocimiento de los derechos fundamentales individuales y colectivos de los grupos étnicos.

Se estima que hay más de 476 millones de indígenas autoidentificados en unos 90 países. Si bien constituyen el 6% de la población mundial, los pueblos indígenas representan más del 18% de quienes viven en la pobreza extrema⁵³. En América Latina el 8% de la población es indígena, constituyen aproximadamente el 14% de los pobres y el 17% de los extremadamente pobres de la región⁵⁴.

En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones Amazónica, Andina, Orinoquía y Caribe¹⁵; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 4,4% según el CNPV 2018 (1.905.617 personas)⁵⁵. La población afrocolombiana ocupa principalmente las regiones de la cuenca del Pacífico; valle del Patía; litoral del Caribe; archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; Magdalena medio y bajo; la Amazonía y la Orinoquía en sus sectores de explotación de oro; y en las ciudades de Cali, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Quibdó, Montería, Sincelejo y Medellín¹⁵. En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y bajas de los tributarios, en el litoral y en los centros urbanos.

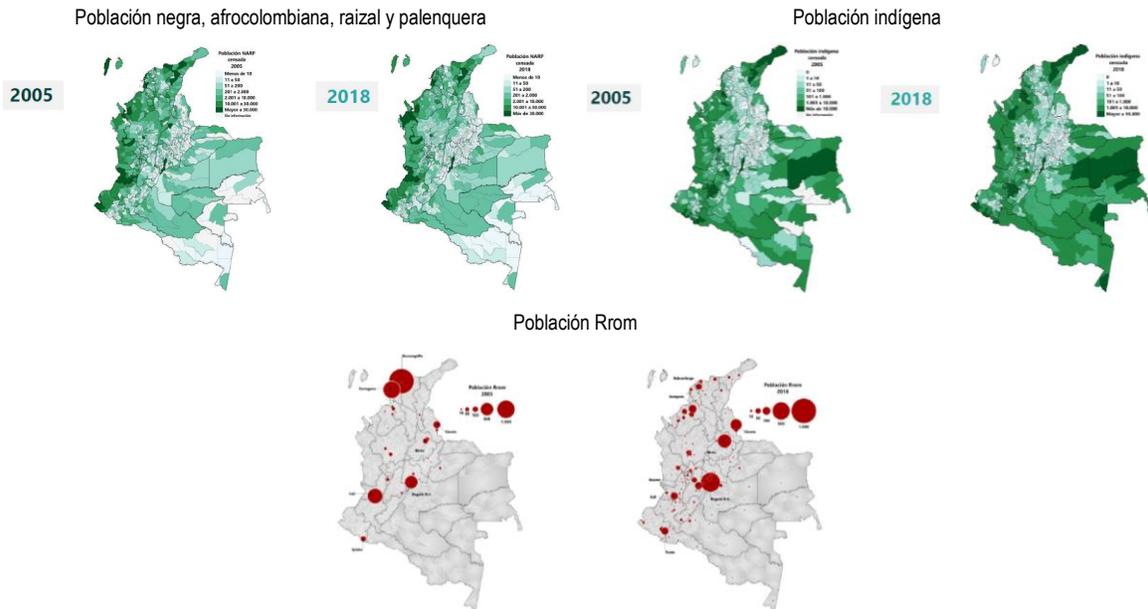
El patrón de asentamiento es disperso, caracterizado por un sistema de aldeas rurales distribuidas de manera paralela a los ríos. En la región Caribe la población afrocolombiana registra una marcada presencia en Cartagena, costas de Morrosquillo, depresión Momposina y bajo Cauca¹⁵. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos es del 10,3% (4.273.722 personas)⁵⁶. La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,2% (34.898.171 personas)⁵⁶, los asentamientos poblacionales se localizan principalmente en las cabeceras municipales, en cada uno de los pisos bioclimáticos de acuerdo con las oportunidades productivas que ofrece el territorio¹⁵. Por su parte, el pueblo Rom participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas)⁵⁶ (Mapa 14).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, la participación de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera (NARP) entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018 de la población efectivamente censada se redujo en un 30,8%, es decir, la población NARP paso a ser del 9,34% (4.671.160). La mayoría de la población NARP se encuentra en el grupo etario entre los 15 y los 64 años de edad y se ubican en los



departamentos Valle del Cauca, Chocó, Bolívar y Antioquia y sobresalen las variaciones intercensales negativas en la Costa Atlántica y el Magdalena Medio.

Mapa 14. Distribución geográfica del autorreconocimiento CENSAL de población según pertenencia étnica CG 2005 - CNPV 2018

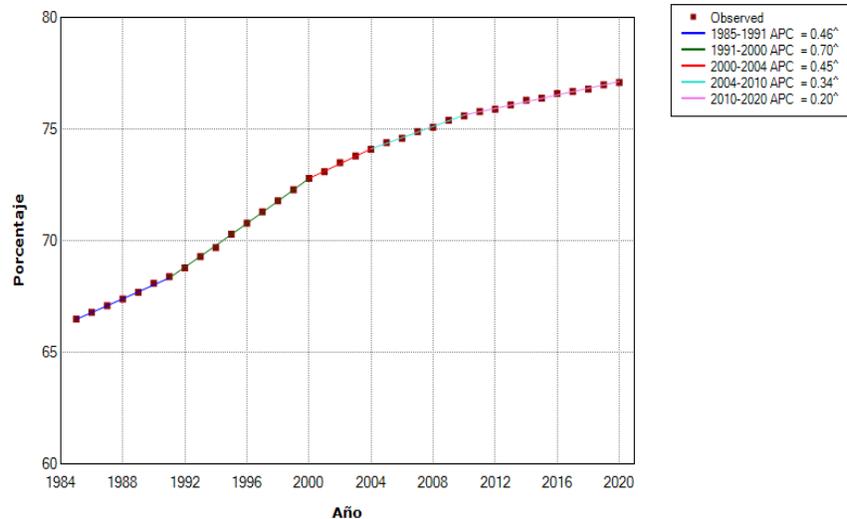


Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – Poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom e Indígenas

Durante la última década casi todos los países latinoamericanos han sufrido un rápido proceso de urbanización como reflejo de los procesos migratorios internos, regionales y en gran parte como efecto de problemáticas sociales internas. En Colombia este proceso no ha sido ajeno: según las proyecciones censales del DANE, entre 1985 y 2020 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 14%⁵⁷; así mismo, entre 1985 y 2020 se identifican cuatro puntos (Joinpoint) donde el cambio porcentual anual es estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%, los cambios más grandes se identifican entre 1985 y 1991; entre 1991 y 2000 con cambios porcentuales anuales de 0,46 y 0,70 respectivamente. (Gráfico 1)



Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020



^ El cambio porcentual anual (APC por sus siglas en inglés) es significativamente diferente de cero con un alfa de 0.05.

Fuente: Elaboración a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.

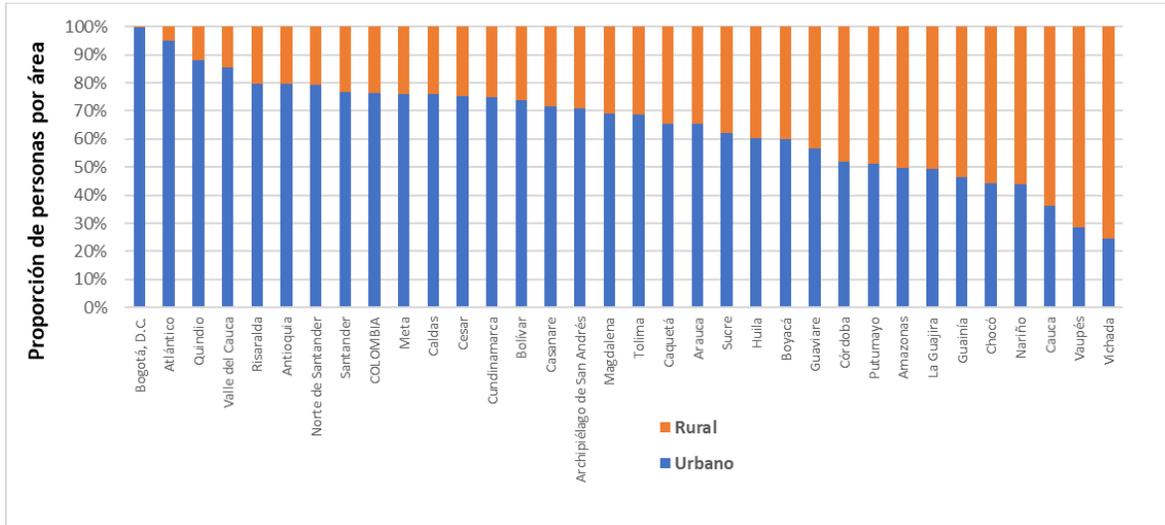
Para 2021 se proyectó que el 76,2% (38.898.851) de la población colombiana habitaría en el área de las cabeceras municipales y el 23,8% (12.150.647) en el resto; de la misma forma, se tiene proyectado que para 2070 la situación sea muy similar a la actual, teniendo un 74,4% (46.878.800) de población congregada en las áreas urbanas, demandando aún mayor cantidad de recursos y servicios (Proyecciones de población 2018 – 2070, CNPV 2018). En 2004 el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes⁵⁸, trayendo paralelo un proceso de aglomeración y de productividad aumentada inductor del incremento de la demanda de vehículos por parte de los hogares y las empresas para llevar a cabo diferentes actividades económicas⁵⁹. El uso de vehículos automotores genera altos índices de contaminación atmosférica y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil⁶⁰ y con el incremento en la demanda de servicios de salud⁶¹.

Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2021 los territorios de Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca son los concentran mayor población urbana (Gráfico 2). En tanto 45 municipios registran más del 90% de la población en el área urbana. La rapidez en crecimiento de las ciudades y la magnitud del proceso de urbanización plantea enormes desafíos, entre ellos satisfacer la creciente demanda de viviendas de bajo costo, sistemas de transporte interconectados, servicios básicos y empleos, en particular



para cerrar brechas entre las personas más vulnerables que viven en asentamientos urbanos informales a los centros donde existen oportunidades en las ciudades⁶².

Gráfico 2. Población por área según departamento, 2021



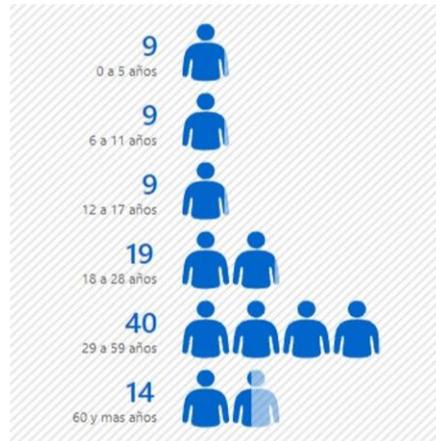
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE. Proyección serie departamental de población por área, para el periodo 2018 -2050. Información. Información actualizada al 9 de octubre de 2020. Consultado el 21 de octubre 2021.

Población por curso de vida

En Colombia a 2021, el 39,61% (20.222.004) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguidamente del curso de vida juventud (18 a 28 años) concentra el 18,47 % (9.429.716), en la vejez (60 y más años) concentra el 13,92% (7.107.914), la adolescencia (12 a 17 años) con el 9,46% (4.826.953), en la infancia se concentra el 9,30% (4.747.431), y por último, el curso de vida con menor población corresponde a la primera infancia con 9,24% (4.715.480) (Gráfico 3). Al examinar la distribución por departamentos, se encuentra en su gran mayoría el mismo patrón de población por curso de vida que en su orden es: adultez, juventud, vejez, adolescencia, infancia y primera infancia. Los territorios como Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander se concentran el 56,4% de las personas entre los 29 y 59 años. El 62,2% de los jóvenes viven en Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Córdoba. En Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander se concentran el 71,3% personas de 60 años y más.



Gráfico 3. Proporción de población según curso de vida, Colombia 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población a nivel nacional 2018 – 2070

Estructura poblacional

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasas de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia, los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se estima que la tasa global de fecundidad disminuya de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que en este periodo la esperanza de vida pase de 51,8 años a 79,6 y que la mortalidad infantil pase de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre 15 y 59 años aumente en un 4% y la población mayor de 60 años crezca en un 18%⁶³.

Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica (expansión temprana) con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que van en ascenso que se duplican entre 2018 y 2070⁵⁷ Para 2018, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 30 niños entre 0 y 4 años; para 2021 esta cifra descendió a 29 y se proyecta que para 2023 pase a 28. Así mismo, en 2021 la población menor de 15 años corresponde al 23,2% (11.853.469) de toda la población, es 2,49 puntos porcentuales menor que en 2018 y se proyecta que para 2023 continúe descendiendo hasta representar el 22,68% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 9,56% de toda la población mostrando incremento en 0,76 puntos porcentuales con respecto a 2018 y se proyecta que para 2023 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 10,24%.



El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos diez años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 59,4 personas menores de 15 y mayores de 60 años; en 2021 el número de dependientes es de 48,76 y se proyecta que para 2023 la tendencia cambie y ascienda hasta llegar a 49,05. Se estima que, por el periodo de 44 años comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas⁶³.

El comportamiento antes descrito, se relaciona con que mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 34,54 en 2021, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 14,22 en 2021; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2023 haya más dependientes mayores de 60 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 157 en 2005 a 114,97 en 2021, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que, en su tendencia al envejecimiento, en 2023 el índice de Friz será de 110,04 (Tabla 3).

Tabla 3. Índices demográficos: 2018, 2021 y 2023

Índice Demográfico	Año			Tendencia
	2018	2021	2023	
Población urbana	36.424.653	38.898.851	39.862.623	
Población rural	11.833.841	12.150.647	12.293.631	
Población total	48.258.494	51.049.498	52.156.254	
Población masculina	23.573.287	24.912.231	25.417.094	
Población femenina	24.685.207	26.137.267	26.739.160	
Relación hombre : mujer	95,50	95,31	95,06	
Relación niños : mujer	30	29	28	
Índice de infancia	24	23	23	
Índice de juventud	26	25	24	
Índice de vejez	13	14	15	
Índice de envejecimiento	54	60	65	
Índice demográfico de dependencia	48,88	48,76	49,05	
Índice de dependencia infantil	35,77	34,54	33,80	
Índice de dependencia mayores	13,10	14,22	15,26	
Índice de Friz (IF)	121,86	114,97	110,04	

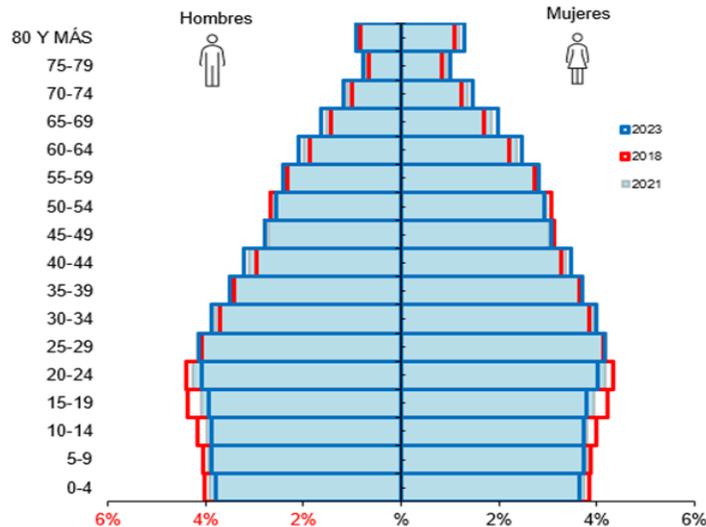
Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2021, comparado con 2018; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años de edad, y a medida que avanza la edad, se evidencia el



estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2023 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (Gráfico 4).

Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2018, 2021, 2023



Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023. Información a octubre 22 de 2021.

Para 2021, el 36,4%, es decir 12 de 33 territorios registran valores por encima del promedio nacional en el índice de envejecimiento, según los datos de proyección de Población 2018-2023, Quindío tiene el índice más alto con 108,48, seguido de Caldas (99,87), Risaralda (94,08), Tolima (81,15), Boyacá (80,31), Bogotá, D.C. (76,33), Antioquia (72,03), Valle del Cauca (72,02), Santander (68,02), Archipiélago de San Andrés (64,81) Nariño (62,78), y Cundinamarca (60,68). Esto trae implicaciones para la planeación de política pública en salud, dado que hay que afrontar la carga pensional, inevitablemente incrementará la carga asistencial de servicios de salud, donde se deberá evaluar principalmente aspectos de cuidados y bienestar de los adultos mayores y disponer de talento humano en salud para los cuidados de esta población en los servicios médicos (Gráfico 5).

La heterogeneidad social de los departamentos y distritos del país, también se evidencia en la dependencia demográfica, se observa más en Vaupés con el 88,65, seguido de Guainía (74,29), Amazonas (68,78), Vichada (67,39), Chocó (63,43) y La Guajira (62,29). Estos son los territorios, que requieren más del soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas (Gráfico 5).

Los departamentos de Vaupés (80,90), Guainía (67,28), Vichada (61,08), Amazonas (60,07), La Guajira (54,00), Chocó (53,10) y Guaviare (49,33), son territorios que se caracterizan por requerir más soporte social para la



población infantil y juvenil por parte de la población en edad activa, es decir registran los valores más altos en el índice de dependencia infantil (Gráfico 5).

Los cambios en las estructuras de la población de los departamentos son diferentes según el avance del proceso de transición demográfica particular, el cual va de la mano con los procesos de desarrollo social. Este cambio se puede observar a través del índice de friz, en donde las puntuaciones mayores a 160 indican que la población se considera joven; puntuaciones desde 66 hasta 160 indican que la población se considera madura; y puntuaciones menores de 60 nos hablan de una población que se considera vieja. Los territorios con población joven en el año 2021 están conformados por los departamentos de Vaupés (347,77), Guainía (254,71), Vichada (218,53), Amazonas (202,26), La Guajira (181,18), Chocó (180,20) y Guaviare (169,97). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 157 y 84,82 que pueden considerarse territorios maduros.

Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2021

Territorio	Índice de Envejecimiento	Índice Demográfico de Dependencia	Índice de Dependencia Infantil	Índice de Dependencia Mayores	Índice de Friz
Vaupés	14,57	88,65	80,90	7,75	347,77
Guainía	15,86	74,29	67,28	7,01	254,71
Vichada	16,62	67,39	61,08	6,31	218,53
Amazonas	21,50	68,78	60,07	8,71	202,26
La Guajira	23,39	62,29	54,00	8,28	181,18
Chocó	28,97	63,43	53,10	10,33	180,20
Guaviare	27,86	58,09	49,33	8,76	169,97
Caquetá	33,84	56,60	46,13	10,47	156,24
Cesar	33,25	55,84	45,58	10,26	148,11
Magdalena	40,08	55,79	43,82	11,97	147,75
Arauca	30,38	53,27	44,34	8,94	144,08
Huila	47,79	55,69	41,99	13,71	140,60
Sucre	49,10	54,75	40,73	14,03	139,12
Putumayo	35,82	51,67	41,51	10,16	138,03
Bolívar	45,50	53,97	41,12	12,85	137,94
Córdoba	49,70	55,44	41,21	14,23	137,56
Casanare	33,55	48,77	40,08	8,69	125,97
Norte de Santander	48,67	50,20	37,72	12,48	123,74
Cauca	56,06	50,57	36,21	14,36	122,01
Atlántico	50,82	49,33	36,78	12,55	121,62
Meta	47,87	48,96	37,11	11,85	121,43
Valle del Cauca	72,02	51,84	34,45	17,38	117,76
Tolima	81,15	51,82	32,92	18,90	117,53
Boyacá	80,31	56,11	35,22	20,89	117,24
Colombia	59,96	48,76	34,54	14,22	114,97
Nariño	62,78	50,05	34,45	15,60	113,67
Archipiélago de San Andrés	64,81	44,97	32,32	12,65	107,61
Santander	68,01	47,46	32,23	15,23	106,81
Cundinamarca	60,68	46,66	32,98	13,67	106,69
Antioquia	72,03	44,89	30,16	14,73	101,68
Caldas	99,87	48,71	28,69	20,02	99,20
Risaralda	94,08	48,23	29,05	19,18	99,09
Quindío	108,48	47,11	26,71	20,41	93,47
Bogotá, D.C.	76,33	39,17	25,92	13,25	84,82

Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023. Información a octubre 22 de 2021.



Dinámica demográfica

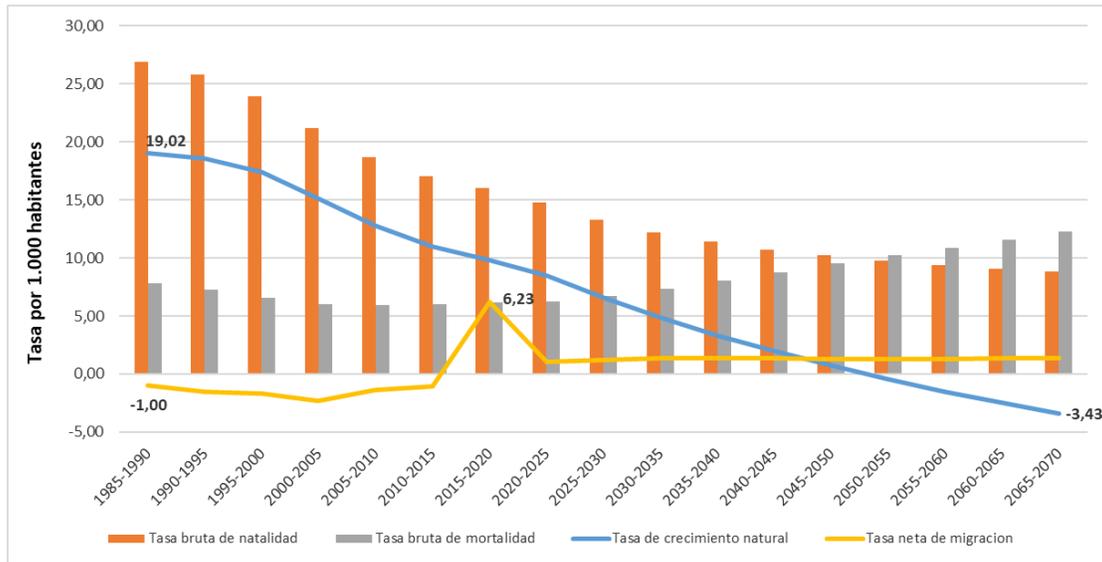
Crecimiento

El crecimiento demográfico expresa el incremento anual de las poblaciones, relacionando nacimientos, defunciones y migración. En cifras absolutas el crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general; mientras que el crecimiento exponencial añade el aporte de la migración neta⁶⁴. Entre 2002 y 2012, por cada 1.000 habitantes la población mundial se incrementó anualmente en 1,2%, la de los países de ingresos medianos altos en un 0,8% y la de Colombia en 1,5%⁶⁵. Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070 (CNPV 2018), las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 19 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa de 8,28 para el quinquenio 2020 - 2025, esto en términos relativos representa una reducción del 56,39% en la tasa de crecimiento natural y en términos absolutos en casi once personas por cada 1.000 habitantes. Así mismo, se proyecta que las tasas de crecimiento exponencial pasen de 17,87% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 9,34% en el quinquenio 2015-2020⁶⁴.

Dado que el crecimiento se da a expensas de los nacimientos, defunciones y la migración, es pertinente resaltar que en Colombia la natalidad se proyecta con una tendencia al descenso entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, siguiendo con la misma tendencia al descenso para la proyección del quinquenio 2020-2025, pasando de 26,8 a 16,2 y luego a 14,7 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 45,1% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 12,1 nacidos vivos por cada 1.000 personas. Aunque entre 1985 y 2070 se prevé que la tendencia se mantenga al descenso, a partir del 2015 el descenso del indicador se hace cada vez menor entre los quinquenios hasta llegar al final del periodo. Por su parte la mortalidad se prevé con una disminución inicial, pasando de 7,86 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 6,18 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 2020-2025, y aumentando paulatinamente de allí hasta 2070 quinquenio a quinquenio hasta llegar al quinquenio 2065 – 2070 donde asciende a 12,27. En cuanto a la tasa neta de migración se observa claramente como desde el quinquenio 2015-2020 la inmigración predomina sobre la emigración, y se espera que este comportamiento positivo del indicador permanezca así hasta 2070; para el quinquenio 2015-2020 la tasa neta de migración fue de 6,23 aumentando 7,88 con respecto a la estimación de 1995-2000 donde se tenía un indicador de -1,65 migrantes por cada mil habitantes. En el quinquenio 2020-2025 se ha estimado en 1,06 migrantes por cada mil habitantes⁶⁴ (Gráfico 6).



Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y migración por cada mil habitantes, 1985-2070



Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

Fecundidad

La fecundidad representa la posibilidad de reproducción biológica y cultural de la población humana. Para las comunidades indígenas, los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza. Una fecundidad alta está asociada con el tamaño ideal del hogar, el rol económico de la familia en la sociedad, la supervivencia del grupo y el bienestar en general. Sin embargo, las condiciones adversas de sobrevivencia, los cambios generacionales y las diferencias individuales en las probabilidades de éxito precedidas por los determinantes sociales de la salud, han influido sobre la capacidad de alcanzar el ideal de hijos y han hecho que se considere reducir el número deseado.

En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se considera por la tendencia que para 2021 seguirán disminuyendo⁶⁷. Se estima que para el quinquenio 2020-2025 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,84 hijos, lo cual representa una disminución del 39,27% en la tasa global de fecundidad o la reducción en un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990 donde la tasa fue de 3,03⁶⁷, similar a la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos⁶⁵. Así mismo, para el quinquenio 2015 – 2020 según las proyecciones del CENSO 2005 se esperaban 69,60 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, lo cual corresponde a la reducción de la tasa general de fecundidad en un 38,19% que significan 43 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años menos que en 2005⁵⁷. La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo por parte de las mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales de las



familias; pero también a diversos factores geográficos, sociales, demográficos, económicos, culturales y políticos, y a los determinantes próximos de la fecundidad, como la anticoncepción, la nupcialidad, el aborto y la lactancia materna⁶⁶. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), entre 1990 y 2015, la brecha en las tasas de fecundidad entre quintiles de riqueza disminuyó considerablemente, al igual que la brecha entre área de residencia –urbano/rural– sin embargo, esto no sucedió con las tasas en la gradiente definida por nivel educativo: las tasas de fecundidad en las mujeres sin educación son casi dos veces más altas que las de las mujeres con secundaria o más (Gráfico 7).

Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015



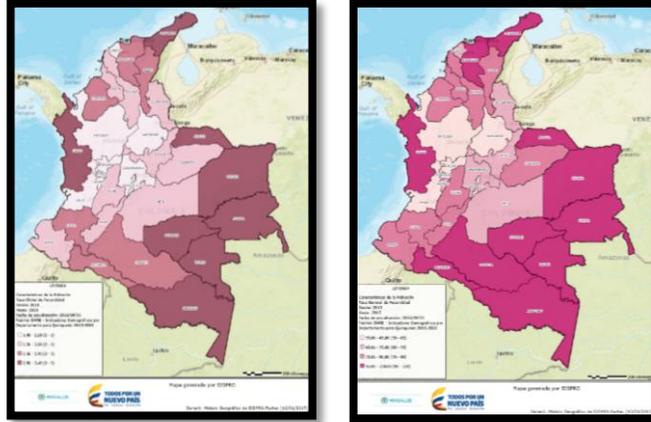
Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1985-2015.

Así mismo, existen importantes desigualdades entre departamentos: Arauca, Chocó, La Guajira y la región amazónica experimentan tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2015-2020, por su parte Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer⁵⁷ (Mapa 15). En 2021 según las proyecciones de los componentes del cambio demográfico por área a nivel departamental 2018-2050 del CNPV 2018, los



departamentos de Vaupés, Guainía, Vichada y Amazonas mantienen tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer.

Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020

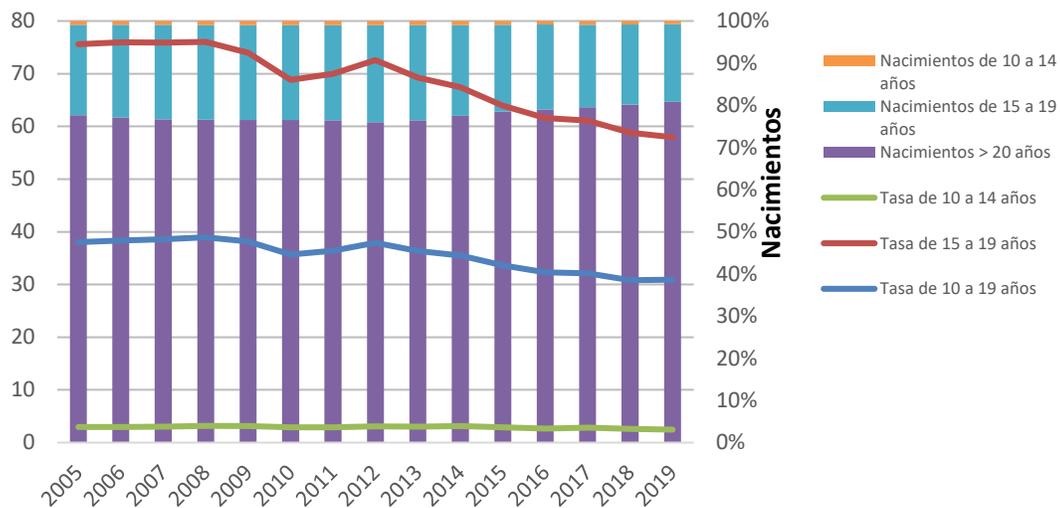


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Entre 2005 y 2019 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años descendieron levemente pasando de 38 a 30 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad. Para este periodo el promedio anual fue de 144.670 nacimientos que ocurrieron en mujeres de 15 a 19 años, grupo donde también se observa que la tasa disminuye en casi 18 nacimientos entre 2005 y 2019, pasando de 75,6 a 57,9 respectivamente. Mientras, los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años corresponden a tres anuales por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad durante el periodo 2005 y 2019 (Gráfico 8).



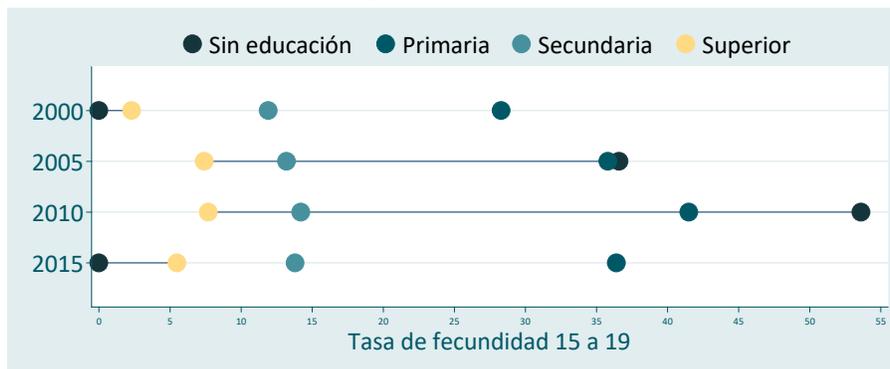
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2019

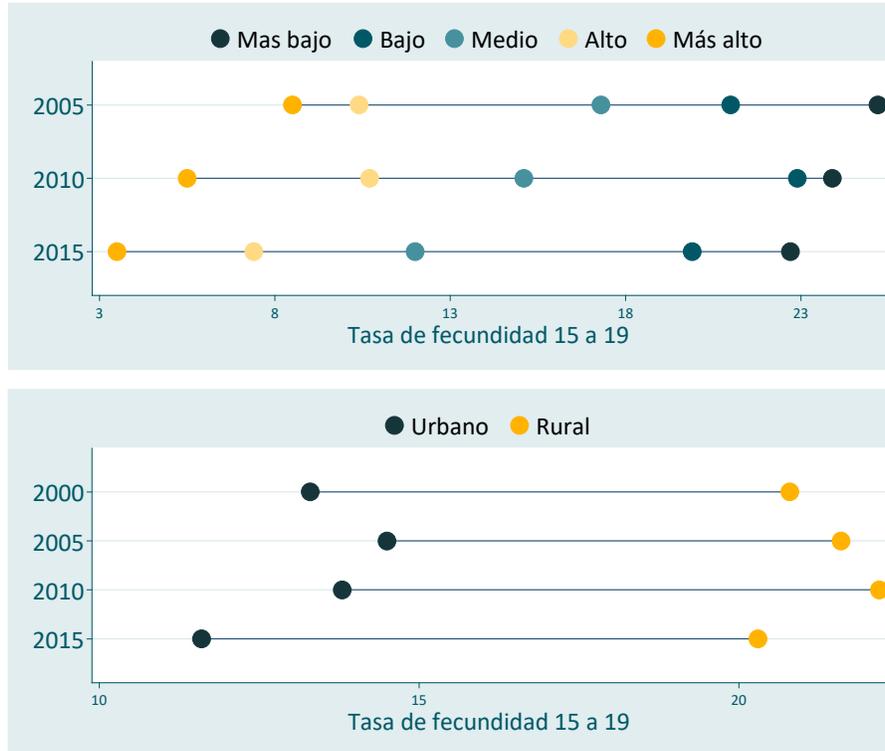


Fuente: elaborado a partir de los datos de fecundidad ASIS 2020 que se actualizaron con información de las estadísticas vitales del DANE – Nacimientos cifras definitivas 2019 y Reportes ASIS 2 del Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, indicadores de fecundidad. Consultados el 26 de octubre de 2021.

A pesar de la reducción promedio de la tasa de fecundidad en adolescentes, son principalmente las mujeres que viven en condiciones de pobreza y condiciones de deterioro social, aquellas que presentan mayores tasas. Según la ENDS las tasas de fecundidad en adolescentes son más altas en el quintil de riqueza más pobre, en las mujeres menos educadas y las del área rural. Las brechas de desigualdad en las gradientes generadas por estos estratificadores sociales, han tenido poca modificación en el tiempo (Gráfico 9).

Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015





Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1985-2015.

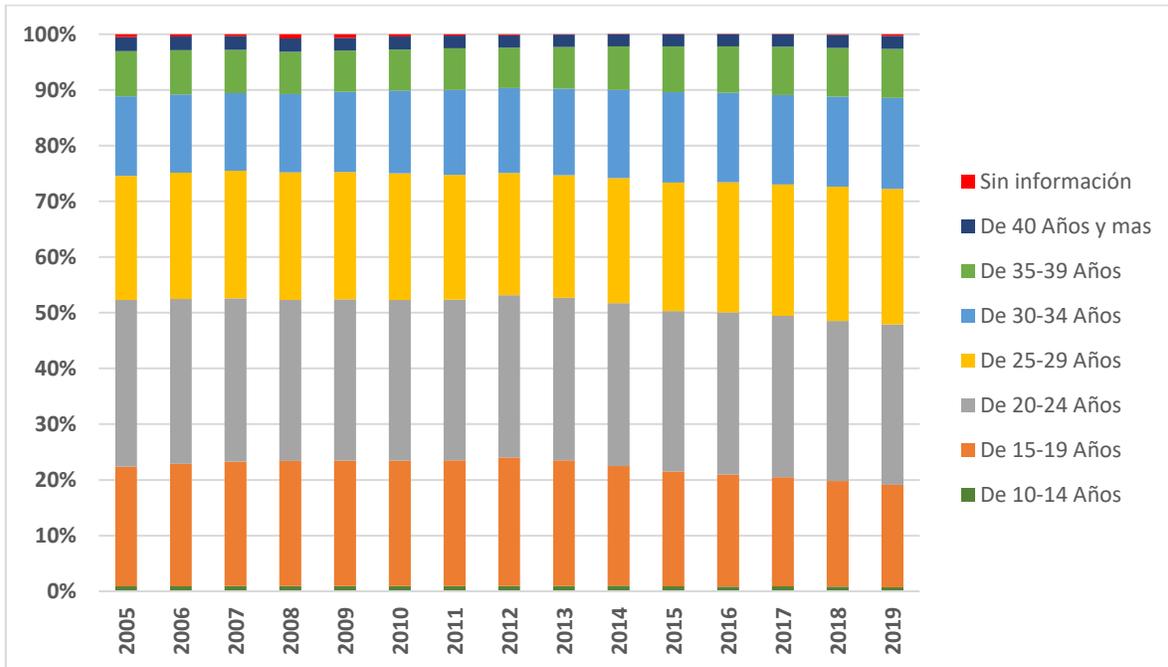
En 2019 las adolescentes entre 10 y 19 años de los departamentos de La Guajira, Magdalena, Caquetá, Cesar, Guainía, Arauca, Sucre y Bolívar tuvieron tasas de fecundidad significativamente más altas que la nacional. En tanto que Guainía, Caquetá y Guaviare reportaron tasas de mujeres entre 10 y 14 años de más del doble que el valor de la nacional. Los territorios de Magdalena, La Guajira, Caquetá, Cesar, Guainía, Sucre, Arauca, Amazonas, Bolívar y Huila tuvieron tasas de entre 15 y 19 años significativamente mayores que el país.

Natalidad

Los datos absolutos de nacimientos muestran un descenso importante en 2009 y 2010, seguido de continuas oscilaciones a partir de este último año y con una tendencia al descenso hasta el 2019, pasando de 719.968 nacimientos en 2005 a 642.660 en 2019. En resumen, la tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre los quinquenios 1985-1990 y 2020-2025, se proyecta que la tasa bruta pase de 26,78 a 14,61. Esto significa una reducción de 12,17 nacimientos por cada mil habitantes⁵⁷. Cada año en Colombia se presentan aproximadamente 676.055 nacimientos, en el periodo 2005 y 2019. Durante 2019 el 72,25% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 19,13% en menores de 19 años y el 0,75% en menores de 15 años (Gráfico 10).



Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2019



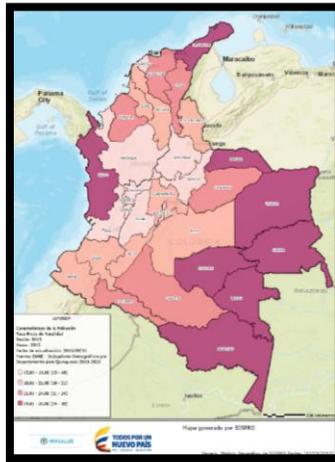
Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Estadísticas Vitales: Nacimientos 2005 a 2019. Consultado el 27 de octubre de 2021.

De acuerdo a la información del CNPV 2018 (indicadores demográficos 2018 – 2017), para el año 2019 el país registro una media de 15,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes y un rango entre 11,9 y 31,5 nacimientos por cada 1.000 personas. los territorios que tienen tasas brutas de natalidad que se encuentra entre 11,9 y 15,6 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, corresponden a Quindío, Caldas, Bogotá, D.C., Risaralda, Tolima, Antioquia, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Valle del Cauca, y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Por departamentos, considerando la información quinquenal registrada en los indicadores demográficos 1985 – 2020 del CENSO 2005, se espera que entre 2015 y 2020 las tasas brutas de natalidad oscilen entre 11,23 y 21,14 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 15,15. El 21,21% tiene tasas superiores a 19,84 y se ubican en el último decil (21,14): Cesar (21,14), Casanare (19,36), Amazonas (18,46), Sucre (18,44), Magdalena (18,41), Arauca (18,30) y Huila (18,24). El 12,12% de los departamentos tiene tasas inferiores a 12,55 y se encuentran en el decil más bajo (11,23): Archipiélago de San Andrés (11,71), Nariño (11,70), Quindío (11,38) y Caldas (11,23). (Mapa 16)



Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

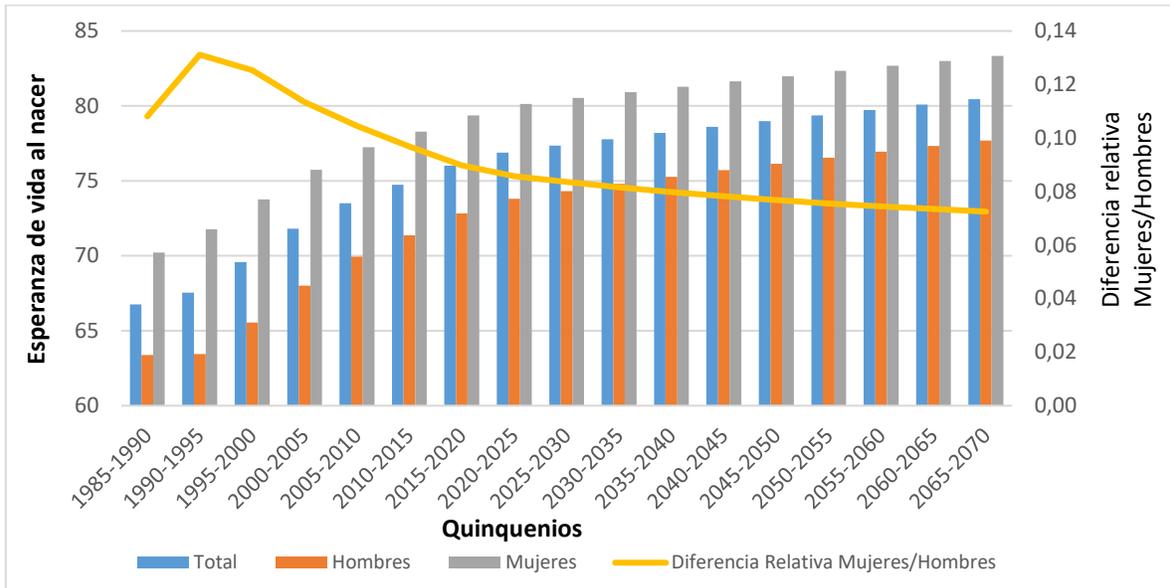
Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68⁶⁵. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74⁶⁷, en Colombia se espera que para el quinquenio 2020-2025 sea de 76,01⁵⁷.

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 66,76 años en el quinquenio 1985-1990 a 74,74 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 1,27 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2020-2025 se espera un incremento de 0,76 y 0,97 años respectivamente en relación con el quinquenio 2015-2020⁵⁷ (Gráfico 11).



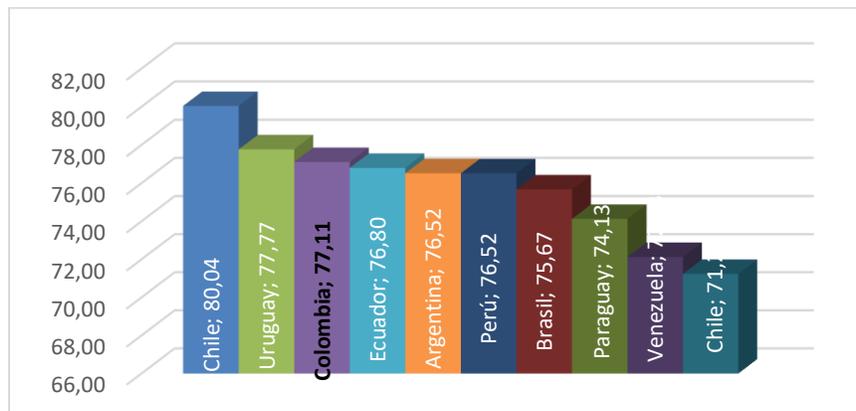
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo 1985-2070



Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

De acuerdo con los datos del Banco Mundial, en Colombia las personas viven 20 años más, entre 1960 y 2018, al pasar de 56,75 años a 77,11 años respectivamente. Al comparar las diferencias absolutas para este mismo periodo con los países vecinos de Colombia (20) muestran una ganancia menor en la esperanza de vida comparado con Perú (27,5), Bolivia (27,6), Ecuador (23,4), Brasil (21,8) y América Latina y el Caribe (20). En tanto con Venezuela (15) el país tiene una ventaja de cinco años y al compararla con la esperanza de vida del mundo estimada para el 2018 fue de 72,5, la ventaja es de 4,61 años⁶⁸ (Gráfico 12).

Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2018

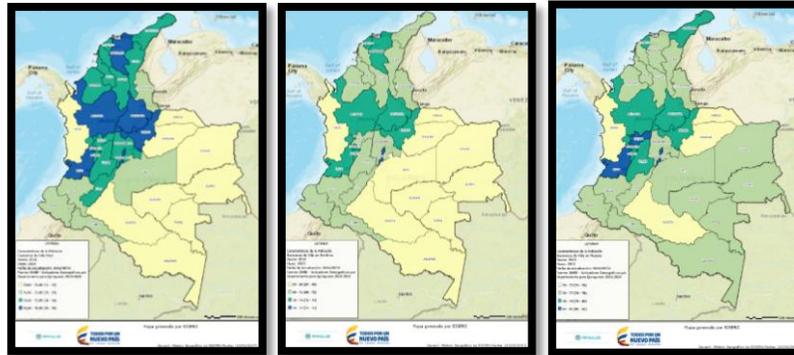


Fuente: Banco Mundial. Indicadores según país 2018



Para el quinquenio 2015-2020, el Censo 2005, estimó que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres fuera de 76,83 años y representara la más alta del país, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia con 76,67 y 76,25 años respectivamente. En las mujeres, el Distrito Capital de Bogotá también tuvo la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 81,02 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 81,13 y 80,20 respectivamente⁵⁶ (Mapa17).

Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020



Fuente: DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Migración y movilidad

El promedio de la tasa de migración neta para el periodo 1985 - 1990 fue de --1,00 (negativo), todo lo contrario, al promedio del periodo 2020 - 2025 que estima de 1,06 (positivo), lo cual muestra una tendencia que va del predominio de la salida de la población del país, al predominio del ingreso de personas a Colombia. Vaupés es el único departamento que en los ocho quinquenios de 1985 a 2025 registra solo tasas positivas, pero otros como Cesar, Córdoba, Choco, La Guajira, y Sucre también representan territorios donde sus tasas positivas predominantes los sitúa como receptores de población. En tanto que Cauca, Huila, Nariño, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca, en todos los quinquenios registran tasas negativas manteniendo así un flujo de salida de personas, constituyéndose así en departamentos expulsores. Departamentos que durante los primeros quinquenios registraron tasas negativas y luego su comportamiento se invirtió a positivo son Antioquia, Bogotá, D.C., Caldas, Cundinamarca, Meta, Santander, Tolima, Casanare, Putumayo, Amazonas y Guainía representando mayor recepción de población (Gráfico 13).

Las proyecciones del CNPV 2018, muestran que Bogotá, D.C., Putumayo, Guainía, Arauca, La Guajira Vaupés, Antioquia y Cundinamarca son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración mayores o iguales a 2 personas por cada mil habitantes. En tanto que Cesar, Norte De Santander, Magdalena, Amazonas, Guaviare, Santander, Atlántico, Boyacá, Sucre,



Vichada, Casanare, Bolívar, Córdoba, Caldas y Choco tienen menor inmigración con tasas por debajo de 2 personas por cada mil habitantes⁵⁰.

Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2020 – 2025

Departamento	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Arauca	0,39	-0,02	-0,72	-1,73	-0,33	-0,07	28,13	2,21
Norte De Santander	1,47	1,20	-0,32	-1,69	-0,85	-0,60	23,20	1,50
La Guajira	0,56	0,58	0,23	-0,26	1,09	1,75	20,54	2,25
Cesar	0,74	0,72	0,06	-0,24	0,27	0,61	14,43	1,70
Atlántico	0,22	-0,09	-0,92	-1,54	-0,86	-0,62	14,25	0,91
Magdalena	1,70	0,42	-0,18	-0,50	0,49	0,85	13,28	1,59
Bogotá, D.C.	-0,48	-0,75	-1,06	-1,89	-0,07	0,87	10,36	3,94
Bolívar	1,17	1,06	0,06	-0,65	-0,30	-0,23	8,92	0,40
Guainía	-1,15	-3,05	-0,83	-1,04	0,51	0,90	8,88	2,84
Santander	-0,05	-0,50	-0,77	-1,32	-0,30	0,02	8,41	1,23
Sucre	1,24	0,85	0,16	-0,24	0,00	0,06	7,93	0,62
Vichada	1,03	0,15	-0,13	-0,33	0,03	0,11	7,51	0,55
Cundinamarca	-1,42	-2,66	-1,73	-2,32	-1,17	-0,38	6,60	1,91
Casanare	-0,81	-1,02	-0,94	-0,95	-0,22	0,01	5,94	0,49
Antioquia	-0,59	-1,14	-1,10	-1,55	-0,28	0,38	5,92	2,42
Putumayo	-3,07	-3,49	-2,08	-2,05	-0,63	0,45	3,25	3,25
Vaupés	7,23	6,10	5,26	4,76	3,93	3,82	3,15	2,48
Córdoba	0,79	0,26	0,04	-0,15	0,23	0,31	3,09	0,42
Boyacá	0,14	-0,31	-0,14	-0,38	0,19	0,40	3,01	1,08
Meta	-1,48	-1,51	-1,51	-1,43	-0,76	-0,48	1,44	0,01
Guaviare	4,01	3,10	2,11	1,84	-0,59	-0,95	1,23	1,66
Amazonas	-0,34	0,11	-0,75	-1,83	-0,48	0,24	1,09	2,10
Choco	0,56	-0,09	0,09	0,15	0,76	0,88	0,96	0,32
Tolima	0,05	-0,56	-0,55	-1,00	-0,76	-0,89	0,39	0,07
Caldas	-1,65	-2,26	-2,07	-2,97	-2,39	-2,36	0,38	0,59
Huila	-0,35	-0,86	-0,86	-1,19	-0,91	-0,91	-0,12	-0,32
Cauca	-1,07	-1,62	-1,16	-1,54	-1,22	-1,23	-0,13	-0,21
Caquetá	-0,30	-0,35	-0,44	-0,60	-0,69	-0,85	-0,39	0,05
Quindío	-4,89	-5,45	-5,36	-6,98	-6,03	-6,03	-1,88	-1,15
Valle Del Cauca	-5,21	-6,04	-6,11	-7,71	-7,20	-7,78	-3,20	-2,90
San Andrés	1,27	0,86	-0,61	-1,51	-2,09	-2,80	-3,23	-2,82
Nariño	-2,02	-3,27	-3,28	-4,12	-3,76	-4,35	-3,90	-2,60
Risaralda	-6,60	-7,22	-7,19	-9,08	-7,87	-8,03	-3,95	-2,43
Colombia	-1,00	-1,51	-1,65	-2,33	-1,40	-1,08	6,23	1,06

Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

Movilidad forzada

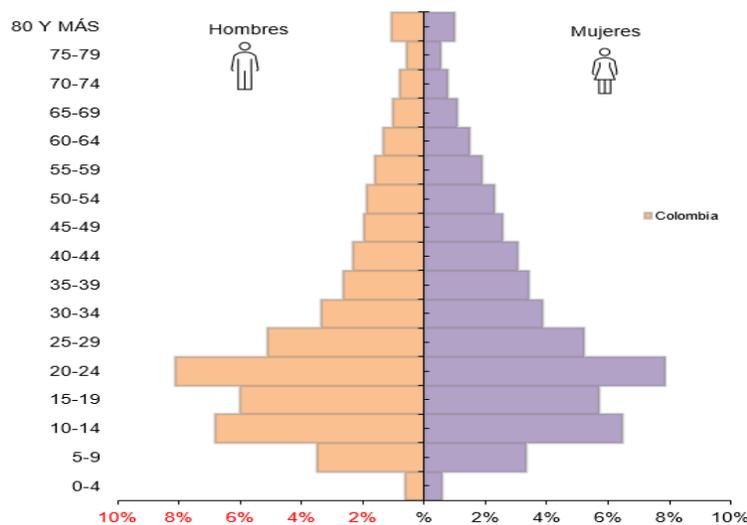
Desde 1997 Colombia reconoció la existencia del desplazamiento interno forzado por medio de la Ley 357 de 1997, normativa que da medidas para la prevención, la protección y la atención de la población en condición de víctima. A partir de 1997 se crea en registro oficial, bajo la responsabilidad de la Agencia Presidencial la Acción Social y Cooperación Internacional.



De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) a septiembre de 2021, se han registrado 9.601.196 personas consideradas como víctimas, en donde al 74% de ellas (7.111.076) se les han realizado 329.824.786 de atenciones en salud, es decir, que en promedio cada persona registró 46 atenciones. Si bien, el 65,66% (6.304.095) de las personas registradas con hechos victimizantes no definieron, informaron o reportaron la variable etnia; el 7,8% (749.511) se autoidentificaron como negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes; el 4,3% (412.577) como indígenas; y 0,3% (27.059) como parte del pueblo Rrom. En menor proporción se encontraron las personas autoidentificadas como raizales de las islas de San Andrés y Providencia con 0,09% (8.769), y los palenqueros de San Basilio con 0,02% (1.700).

El 91,7% de los hechos victimizantes fue caracterizado como desplazamiento forzado en 8.807.543 personas. Esta cifra representa el 13,93% del total de la población colombiana en 2021. El 54,4% (3.868.626) mujeres, el 45,3% (3.223.329) hombres y 0,3% (19.121) no definidos o no especificados; para una razón mujer: hombre de 1,2. El 48,66% (4.302.709) de las víctimas de desplazamiento forzado eran menores de 25 años y el 6,84% (604.890) mayores de 65 (Gráfico 14).

Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2021



Fuente: Registro Único de Víctimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del MSPS. Fecha de corte: 08/09/2021.

El 51,02% de las personas que reportaron ser víctimas de desplazamiento forzado se localizaron en los territorios de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Bogotá, D.C., Nariño, Cesar y Magdalena. Por otra parte, en Casanare, Quindío, Boyacá, Guaviare, Guainía, Vichada, Vaupés, Amazonas y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentaron proporciones inferiores al 1,0 (Gráfico 15).



Gráfico 15. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2021

Departamento	Número de Personas	% de personas
Antioquia	1.641.042	18,63
Valle del Cauca	621.263	7,05
Bolívar	499.832	5,68
Bogotá, D.C.	464.061	5,27
Nariño	434.328	4,93
Cesar	424.108	4,82
Magdalena	408.692	4,64
Córdoba	387.241	4,40
Sucre	339.646	3,86
Cauca	321.659	3,65
Norte de Santander	286.825	3,26
Santander	261.526	2,97
Meta	258.079	2,93
Chocó	249.442	2,83
Tolima	233.345	2,65
Huila	228.792	2,60
Caquetá	228.608	2,60
Atlántico	220.702	2,51
Cundinamarca	187.527	2,13
La Guajira	169.891	1,93
Putumayo	167.576	1,90
Risaralda	113.818	1,29
Caldas	108.489	1,23
Arauca	106.015	1,20
Casanare	74.249	0,84
Quindío	55.353	0,63
Boyacá	42.292	0,48
Guaviare	39.917	0,45
Guainía	13.122	0,15
Vichada	8.904	0,10
Vaupés	7.305	0,08
Amazonas	3.454	0,04
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	629	0,01
No definido	101.773	1,16
No reportado	98.038	1,11
Total	8.807.543	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cubo Registro Único de Víctimas, (RUV), SISPRO- MINSALUD, Fecha de corte: 30 de junio de 2021.

Inmigración hacia Colombia

Otro fenómeno poblacional para considerar es la migración de población proveniente de otros países. Entre 2012 y 2018, el flujo migratorio de colombianos y extranjeros presentó una tendencia al incremento al pasar de 9.444.268 entradas y salidas en 2012 a 16.719.587 en 2018; además, se observan variaciones que fueron de 12,8% en 2013 a 16,45 en 2018. En 2019 se ve un leve descenso con una variación del -0,4%, pero para 2020 y como consecuencia del cierre de fronteras y la declaración de emergencia sanitaria por la COVID-19 presentó una variación dramática de -72,3%. La tasa promedio de variación anual entre 2013 y 2019 fue 8,6%, sin embargo, la diferencia entre las variaciones de 2013 y 2020 son de 85 puntos porcentuales (Gráfico 16).



De acuerdo con los datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, (UAEMC) para 2020 se registraron 4.618.883 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 49,26% (2.275.396) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios (Gráfico 16).

Gráfico 16. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2020

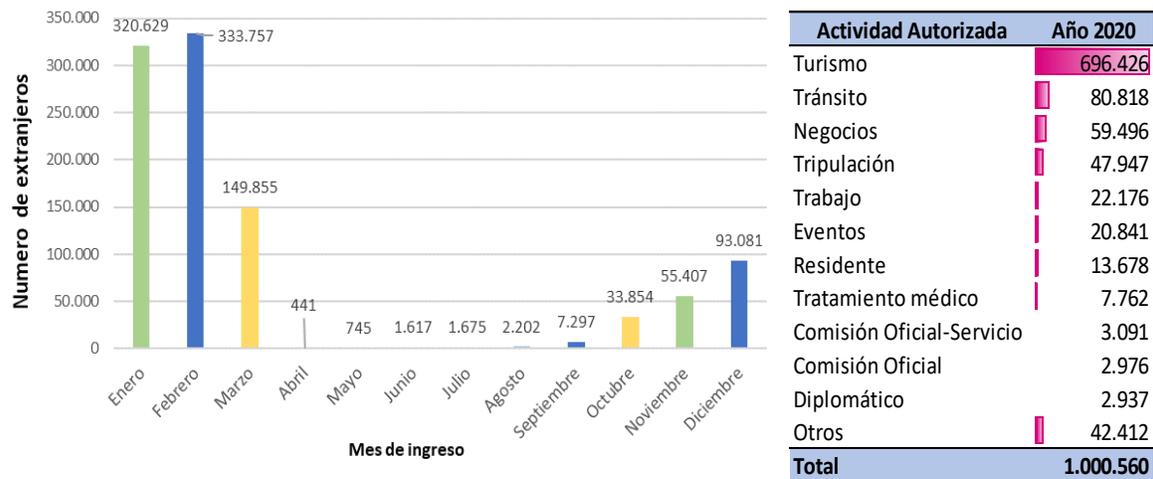
Año	Colombianos		Extranjeros		Total		Total General	% Variación
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas		
2012	2.903.861	3.169.261	1.698.366	1.672.780	4.602.227	4.842.041	9.444.268	
2013	3.412.574	3.604.631	1.832.098	1.799.331	5.244.672	5.403.962	10.648.634	12,8%
2014	3.736.659	3.910.856	2.051.918	2.016.795	5.788.577	5.927.651	11.716.228	10,0%
2015	3.734.686	3.861.508	2.387.463	2.350.837	6.122.149	6.212.345	12.334.494	5,3%
2016	3.569.532	3.794.529	2.699.257	2.636.220	6.268.789	6.430.749	12.699.538	3,0%
2017	3.809.801	4.016.597	3.344.816	3.190.486	7.154.617	7.207.083	14.361.700	13,1%
2018	4.098.497	4.368.162	4.151.565	4.101.363	8.250.062	8.469.525	16.719.587	16,4%
2019	4.211.089	4.478.963	3.987.446	3.968.836	8.198.535	8.447.799	16.646.334	-0,4%
2020	1.297.530	1.274.836	1.000.560	1.045.957	2.298.090	2.320.793	4.618.883	-72,3%
Total	30.774.229	32.479.343	23.153.489	22.782.605	53.927.718	55.261.948	109.189.666	

Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2020 en promedio mensual fue de 83.380, con una desviación estándar de 122.908,27. Los meses en donde se registró un mayor número de entradas de extranjeros al país fueron: febrero (33,36%) y enero (32,04%), mientras que mayo (0,07%) y abril (0,04%) registraron un menor número de entradas de extranjeros. Teniendo en cuenta el motivo de llegada de extranjeros al país, se encuentra que el 69,6% (696.426) llegaron al país por turismo, el 8,1% (80.818) estaba en tránsito y el 5,9% (59.496) por negocios (Gráfico 17).



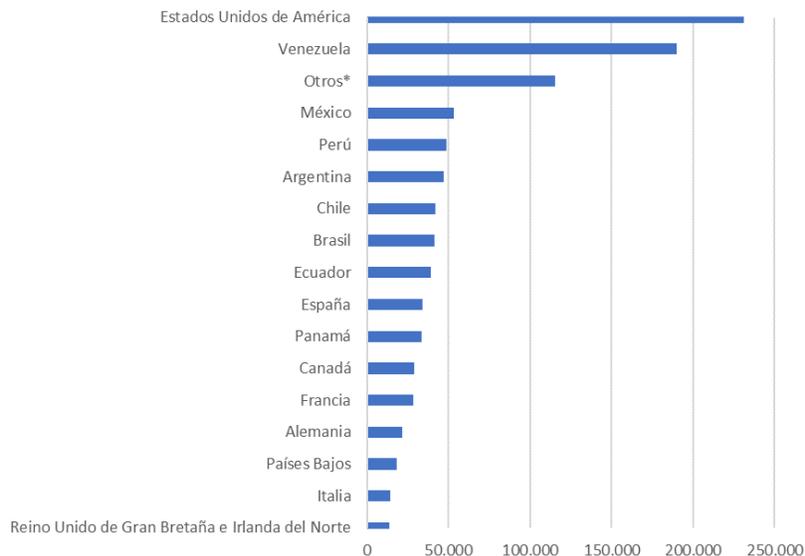
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa una disminución de 2.986.886 extranjeros como consecuencia del cierre de fronteras y la declaración de emergencia sanitaria por la COVID-19. En 2020 Estados Unidos de América se consolidó como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 231.048, que corresponde al (23,1%) de las entradas para este año, seguido de Venezuela (19,0%), Otros* (11,5%), México (5,3%), Perú (4,9%), Argentina (4,7%), Chile (4,2%) y (4,1%) Brasil (Gráfico 18).

Gráfico 18. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

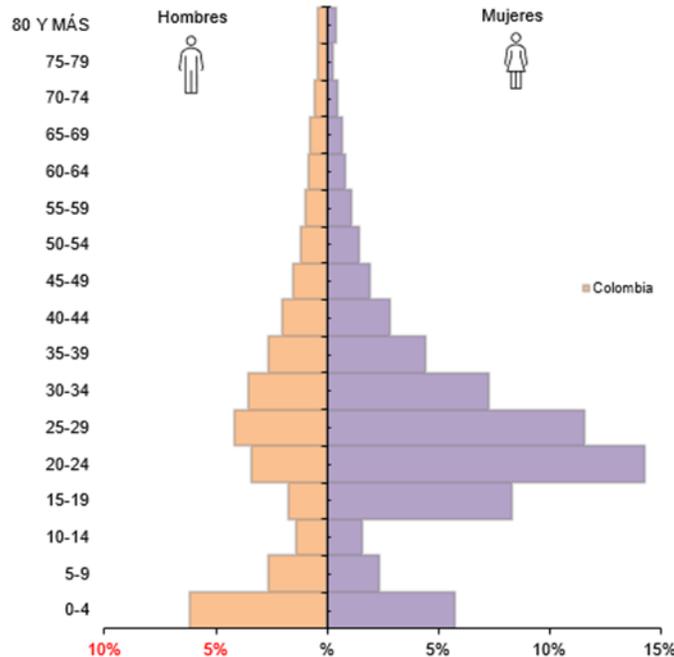
Es importante resaltar que el país atraviesa por un fenómeno de tránsito migratorio, especialmente de población venezolana, por esta razón es prioritario tener una descripción general de la población migrante, uno de los



mecanismos establecidos para recolección de dicha información son los registros en salud (RIPS- Circular 029) donde para el año 2020, se registra un total de 586.614 personas atendidas en los servicios de salud del país con registro de edad usados para la construcción de la pirámide de población.

La pirámide permite observar la distribución de la población migrante atendida según grupos quinquenales con un mayor uso de servicios entre las personas de 20 a 29 años, al revisar, principalmente son las mujeres quienes más acuden y en especial las que están entre los 15 y 29 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo, en cuanto a los hombres reportan el 34% de personas consultantes y el quinquenio de menores de 5 años el más representativo seguido por el de 25 a 29 años y 30 a 34 años (Gráfico 19).

Gráfico 19. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2020



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 10/06/2021.

Este mismo registro, muestra que para el 2020, las atenciones en salud de migrantes se hicieron principalmente entre población migrante venezolana (82%) y ecuatoriana (1%); sin identificador de país (12%).

Movilidad: Colombo-venezolana

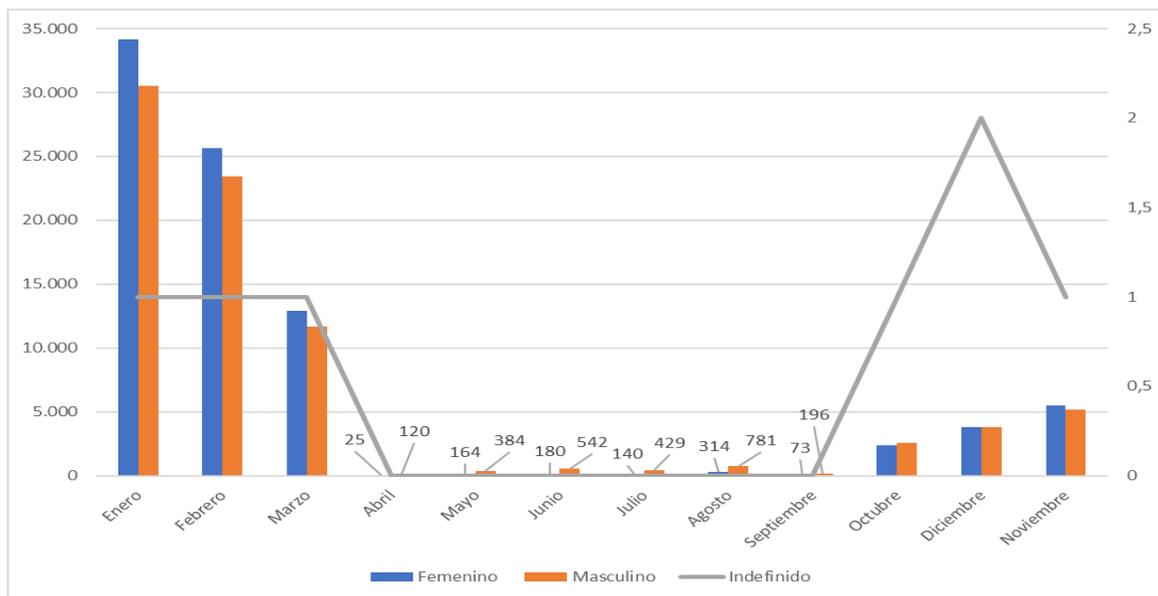
De otro lado, la Resolución 1220 de 2016 de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, estable los Permisos de Ingreso y Permanencia, (PIP), Permisos Temporales de Permanencia (PTP) y el tránsito fronterizo en el territorio nacional, lo que dio carácter formal a la movilidad de frontera. De acuerdo, con los



datos de Migración Colombia, un millón setecientos veintinueve mil quinientos treinta y siete ciudadanos venezolanos se encontrarían en Colombia para el 31 de diciembre de 2020. De este 1.729.537, el 44%, (762.823) se encontraban en condición regular, mientras que el 56% restante (966.714) se encontrarían en condición irregular.

En cuanto a las salidas de Colombia de población migrante de la República Bolivariana de Venezuela, durante la vigencia 2020 (en medio de la pandemia de la COVID-19), se registraron un total de 164.892 salidas, principalmente en el mes de enero con 64.689 registros (de los cuales 34.182 corresponden a mujeres, 30.506 a hombres y 1 a indefinido), febrero con 49.082, marzo con 24.572 y diciembre con 10.627, lo que correspondería a la temporada de vacaciones de inicio y fin de año. Los Puestos de Control Migratorio – PMC, por donde más se presentaron salidas de venezolanos fueron el PMC Aeropuerto el Dorado con 41,84%, PMC de Cúcuta con 21,86%, PMC de Paraguachón (La Guajira) con 11,68% y PMC de Rumichaca – Ipiales (Nariño) con 7,24% (Gráfico 20).

Gráfico 20. Flujo de salidas de venezolanos por mes, sexo y puesto de control migratorio. Colombia 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.



Tabla 4. Salidas de venezolanos por puesto de control migratorio, 2021.

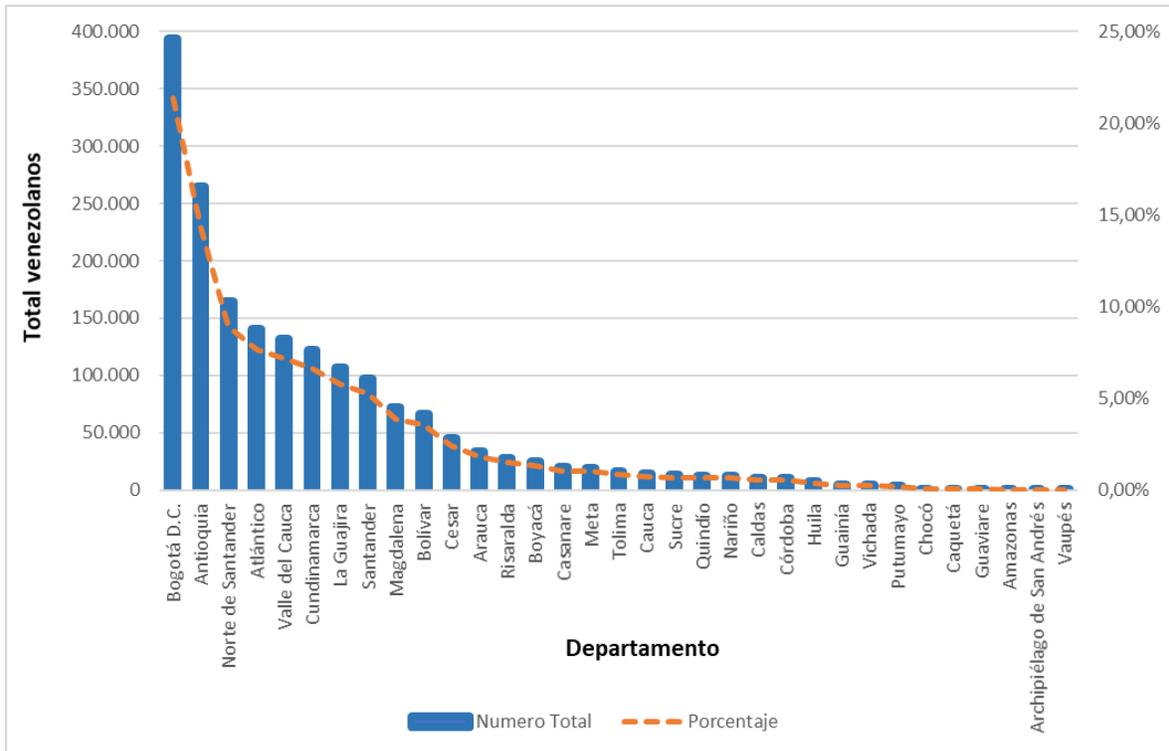
Puesto de Control Migratorio	# de Personas
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto el Dorado	68.985
Puesto de Control Migratorio de Cúcuta	36.041
Puesto de Control Migratorio de Paraguachón	19.253
Puesto de Control Migratorio de Rumichaca - Ipiales	11.936
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto José María Córdoba Medellín	8.190
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Rafael Núñez de Cartagena	4.844
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Ernesto Cortizo de Barranquilla	4.773
Puesto de Control Migratorio terrestre Puerto Santander N. de Santander	4.700
Puesto de Control Migratorio terrestre Arauca	1.561
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón de Cali	1.413
Puesto de Control Migratorio terrestre Francisco de Paula Santander	1.200
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Almirante Padilla - Rioacha	724
Puesto de Control Migratorio Muelle Internacional de Cartagena	190
Puesto de Control Migratorio Puerto Fluvial de Puerto Carreño	182
Puesto de Control Migratorio Puerto Terrestre de San Miguel	159
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Palo Negro de Bucaramanga	150
Otros	591
Total	164.892

Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

De acuerdo, con la información de Migración Colombia, a agosto del 2021 hay 1.842.390 venezolanos en el país, de los cuales 344.688 son regulares (bien sea porque son beneficiarios de un permiso de ingreso y permanencia, porque realizaron una prórroga de permanencia o porque cuentan con un Permiso Especial de Permanencia - PEP), 1.182.059 están en proceso de regularización a través del Estatuto Temporal de Protección para migrantes venezolanos (ETPV) y 315.643 residen de manera irregular. Para el corte de agosto de 2021 se describe una variación con respecto al mes de enero que fue del 5,7%. Adicionalmente se observa que las ciudades con mayor cantidad de venezolanos son principalmente Bogotá con 393.716 personas, Medellín con 148.714, San José De Cúcuta que cuenta con 98.680, Barranquilla con 93.321, y Cali donde hay 84.160 venezolanos.



Gráfico 21. Distribución de venezolanos en Colombia por departamento y municipio, agosto 2021



Fuente-. Datos de Migración Colombia. Distribución de venezolanos en Colombia, corte agosto 2021.

Tabla 5. Distribución de venezolanos en Colombia, 2021.

Municipios con mayor número y proporción de población venezolana	Número Total	%
Bogotá, D.C.	393.716	21,37%
Medellín	148.714	8,07%
San José De Cúcuta	98.680	5,36%
Barranquilla	93.321	5,07%
Cali	84.160	4,57%
Cartagena de Indias	50.026	2,72%
Santa Marta	45.245	2,46%
Bucaramanga	41.460	2,25%
Maicao	40.208	2,18%
Soacha	33.709	1,83%
Riohacha	32.098	1,74%
Valledupar	26.725	1,45%
Soledad	24.348	1,32%
Bello	23.862	1,30%
Villa del Rosario	21.970	1,19%
Pereira	18.455	1,00%
Arauca	18.416	1,00%
Floridablanca	15.649	0,85%
Itagüí	13.586	0,74%
Villavicencio	12.231	0,66%
Yopal	11.991	0,65%
Chía	10.843	0,59%
Rionegro	10.150	0,55%
Palmira	9.583	0,52%



Municipios con mayor número y proporción de población venezolana	Número Total	%
Ibagué	9.263	0,50%
Armenia	9.234	0,50%
Ciénaga	8.450	0,46%
Fonseca	8.086	0,44%
Jamundí	8.028	0,44%
Sincelejo	7.843	0,43%
Mosquera	7.724	0,42%
Santa Fé de Antioquia	7.356	0,40%
Los Patios	7.215	0,39%
Zipaquirá	7.077	0,38%
Dosquebradas	6.918	0,38%
Madrid	6.833	0,37%
Tunja	6.686	0,36%
Piedecuesta	6.685	0,36%
Barrancabermeja	6.591	0,36%
Tibú	6.480	0,35%
Saravena	6.469	0,35%
Manizales	6.303	0,34%
Envigado	6.266	0,34%
San Juan del Cesar	6.236	0,34%
Facatativá	6.090	0,33%
Ocaña	6.018	0,33%
Montería	5.838	0,32%
Girón	5.546	0,30%
Marinilla	5.245	0,28%
Popayán	5.237	0,28%
Uribe	5.149	0,28%
Pasto	5.136	0,28%
Pamplona	5.135	0,28%
Inírida	4.815	0,26%
Tame	4.628	0,25%
Puerto Carreño	4.551	0,25%
Yumbo	4.507	0,24%
Malambo	4.388	0,24%
Sabaneta	4.252	0,23%
Cajicá	4.154	0,23%
Otras	336.812	18,28%
Total	1.842.390	100,00%

Fuente-. Datos de Migración Colombia. Distribución de venezolanos en Colombia, corte agosto 2021.

Nota: La estimación de concentración de venezolanos es resultado del cruce de los registros administrativos del Sistema de Información de Registro de Extranjeros (SIRE), Permiso Especial de Permanencia (PEP), Entradas migratorias (Intención de hospedaje) y Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE. La información registrada corresponde a lo manifestado voluntariamente por los venezolanos en los sistemas dispuestos y a la recolección generada de las verificaciones migratorias desarrolladas por Migración Colombia, teniendo en cuenta que la permanencia estimada de venezolanos en Colombia puede variar y que en el país existe la libre circulación en el territorio nacional.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional



Pobreza e ingresos

En el tercer trimestre de 2021pr (preliminar), el Producto Interno Bruto, en su serie original, creció 13,2% respecto al mismo periodo de 2020pr. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son: Comercio al por mayor y al por menor; Reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida creció 33,8% (contribuye 5,7 puntos porcentuales a la variación anual). Industrias manufactureras creció 18,8% (contribuye 2,4 puntos porcentuales a la variación anual). Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales creció 8,0% (contribuye 1,4 puntos porcentuales a la variación anual).

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto en su serie ajustada de efecto estacional y calendario creció 5,7%. Esta variación se explica principalmente por la siguiente dinámica: Comercio al por mayor y al por menor; Reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida creció 15,6%. Industrias manufactureras creció 13,2%. Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo creció 5,3%⁶⁹ (Tabla 6).

Tabla 6. Valor agregado por actividad económica. Tasas de crecimiento en volumen. Tercer trimestre 2021pr

Actividad económica	Serie original		Serie ajustada por efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2021 ^{Pr} - III / 2020 ^{Pr} -III	2021 ^{Pr} / 2020 ^{Pr}	2021 ^{Pr} - III / 2021 ^{Pr} - II
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	1,3	2,3	-1,1
Explotación de minas y canteras	4,1	-2,2	-0,2
Industrias manufactureras	18,8	18,4	13,2
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado ²	7,4	5,0	3,7
Construcción	0,8	2,7	-1,6
Comercio al por mayor y al por menor ³	33,8	21,8	15,6
Información y comunicaciones	13,2	8,7	3,6
Actividades financieras y de seguros	2,1	3,4	0,8
Actividades inmobiliarias	2,0	2,0	0,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas ⁴	12,4	9,4	5,3
Administración pública, defensa, educación y salud ⁵	8,0	7,0	1,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios ⁶	32,0	34,6	-3,7
Valor agregado bruto	12,8	10,0	6,0
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	17,0	13,5	3,0
Producto Interno Bruto	13,2	10,3	5,7

Fuente: DANE, Cuentas nacionales



De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14,28% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,80% en la miseria, el 5,31% en viviendas inadecuadas, el 3,59% con servicios inadecuados, el 4,17% en hacinamiento.

Entre 2019 y 2020, el DANE contando con disponibilidad de información actualizada sobre los patrones de consumo de los colombianos en la Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares (ENPH) 2016-2017, realizó un proceso de actualización metodológica de las líneas de pobreza monetaria extrema y pobreza monetaria, con acompañamiento de un comité de expertos, conformado por representantes de la academia, instituciones nacionales e internacionales y miembros independientes; afrontando los desafíos que implicó la construcción de las estadísticas oficiales debido los cambios asociados a la pandemia de la COVID-19 que se dieron en el mundo entero y ajustes requeridos en los procesos de recolección de información. Según las cifras oficiales de pobreza monetaria basadas en la información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2019- 2020, los Registros Administrativos (RRAA) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes del Ministerio de Salud (PILA), la incidencia de la pobreza monetaria entre 2019 y 2020 disminuyó casi cinco puntos en los centros poblados y rural disperso; aumento casi diez en las cabeceras y a nivel nacional se incrementó casi en siete puntos. Según la información del DANE, en 2020, no se observan diferencias significativas en los indicadores del resto (rural), las cabeceras municipales y el nivel nacional, en comparación con el comportamiento observado de cada nivel entre los años 2012 y 2019⁷⁰ (Gráfico 22).

Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2012 - 2020

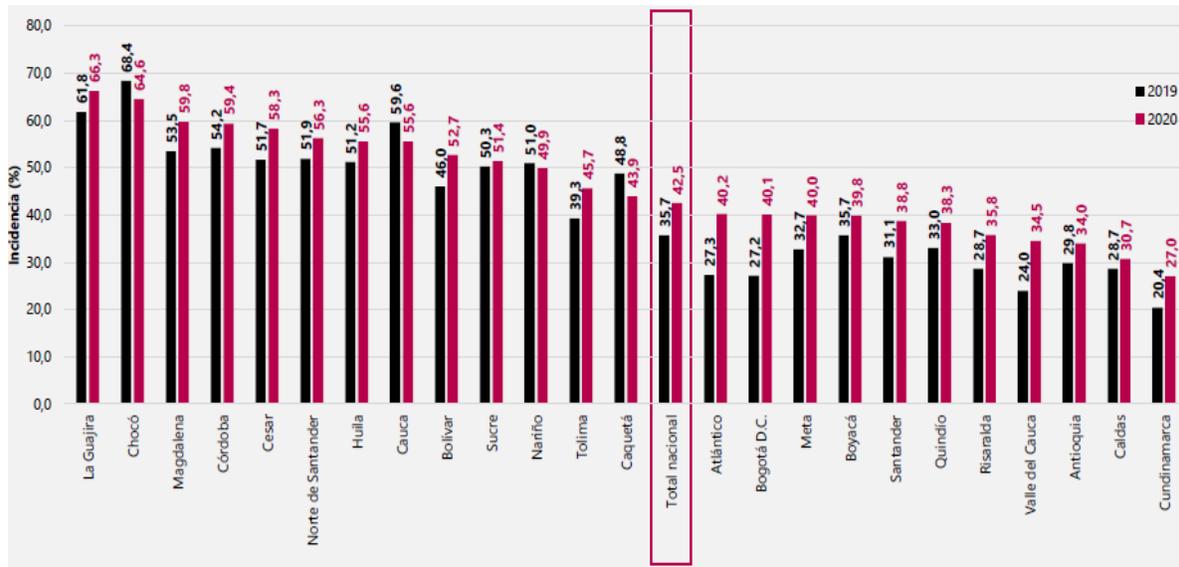


Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).



De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria, entre 2019 y 2020 los departamentos de La Guajira, Chocó, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander, Huila, Cauca, Bolívar, Sucre, Nariño, Tolima y Caquetá presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que la nacional (Gráfico 23).

Gráfico 23. Incidencia de pobreza monetaria por departamentos, Colombia 2019 - 2020

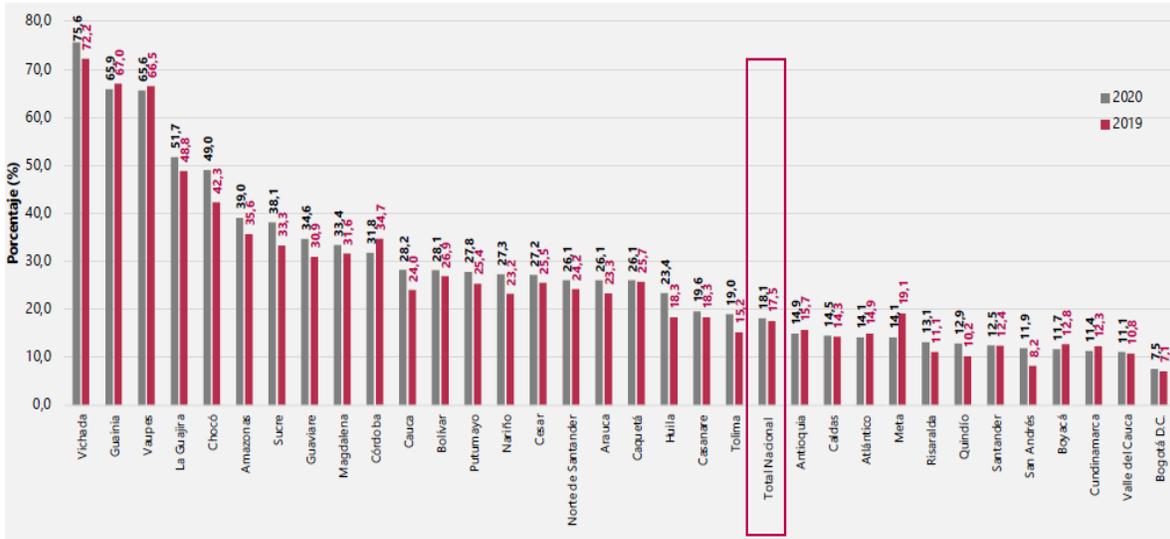


Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

Entre 2019 y 2020, hubo un incremento de 0,6 puntos porcentuales en la tasa de incidencia de la pobreza multidimensional a nivel nacional pasando de 17,5 a 18,1. De otra parte, los departamentos que presentaron mayor nivel en el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en 2020 por cada región fueron: Vichada con 75,6 para la región Orinoquia-Amazonia; La Guajira con 51,7 para la región Caribe; Chocó con 49,0 para la región Pacífico; Norte de Santander con 26,1 para la región Oriental; y Caquetá con 26,1 para la región Central (Gráfico 24).



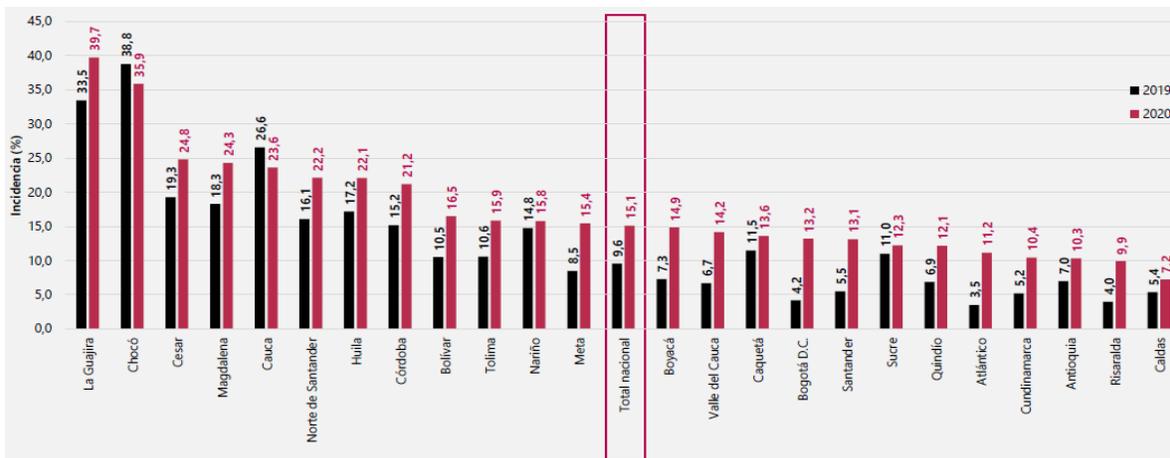
Gráfico 24. Índice de pobreza multidimensional por departamentos, Colombia 2019 - 2020



Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2019-2020, con base en proyecciones del CNPV 2018. Para 2020 se usa la integración del registro administrativo SIMAT, el formulario C-600 y la ECV para la estimación del indicador de inasistencia escolar.

Entre 2019 y 2020, la incidencia de pobreza monetaria extrema a nivel nacional paso de 9,6 a 15,1; aumento que significo el ingreso de 2,78 millones de personas a condición de pobreza extrema en 2020. Entre estos mismos años, los departamentos con mayor índice de pobreza extrema fueron La Guajira y Choco que pasaron de 33,5 a 39,7 y 38,8 a 35,9 respectivamente. Risaralda y Caldas fueron los departamentos que menor incidencia de pobreza extrema registraron pasando de 4,0 a 9,9 y 5,4 a 7,2 respectivamente (Gráfico 25).

Gráfico 25. Incidencia de pobreza monetaria extrema por departamentos, Colombia 2019 – 2020



Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

En relación con el comportamiento de otra de las medidas de desigualdad, del Coeficiente de Gini, se observa que durante el periodo entre 2012 y 2020 registra valores inferiores en la zona rural, mostrando allí menor



desigualdad económica, ya que mientras más cercano está el indicador de cero, menor es la desigualdad de los ingresos. Entre los años 2019 - 2020 el indicador se mantuvo estable en la zona rural, y su comportamiento en la zona urbana registró un incremento significativo, mostrando el mayor valor durante todo el periodo de observación (Gráfico 26).

Gráfico 26. Coeficiente de Gini según área, Colombia 2012 - 2020



Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

Educación

De acuerdo con las estimaciones del Departamento Nacional de Planeación (DNP) basadas en el censo de 2005, el 18,50% de los hogares en Colombia tenían analfabetismo encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el valor nacional y los valores departamentales. Bolívar, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Sucre, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, tenían porcentajes de analfabetismo mayor que el nacional.



Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018

Entidad territorial municipal	NBI - Total 2018	Analfabetismo 2018	Porcentaje Afiliado a regimen Subsidiado
Antioquia	10,67	8,9	34,95
Atlántico	11,28	7,8	52,73
Bogotá	3,36	1,6	14,19
Bolívar (1)	26,56	17,3	65,85
Boyacá	10,04	9,6	50,37
Caldas	8,91	9,2	39,26
Caquetá	23,48	11,9	61,56
Cauca (1)	18,27	14,9	67,07
Cesar	22,82	15,9	77,36
Córdoba (1), (3)	34,82	22,6	73,56
Cundinamarca	6,26	5,6	30,42
Choco (2)	65,4	25,6	71,62
Huila	12,68	9,3	63,73
La Guajira	53,01	28,6	69,95
Magdalena	26,5	18,7	70,72
Meta	13,31	7,4	49,89
Nariño	21,59	16,3	62,34
Norte de Santander	18,26	12,9	70,43
Quindío	6,73	8,1	41,44
Risaralda	8,14	7	40,07
Santander	9,45	8,3	43,87
Sucre	28,98	27	87,61
Tolima	12,06	10,9	50,86
Valle del Cauca	6,18	6,1	36,54
Arauca	32,26	12,2	75,38
Casanare	15,89	8,2	59,43
Putumayo	18,41	10,4	71,24
San Andres	14,84	1,5	16,62
Amazonas	34,92	12	67,27
Guainia	59,21	19,6	94,76
Guaviare	27,8	11,8	50,87
Vaupés	68,89	21,2	59,51
Vichada	67,62	18,3	83,86
Colombia	14,13	12,93	57,74

Fuente: NBI – DANE por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 25 de noviembre de 2020. Porcentaje de analfabetismo: DNP.

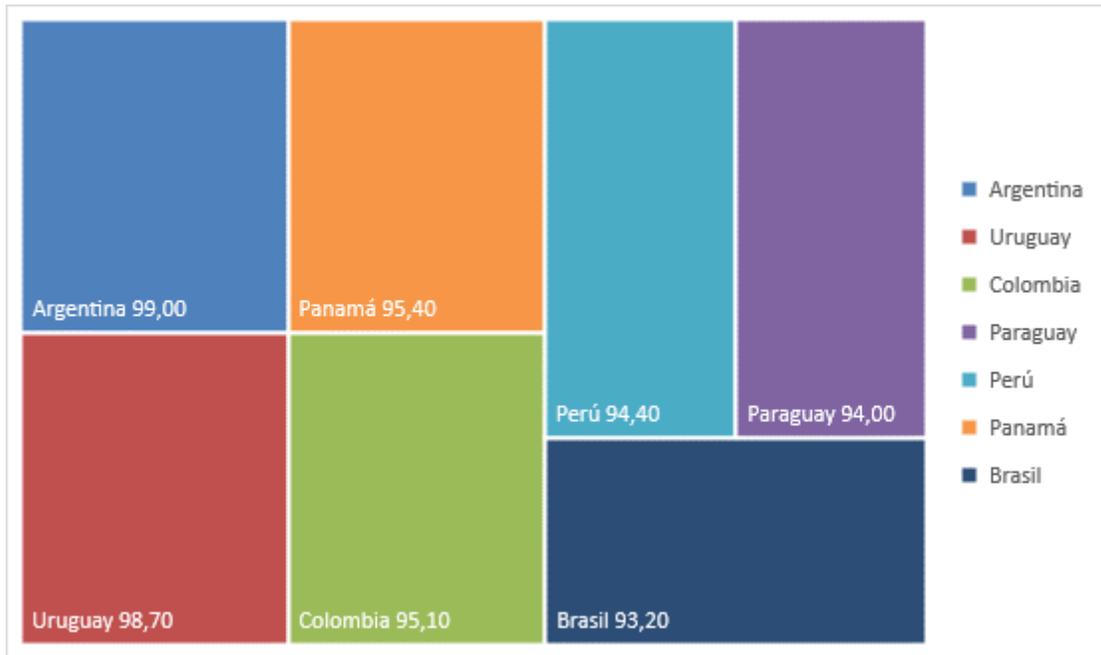
Por otra parte, según los datos del CENSO 2018, Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C., Cundinamarca y Valle del Cauca son los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, es decir conocimiento básico en lectura y escritura en el país. En contraste con Chocó, Cesar, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Sucre, Vaupés y Vichada son los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura⁷¹(Tabla 7).

De acuerdo con datos del Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁷², se estimó que para 2018, el 86,25% de la población de 15 años y más, en



el mundo tienen conocimiento básico en lectura y escritura. Los países que superan el promedio de la región de América Latina y el Caribe (93,53%), corresponden a Argentina (99%), Uruguay (98,70%), Panamá (95,40%), Colombia (95,40%), Perú (94,40%), Paraguay (94%) y (93,20%) Brasil (Gráfico 27).

Gráfico 27. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2018

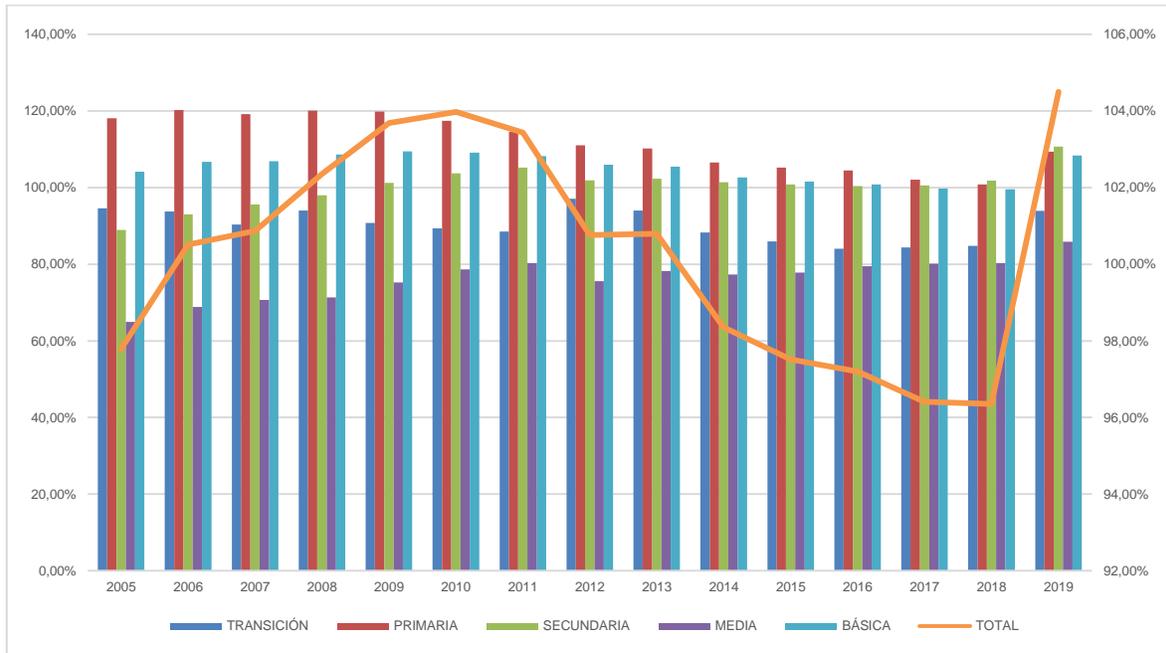


Fuente: Banco Mundial- UNESCO. Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2020.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia reportó que entre 2005 y 2019 la tasa de cobertura bruta por niveles, entendida como la relación entre el número de estudiantes matriculados en un nivel educativo respecto a la población en edad teórica para cursarlo; ha tendido ligeramente a la fluctuación con un descenso entre el 2013 y 2018, y un repunte importante en el 2019. Se puede observar que de la misma manera desde el año 2013 al 2018 hubo un descenso de nueve puntos porcentuales en la primaria (población entre 6 y 10 años) y una recuperación para 2019 alcanzando nuevamente un 109,37% de cobertura. Un comportamiento inverso se observa para los niveles secundaria (población entre 11 y 14 años) y media (población entre 15 y 16 años) que presentan un incremento de nueve y cinco puntos porcentuales respectivamente. La cobertura total describe un ascenso de casi ocho puntos porcentuales⁷³ (Gráfico 28).



Gráfico 28. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2019



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2020.

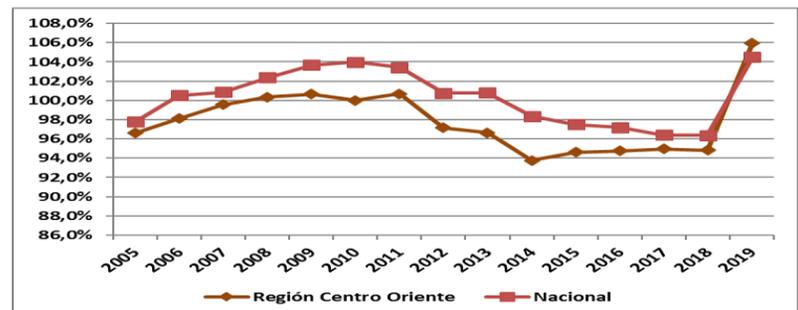
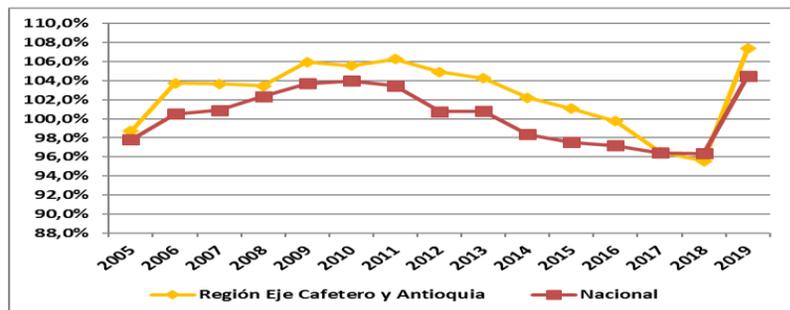
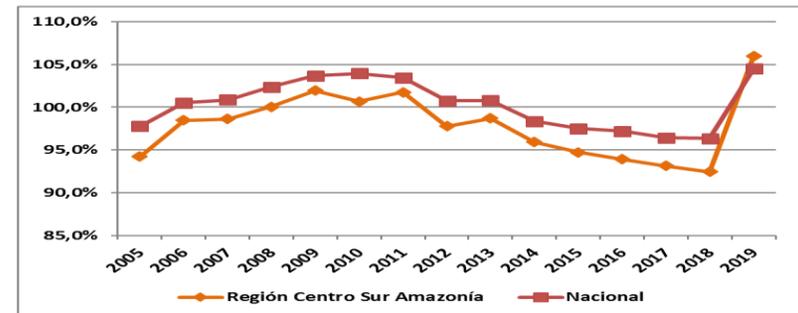
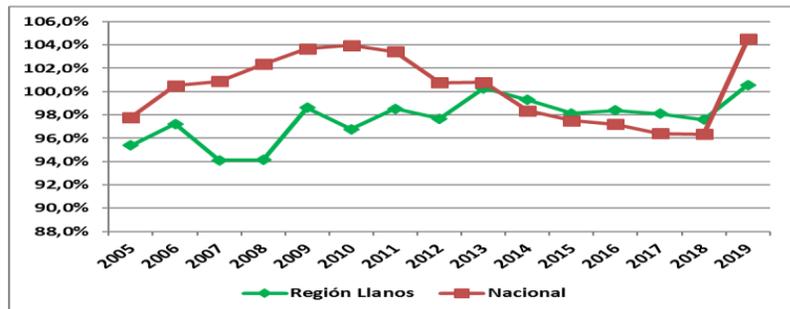
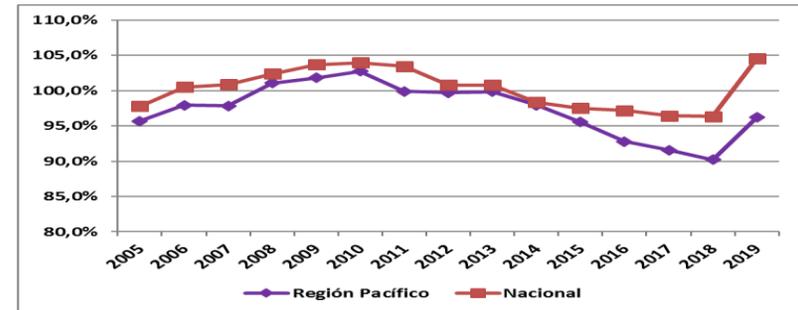
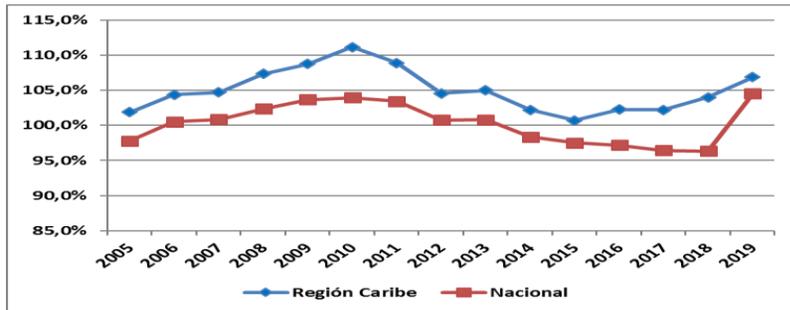
Entre 2005 y 2019 la mayoría de las Regiones (Caribe, Centro Sur Amazonia, Centro Oriente y Eje Cafetero y Antioquia) describen coberturas brutas por encima del promedio nacional para el último año. Comportamiento diferente en las regiones de Los Llanos y Pacífica que describe una tasa por debajo del país en la mayor parte del periodo, encontrándose para el último año. Los Llanos con cuatro puntos porcentuales por debajo y la región Pacífica con 8 puntos porcentuales por debajo del dato obtenido para el país (Gráfico 29).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 29. Tasa de cobertura bruta por regiones, 2005-2019



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: septiembre de 2019.



Desempleo

Para noviembre de 2021, el DANE estimó que la tasa de desempleo (TD) nacional fue de 10,8 con respecto al mismo mes en 2020 (13,3) mostrando una reducción de más de dos puntos porcentuales. Mientras tanto, la TD para las 13 ciudades y áreas metropolitanas en 2021 fue de 12,2 y la tasa de ocupación fue de 55,0 (Tabla 8).

Tabla 8. Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) – Noviembre (2021 - 2020)

Tasas (%)	Total Nacional		Total 13 ciudades y áreas metropolitanas	
	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020
TGP	60,4	61,4	62,6*	64,3
TO	53,9	53,2	55,0*	54,4
TD	10,8*	13,3	12,2*	15,4
TSS	25,4	25,9	20,3*	24,8
TSO	9,7	10,3	9,0*	10,7

* Variación estadísticamente significativa.

Notas:

- El dominio total nacional no incluye la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés.
- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del Censo 2005.

Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

Entre enero y noviembre de 2021, las ciudades que registraron las mayores TD fueron: Quibdó (20,5), Riohacha (19,6), Cúcuta A.M. (19,5%), Ibagué (19,3%) y Valledupar (18,6). Las ciudades que presentaron menores tasas de desempleo en el mismo periodo fueron: Cartagena (10,4), Barranquilla A.M. (10,6%), y (12,6) Bucaramanga A.M. (Tabla 9).



Tabla 9. Tasa de desempleo en 23 ciudades y áreas metropolitanas, enero a noviembre 2020 – 2021

TD según ciudad	Enero - noviembre 2021	Enero - noviembre 2020	Variación (p.p.)
Quibdó	20,5	20,8	-0,3
Riohacha	19,6	22,7	-3,2
Cúcuta A.M.	19,5	24,0	-4,5
Ibagué	19,3	26,3	-7,0
Valledupar	18,6	21,4	-2,9
Florencia	18,2	24,1	-5,9
Neiva	18,1	26,6	-8,5
Cali A.M.	17,7	20,7	-3,0
Popayán	17,6	23,4	-5,8
Armenia	17,6	23,5	-5,9
Tunja	17,1	20,9	-3,8
Villavicencio	16,5	21,5	-5,0
Bogotá D.C.	16,5	18,4	-1,9
Montería	16,5	19,4	-2,9
23 ciudades y A.M.	15,8	18,8	-3,0
13 ciudades y A.M.	15,6	18,5	-2,8
Medellín A.M.	15,6	18,6	-2,9
Pereira A.M.	15,2	17,6	-2,4
Santa Marta	15,0	18,0	-3,0
Sincelejo	14,8	20,4	-5,5
Manizales A.M.	14,7	20,4	-5,7
Pasto	13,9	17,0	-3,1
Bucaramanga A.M.	12,6	17,6	-5,0
Barranquilla A.M.	10,6	12,4	-1,8
Cartagena	10,4	14,8	-4,4

Notas:

- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Total 23 ciudades y áreas metropolitanas incluye: 13 ciudades y áreas metropolitanas más Tunja, Florencia, Popayán, Valledupar, Quibdó, Neiva, Riohacha, Santa Marta, Armenia y Sincelejo.
- p.p: puntos porcentuales.

Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

Para hombres y mujeres se observa una reducción de la tasa de desempleo de 1,5 y 3.7 puntos porcentuales respectivamente. Asimismo, la brecha entre mujeres y hombres, al mes de noviembre de 2021 este alrededor de los 6 puntos porcentuales para este indicador. Este comportamiento se es cercano al observado en las 13 ciudades y áreas metropolitanas (Tabla 10).



Tabla 10. Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) según sexo – Noviembre (2021 - 2020)

Tasas (%)	Total Nacional				Total 13 ciudades y áreas metropolitanas			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020
TGP	72,4	72,8	48,9	50,5	71,6	73,1	54,5*	56,4
TO	66,5	65,6	41,9	41,4	64,2	63,7	46,6	46,0
TD	8,3*	9,8	14,5*	18,2	10,4*	12,8	14,4*	18,4
TSS	25,9	25,7	24,6	26,2	20,3*	24,8	20,3*	24,7
TSO	9,8	10,1	9,5	10,4	9,2*	10,7	8,8*	10,7

* Variación estadísticamente significativa.

Notas:

- El dominio total nacional no incluye la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés.
- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del Censo 2005.

Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

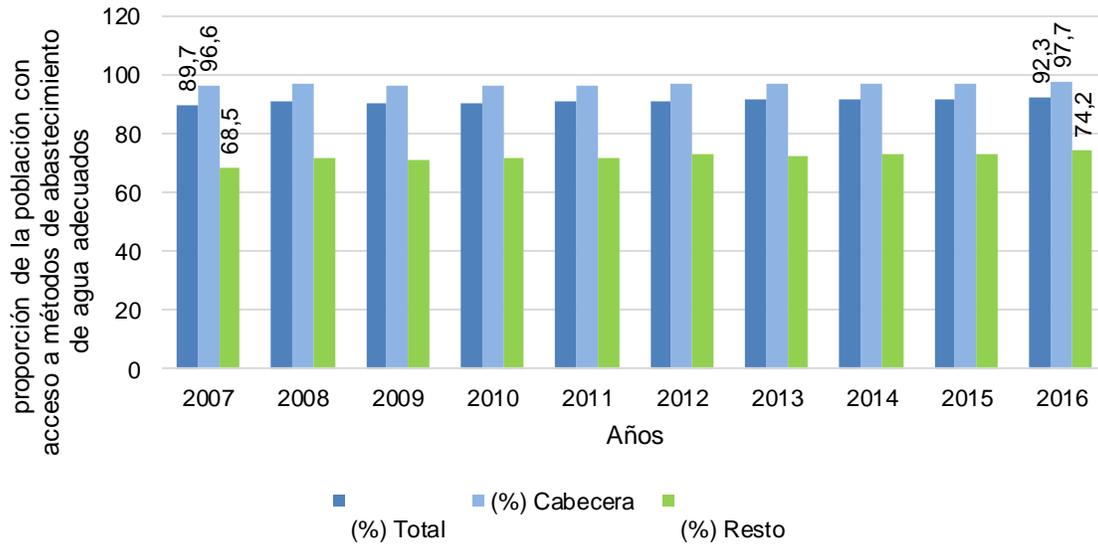
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos

Hogares

Entre 2007 y 2016, la población colombiana que habitaba en viviendas con métodos de abastecimiento de agua adecuados (que para viviendas en la cabecera municipal es acueducto, y para viviendas en zonas diferentes a la cabecera municipal (resto) son: acueducto, otra fuente por tubería, pozo con bomba y pila pública), registro una tendencia creciente en el área rural al pasar de 68,5 en 2007 a 74,2 en 2016, es decir un aumento de seis puntos porcentuales, al igual en el área cabecera se incrementó en un punto porcentual y en el total el aumento fue del tres puntos porcentuales (Gráfico 30).



Gráfico 30. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.

Según el CNPV 2018 para ese año, el 86,4% de la población colombiana tenía acceso al servicio de acueducto y el 76,6% a alcantarillado. Además, el 96,3% de los hogares recibían el servicio de energía eléctrica; 66,8% gas natural; 81,6% contaron con recolección de basuras y 43,4% con internet fijo o móvil.

De otra parte y de acuerdo con los datos de la ECV de 2019, en Colombia el 87,0% de la población contaba con el servicio de acueducto y el 74,4% con alcantarillado. El acceso a servicios fue mayor en el área urbana o cabecera, que en el área rural o resto. El 98,1% de los hogares recibieron el servicio de energía eléctrica, el 64,5% gas natural, el 81,8% accedieron a la recolección de basuras y el 25,2% de telefonía fija. De acuerdo con la misma fuente, Colombia incremento ese mismo año 0,4 puntos porcentuales (p.p.) la cobertura de energía eléctrica; 0,1 p.p. la de gas natural, acueducto y recolección de basuras; y descendió en 0,3 p.p. en alcantarillado, mientras en telefonía fija fue de 4,0 p.p. (Tabla 11). Este ligero aumento en la cobertura del servicio de acueducto tiene una implicación en la calidad de vida y salud de la población, principalmente en menores de 5 años, quienes son propensos a contraer enfermedades de origen hídrico; pero también es un factor que aporta a la disminución de la pobreza y reducir las brechas entre las regiones.



Tabla 11. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2019

Año	Energía Eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcanarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
2019	98,1	64,5	87,0	74,4	81,8	25,2
2018	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2
2016	98,7	64,7	89,6	77,5	83,4	30,6
2015	99,0	62,5	89,9	77,0	82,3	32,6
2014	98,5	61,5	88,4	76,7	81,9	33,9
2013	98,2	58,9	88,5	75,9	81,6	34,3
2012	97,6	57,3	87,4	75,3	80,4	35,6
2011	97,4	52,1	87,3	72,3	80,0	36,9
2010	97,7	52,4	87,6	75,3	81,0	39,8
2008	97,2	47,4	86,7	73,9	77,9	44,3
2003	95,8	35,3	87,3	72,9	75,3	54,7

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.

Si bien el país ha avanzado en el aumento de las coberturas de los servicios de acueducto y recolección de basuras, muestra un rezago en las áreas rurales, lo que evidencia que la brecha se mantiene a pesar de la mejoría del indicador.

Acueducto

De acuerdo con los datos Sistema Único de Información (SUI), en 2018 de los 1.102 municipios del país, el 9,16% (101) registran coberturas del 100% en el servicio de acueducto; el 16,78% (185) de los territorios reporto coberturas entre 82,47% y 99,97%; el 21,96% (242) registro coberturas en un rango de 57,84% a 82,37%. Los municipios con coberturas entre 35,98% y 57,79% fueron el 21,86% (241); el 21,23% (234) de los territorios registran coberturas por debajo del 35,98%; y 8,98% (99) registran SD (Sin Dato), ya que el municipio no tiene certificada la información en el SUI.

El 2019 Bogotá (99,9%), Atlántico (97,8%) y Quindío (97,4%) presentan los porcentajes más altos de hogares con acceso a este servicio. Mientras tanto, los hogares de Guainía, Vaupés y San Andrés son los que tienen menos acceso al servicio de acueducto, este porcentaje fue 21,1%, 25,2% y 30,3% respectivamente (Tabla 12).



Alcantarillado

Según datos del SUI, en 2018 de los 1.102 municipios, el 2,45% (27) registraron coberturas del 100% en este servicio; el 22,50% (248) municipios registran coberturas entre el 60,16% y 99,89%; el 24,04% (265) de los territorios reporto coberturas entre 36,00% y 59,88%; el 24,04% (265) registro coberturas en un rango de 18,49% a 35,91%. Los municipios con coberturas menores a 18,49% fueron el 21,96% (242) y 4,99% (55) registran SD (Sin Dato), ya que el municipio no tiene certificada la información en el SUI.

Mientras para 2019, el servicio de alcantarillado en más del 60% de los departamentos se encuentra con datos inferiores al promedio nacional (74,4%). Los departamentos con las coberturas más bajas son Vichada (0,9%), San Andrés (19,2%) y Vaupés (19,6%) con un panorama similar al del acueducto lo que evidencia, una situación de desventaja frente a los demás departamentos y amerita una intervención específica que permita aumentar el acceso a los servicios públicos de la población que reside en estas zonas, que permita garantizar un mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los habitantes y se vea reflejado en el avance positivo de algunos indicadores en salud que se encuentran estrechamente relacionados (Tabla 12).



Tabla 12. Cobertura de servicios públicos Colombia 2019

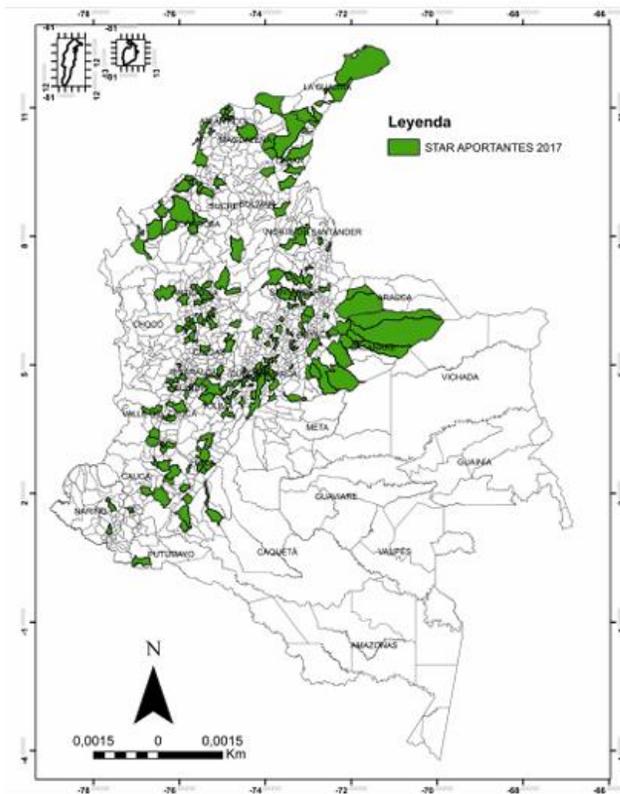
Departamento	Total de Hogares	Energía Eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcanarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
Amazonas	22	84,7	0,0	34,2	20,1	50,4	0,7
Antioquia	2.133	99,8	62,2	91,4	83,8	90,6	40,5
Arauca	103	98,0	5,1	72,8	59,6	69,9	4,0
Atlántico	679	99,7	87,7	97,8	84,8	96,3	26,1
Bogotá	2.692	100,0	90,4	99,9	99,7	99,8	50,5
Bolívar	601	98,3	68,3	81,4	45,4	71,0	14,0
Boyacá	447	98,4	55,4	85,5	61,9	63,7	4,0
Caldas	350	99,8	63,7	88,8	81,3	85,7	20,8
Caquetá	134	92,2	33,4	71,8	60,5	70,1	4,1
Casanare	146	96,6	74,3	82,8	69,6	76,8	2,6
Cauca	481	98,1	28,9	78,9	41,8	42,7	4,0
Cesar	365	96,5	67,2	86,5	73,1	78,8	8,6
Córdoba	510	98,5	47,2	68,5	40,2	56,4	6,9
Cundinamarca	1.054	99,7	65,7	89,7	74,5	85,0	14,1
Chocó	170	95,9	1,2	35,1	21,4	51,8	3,3
Guainía	14	70,2	0,0	21,1	25,4	38,3	0,3
Guaviare	31	85,8	15,1	39,7	40,8	57,9	1,7
Huila	351	99,0	65,2	86,5	66,5	70,8	14,3
La Guajira	282	65,6	40,1	50,8	40,9	49,4	4,1
Magdalena	396	98,0	58,2	78,7	47,4	72,9	10,3
Meta	354	96,2	65,4	78,6	74,6	81,4	10,8
Nariño	538	98,6	5,8	73,0	42,4	53,0	6,7
Norte de Santander	476	99,4	46,3	84,1	78,5	84,0	18,2
Putumayo	125	87,9	14,2	48,1	48,4	57,0	1,3
Quindío	195	99,7	77,5	97,4	91,1	95,0	24,6
Risaralda	335	99,8	71,3	95,9	81,3	88,9	27,6
San Andrés	15	100,0	0,0	30,3	19,2	99,9	9,6
Santander	738	99,4	66,1	82,6	74,5	78,4	29,4
Sucre	271	93,2	57,9	85,0	53,9	59,1	6,2
Tolima	479	98,7	67,2	86,1	69,9	72,3	18,9
Valle	1.472	99,4	79,4	94,9	88,8	95,4	32,6
Vaupés	10	49,6	0,0	25,2	19,6	22,1	0,7
Vichada	31	39,4	0,0	33,5	0,9	32,0	0,1
Total Nacional	15.999	98,1	64,5	87,0	74,4	81,8	25,2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.



Un elemento que hace parte del sistema alcantarillado, son los Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR), con corte al 31 de diciembre de 2017, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) informó que el país contaba con 696 STAR en 514 municipios (Mapa 18). Cundinamarca es el departamento con mayor cantidad STAR para un total de 137; seguido por Antioquia con 90; Boyacá con 39; Cauca con 37; Tolima con 36 y Santander con 35. Este tipo de infraestructura no ha sido implementada en la misma cantidad en zonas como Amazonas y Guaviare, que no cuenta con ninguna, o en lugares como Vichada y Guainía, que poseen dos cada uno (Gráfico 31).

Mapa 18. Municipios con sistema de tratamiento de aguas residuales (STAR)



Fuente: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, 2017. Tomado del documento CONPES 3948.

Gráfico 31. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) por departamento, 2016

Departamento	Número de STAR
Cundinamarca	137
Antioquia	90
Boyacá	39
Cauca	37
Tolima	36
Santander	35
Córdoba	29
Cesar	27
Valle del Cauca	27
Casanare	26
Sucre	24
Magdalena	23
Huila	22
Bolívar	21
La Guajira	19
Norte de Santander	18
Atlántico	17
Meta	11
Putumayo	11
Arauca	9
Nariño	7
Caquetá	6
Quindío	6
Chocó	5
San Andrés	3
Vaupés	3
Caldas	2
Guainía	2
Vichada	2
Bogotá	1
Risaralda	1
Amazonas	0

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



Calidad del agua

De acuerdo con los datos del Sistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA) en el país se ha mantenido entre 20,83 y 20,5 entre 2007 y 2017, lo cual indica que el nivel de riesgo es medio. En el año 2018 el IRCA bajo a 7,93 y para el 2019 volvió a ubicarse en riesgo medio con un porcentaje de 17,23 (Gráfico 32).

Gráfico 32. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable 2007 – 2019



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

Entre 2017 y 2018, bajo el número de departamentos con riesgo alto, de 5 en 2017 a 4 en 2018, en el último año Putumayo paso de riesgo alto a medio; mientras que Sucre y Caquetá pasaron de riesgo medio a bajo. Córdoba y Guaviare pasaron de sin riesgo a riesgo bajo y Risaralda y Vichada pasaron de riesgo bajo a medio. Persistieron en el 2018 con riesgo alto los departamentos de Caldas, Vaupés, Huila y Nariño. Mientras para 2019 es de resaltar que ninguno de los departamentos reporta su indicador en alto riesgo, lo que refleja la gestión de las entidades territoriales realizada al respecto (Mapa 19) (Gráfico 33).



Mapa 19. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA), Colombia 2019

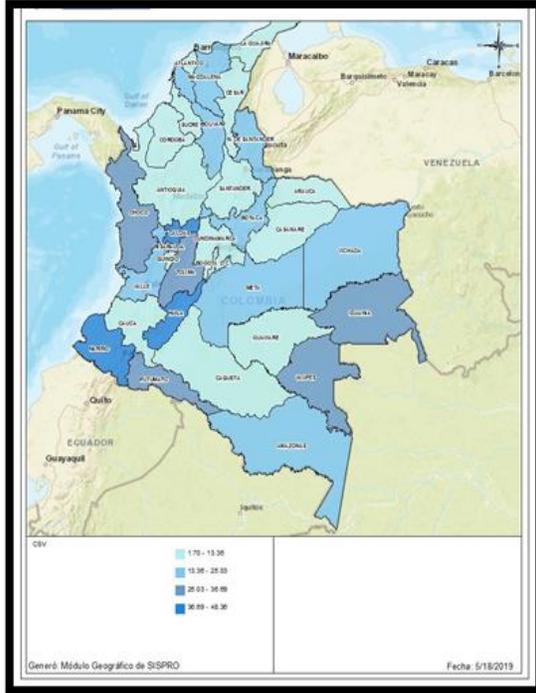


Gráfico 33. IRCA por departamento, Colombia 2019

Departamento	Muestras	IRCA	Nivel_riesgo
Boyacá	2874	12,7	BAJO
Caquetá	304	12,4	BAJO
Cesar	624	11,9	BAJO
Guaviare	102	10,0	BAJO
Cauca	1977	8,8	BAJO
Córdoba	297	7,2	BAJO
Santander	1754	6,8	BAJO
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	99	6,4	BAJO
Cundinamarca	2267	6,0	BAJO
Atlántico	1869	6,0	BAJO
Casanare	644	5,7	BAJO
Chocó	52	27,0	MEDIO
Nariño	1129	22,9	MEDIO
Boívar	536	22,9	MEDIO
Guainía	71	21,6	MEDIO
Tolima	1124	21,4	MEDIO
Sucre	252	20,9	MEDIO
Putumayo	265	20,2	MEDIO
Magdalena	1314	18,3	MEDIO
La Guajira	887	17,9	MEDIO
Amazonas	97	16,7	MEDIO
Huila	1107	16,5	MEDIO
Meta	672	15,6	MEDIO
Vichada	234	15,3	MEDIO
Valle del Cauca	2193	4,8	SIN RIESGO
Norte de Santander	653	3,9	SIN RIESGO
Caldas	915	3,7	SIN RIESGO
Risaralda	709	3,3	SIN RIESGO
Quindío	625	3,1	SIN RIESGO
Bogotá, D.C.	2817	3,0	SIN RIESGO
Antioquia	8259	2,8	SIN RIESGO
Arauca	694	1,7	SIN RIESGO
Vaupés	1	0,0	SIN RIESGO

Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

Condiciones ambientales

Calidad del aire (material particulado, PM10)

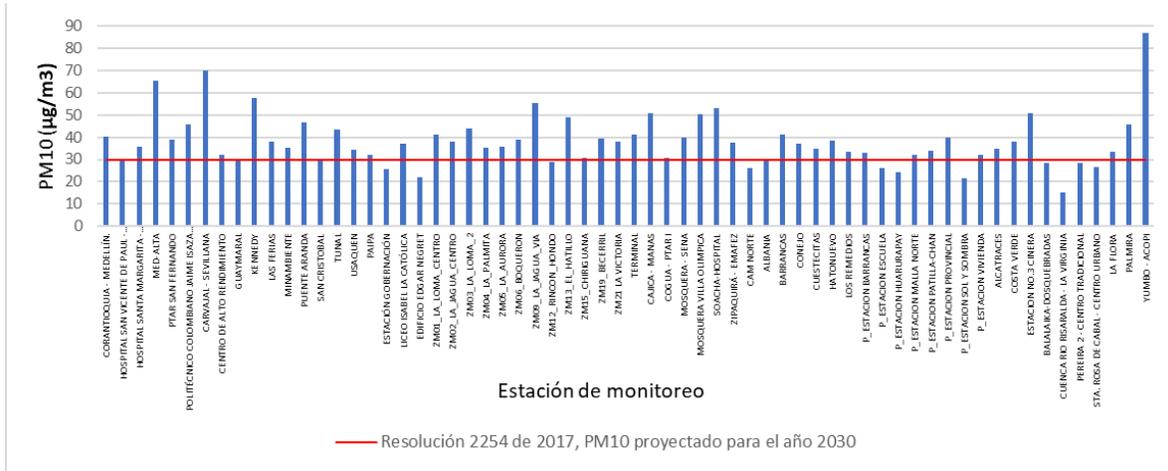
En el gráfico 34, se observa el promedio en la concentración de material particulado de 10 micras en un periodo de 7 años, el cual se calculó a partir de los registros anuales de las estaciones de monitoreo que tenían datos completos para 2012, 2016 y 2019. Se presenta también el referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030 según se encuentra estipulado en la Resolución 2254 de 2017.

Se observa que el promedio de PM10 en la mayoría de las estaciones se encuentra por encima del referente normativo proyectado a 2030. La estación con mayor PM10 promedio es la de Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá, la estación Medellín



Alta en Antioquia, la estación Kennedy en Bogotá y la estación la Jagua Vía en el municipio la Jagua de Ibérico, César. En contraste la estación con menor promedio fue la estación en la Cuenca río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda.

Gráfico 34. Promedio material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo, Colombia 2012 a 2019

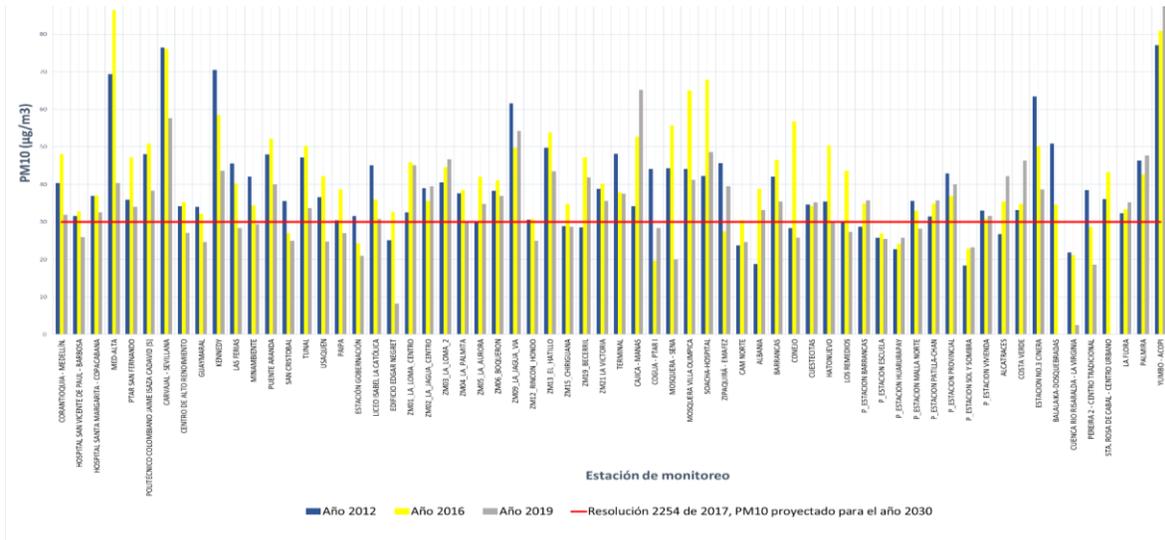


Fuente SISAIRE

En cuanto a las variaciones anuales en la concentración de PM10 por cada estación, se observa que la mayoría de las estaciones han presentado concentraciones por encima del referente normativo proyectado para 2030 en los tres años de observación. Las tres estaciones con concentraciones más altas y consistentemente los tres años por encima de este referente son las mismas comentadas antes con el mayor promedio, estas son Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevilla de Bogotá. En particular, la estación de Acopi presenta concentraciones de PM10 por encima de $75 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en los tres años observados. Las estaciones con concentraciones por debajo del referente normativo durante los tres años son la estación en la Cuenca río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda, seguida por estación sol y sombra, en el municipio de Albania y las estaciones Escuela y y Huarurapay en el municipio de Uribia, La Guajira (gráfico 35).



Gráfico 35. Concentración anual de material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo. Colombia, 2012, 2016 y 2019



Fuente SISAIRE

Seguridad alimentaria

Se entiende por seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. (CONPES 113)

La disponibilidad de alimentos: Es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local, relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación.

El acceso: Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país.

El consumo: Se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas.

Bajo peso al nacer

Aunque el bajo peso al nacer (P050) está documentado entre las primeras causas de muerte neonatal, en Colombia no está dentro de los diagnósticos de muerte más frecuentes. Se estima que entre 2005 y 2018 casi

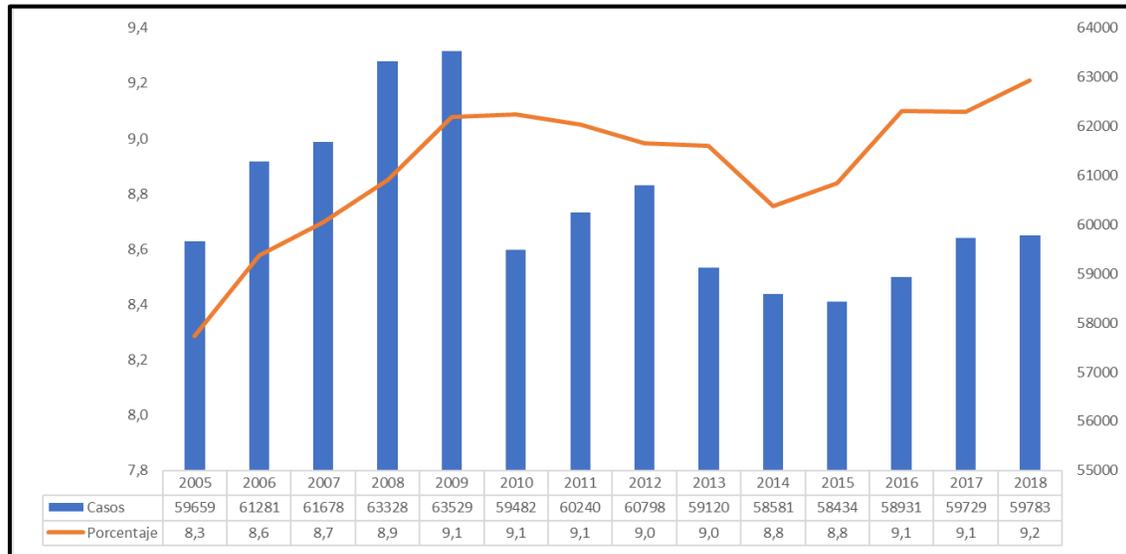


La salud
es de todos

Minsalud

nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 844.573 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.327 y una desviación estándar de 1.598 (Gráfico 36).

Gráfico 36. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005 - 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores del MSPS. Actualizado el 29 de noviembre de 2020.

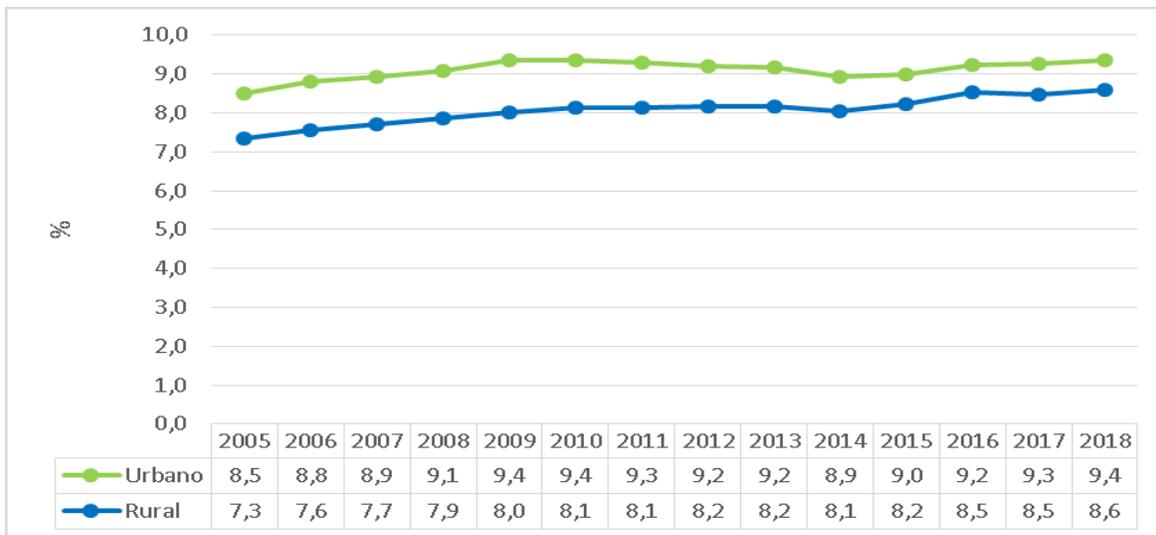
Entre 2017 y 2018 la proporción de bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre los 9,1 y 9,2 nacidos vivos por cada 100. Por área de residencia, la prevalencia es mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento, de la misma manera la tendencia de la brecha de desigualdad tiende a mantenerse estable para este periodo de tiempo (Gráfico 37).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 37. Comportamiento del promedio de urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores, del MSPS.

La asociación entre el bajo peso al nacer y las enfermedades crónicas (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión y obesidad) en la edad adulta se ha demostrado en varios estudios epidemiológicos, así mismo, un meta análisis muestra que el bajo peso al nacer aumenta significativamente el riesgo de asma infantil⁷⁴. Un estudio de Cohorte realizado entre 1911 y 1930 Hertfordshire, en Inglaterra encontró que niños con bajo peso al nacer, tenían un 50% más de mortalidad por enfermedad cardíaca en la edad adulta.

En 2019, los departamentos de Bolívar (13,95%), Chocó (11,77%), Huila (10,52%) y Norte de Santander (10,28%) presentaron los valores más altos del indicador a nivel nacional (Mapa 20) (Gráfico 38).



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 20. Proporción de RN con bajo peso al nacer, Colombia 2019

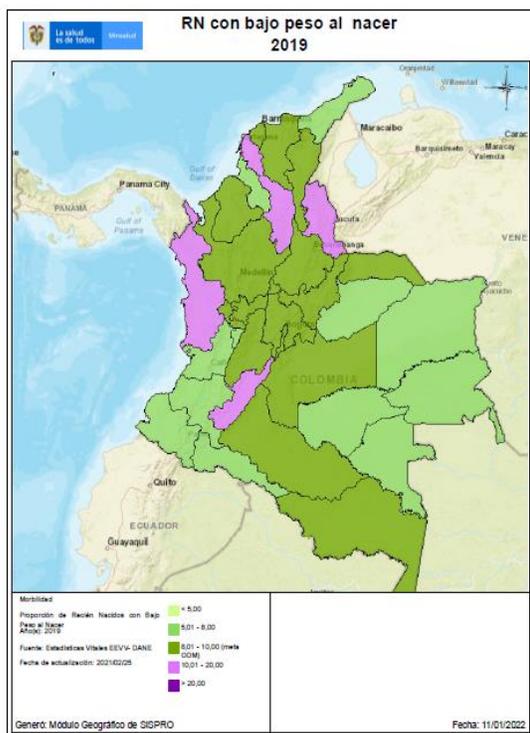


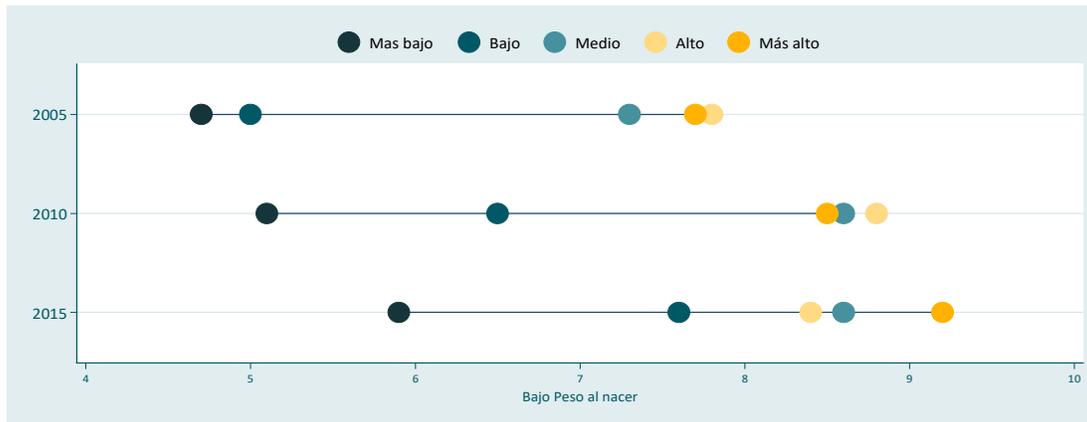
Gráfico 38. Porcentaje de RN con bajo peso al nacer por departamento, 2019

Departamento	BPN 2019
BOLIVAR	13,95
CHOCO	11,77
HUILA	10,52
NORTE DE SANTANDER	10,28
CALDAS	9,96
BOGOTA D.C.	9,87
ANTIOQUIA	9,53
CAQUETA	9,41
MAGDALENA	9,39
ATLANTICO	9,22
ARAUCA	9
AMAZONAS	8,97
TOLIMA	8,84
RISARALDA	8,77
SANTANDER	8,76
META	8,54
CORDOBA	8,46
CESAR	8,35
CUNDINAMARCA	8,28
BOYACA	8,18
SUCRE	7,81
GUAINIA	7,26
QUINDIO	7,25
LA GUAJIRA	7,2
VICHADA	6,94
VALLE DEL CAUCA	6,7
GUAVIARE	6,7
CASANARE	6,62
PUTUMAYO	6,62
NARIÑO	6,5
VAUPES	5,91
CAUCA	5,73
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	5,68
COLOMBIA	5,55

Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS. Consultado 11/01/2022.

El bajo peso al nacer en nacidos vivos a término es un 21% más alto en el quintil que agrupa el 20% de los departamentos con menor índice de pobreza multidimensional que en los departamentos más pobres multidimensionalmente. En 2015, el quintil más alto tiene el 64,1% más de los niños con bajo peso al nacer comparando el quintil más bajo de pobreza. La desigualdad a través del tiempo ha venido aumentando en especial en el más bajo y bajo quintil de riqueza (Gráfico 39).

Gráfico 39. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 – 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

Duración de lactancia materna

“La adecuada alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños en todos los países del mundo”⁷⁵. La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II; los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. En el mundo aproximadamente el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva⁷⁶.

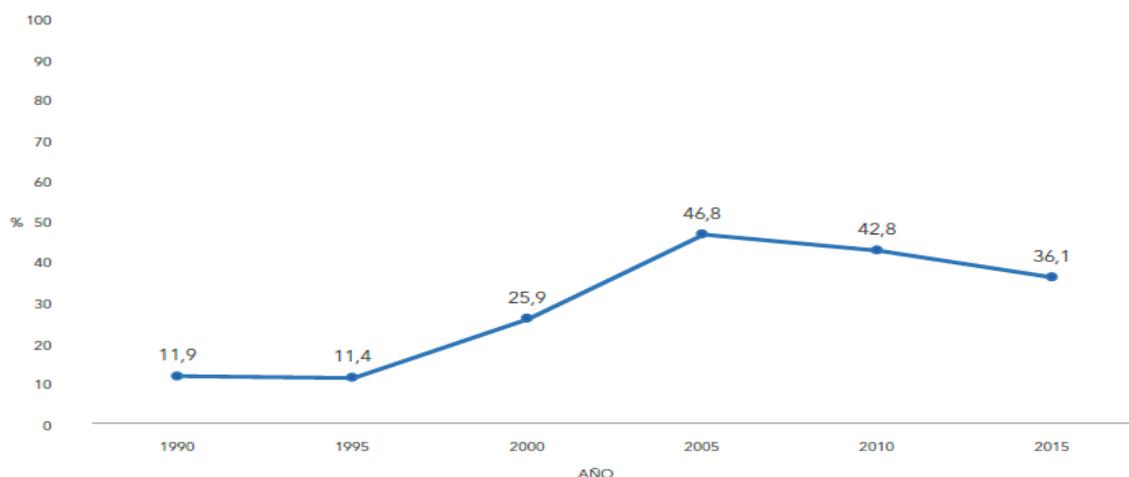
La duración óptima de la lactancia materna exclusiva como primer alimento y la adecuada introducción de los alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida son unos de los temas cruciales que la OMS mantiene bajo continua revisión⁷⁵. De acuerdo con lo anterior y con las recomendaciones de la OMS, la lactancia materna exclusiva se entiende como aquella donde el niño recibe solamente leche materna hasta los seis meses. Durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del 11,4 % a 46,91 % de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo, en el último decenio (2005 - 2015) el comportamiento favorable cambió de forma radical y actualmente el país se enfrenta a una reducción de cerca de 10,8 p.p. frente al mejor resultado logrado en el 2005 (Gráfico 40).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 40. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

Según la ENSIN 2015 el 97,2% de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre la región, etnia, sexo. En cuanto al inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido, el 17,6 % de las madres presentaron esta práctica, siendo ésta 1,4 veces más frecuente en la cabecera comparada con el resto. El 9,8 % de las madres reportaron empezar a lactar después del primer día (Gráfico 41).

En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionada con esta práctica durante la gestación, los mejores resultados se presentaron en el cuartil de riqueza alto (85,4%) frente al cuartil más bajo (70,5 %), y en la región Bogotá (88,4%) comparada con las regiones Atlántica (77,3%), Oriental (78,4%) y Central (79,0%). Los resultados fueron similares frente al porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con lactancia materna durante la estancia hospitalaria, con un reporte nacional del 74,4 %, en donde Bogotá obtuvo los mejores resultados con el 90,3 % en contraste con la región Atlántica en donde sólo se dio en el 64,1% de los casos⁷⁵.

El inicio temprano de la lactancia materna se incrementó en 16 puntos porcentuales, al pasar 56,6 de en 2010 a 72,6 en 2015, con mayor predominio en los indígenas en comparación con los afrocolombianos y sin etnia. Sin diferencias por sexo, índice de riqueza y región del país. Las regiones Central y Orinoquía y Amazonía registran 6,4 y 3 puntos porcentuales, respectivamente superior al promedio nacional (72,6%). Bogotá D.C.,

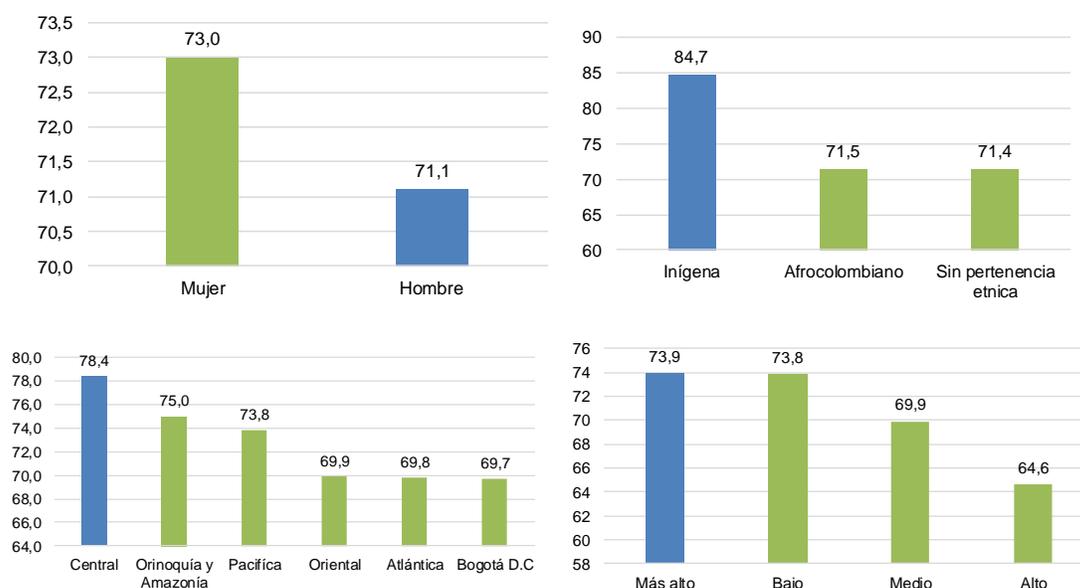


La salud
es de todos

Minsalud

69,7 de cada 100 niños tienen inicio temprano de lactancia materna, alrededor de dos puntos porcentuales menos alto que el país (Gráfico 41).

Gráfico 41. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 2015.

Dieta mínima aceptable

La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. 2009.)

La dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad dietaria mínima y la frecuencia alimentaria mínima, permite evaluar la calidad de las dietas que están recibiendo los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. Esta medición evidenció que, a nivel nacional, solo el 36,5 % de niños y niñas de 6 a 23 meses tenía una alimentación complementaria que cumplía con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos) así como con un número mínimo de veces. En el análisis por variables de equidad no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas, ni entre afrodescendientes y la categoría sin pertenencia étnica. Sin embargo, si hubo diferencias significativas entre niños y niñas sin pertenencia étnica presentaron

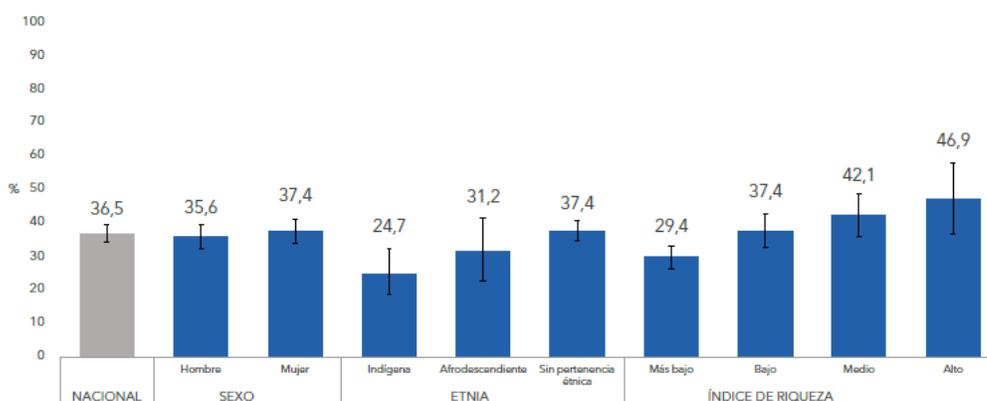


La salud
es de todos

Minsalud

(37,4 %) y los indígenas (24,7%). En el cuartil de riqueza alto se presentó mayor proporción (46,9 %) en comparación con el cuartil más bajo (29,4 %), por lo tanto, los individuos en el cuartil alto tenían una dieta mínima aceptable que es 1,6 veces la de los individuos ubicados en el cuartil más bajo. En Bogotá el 49,5 % de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad contaban con una dieta mínima aceptable, cifra significativamente diferente a la región Atlántica que presentó la cifra más baja (30,2%) (ENSIN 2015).

Gráfico 42. Dieta mínima aceptable por sexo, etnia e índice de riqueza



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 2015.

Retraso en la talla en menores de cinco años

Los efectos del retraso en el crecimiento en los menores de 5 años sobre la salud se relacionan con la probabilidad de morbilidad y mortalidad de los que han estado expuestos a la desnutrición antes de cumplir los 5 años de edad en comparación con los que no la han experimentado. Otras consecuencias negativas que influyen en diferentes dimensiones de la vida, como la educación, ya que el déficit alimentario altera la capacidad de concentración en las aulas, limita el aprendizaje, generan brechas de aprendizaje que provocan un menor rendimiento escolar y un incremento o profundización de la pobreza, reproduciendo el círculo vicioso, al incrementar la vulnerabilidad a la desnutrición⁷⁷. Otros efectos, son los costos, gastos públicos y privados y productividad y problemas de inserción social. Dichos efectos pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas.

Durante los últimos 30 años, América Latina y el Caribe ha reducido de forma continua la prevalencia del retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años. La tendencia a la baja ha permitido que dicha prevalencia



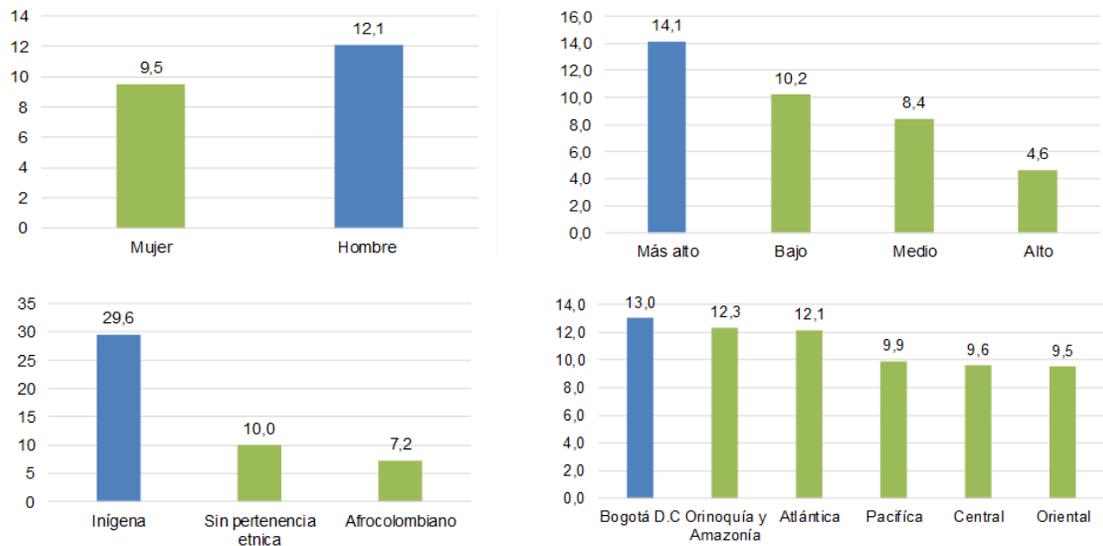
La salud
es de todos

Minsalud

se redujera a menos de la mitad entre 1990 y 2018, lo que significó pasar de 22,8% a 9%. En términos de población, esto representa que la Región redujo el número de niñas y niños con retraso en el crecimiento de 12,9 millones a 4,8⁷⁸.

En Colombia, según la ENSIN, entre 1990 y 2015 este indicador descendió 15,3 puntos porcentuales pasando de una prevalencia de 26,1 a 10,8 respectivamente. Así mismo, el retraso en talla resulta más común entre los grupos étnicos la prevalencia es de 29,6 para indígenas y en afrodescendientes es de 7,1 reflejando la diversidad cultural y de condiciones socioeconómicas de estos grupos en Colombia⁷⁵. Para 2015, la prevalencia de retraso en talla en el área rural fue de 15,4 mientras que en el área urbana 9,0. Así mismo, en Vaupés (27,0), La Guajira (26,1), Guainía (18,1), Amazonas (16,6), y Chocó (13,4) el retraso en talla supera el indicador nacional⁷⁵. Además, en los niños es 12,1, estando así, 3 puntos porcentuales más alto que las niñas (9,5). Según el quintil de riqueza la mayor prevalencia está en el más bajo con un 14,2 (Gráfico 43).

Gráfico 43. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015

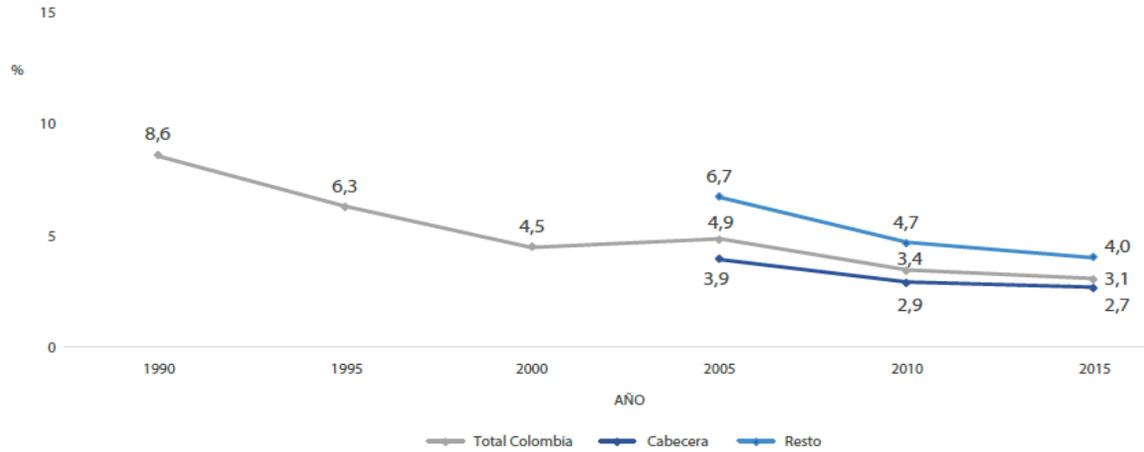


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990-2015.

Desnutrición global en menores de cinco años

La desnutrición global o peso bajo para la edad son los niños que se encuentran por debajo de dos desviaciones estándar de la media⁷⁹; este tipo de desnutrición indica que el niño recibe una dieta insuficiente para su edad, pero también indica la presencia de enfermedades recientes. Entre 1990 y 2015, este indicador ha descendido 5,5 puntos porcentuales, al pasar de 8,6 a 3,1 en los quinquenios de análisis (Gráfico 44).

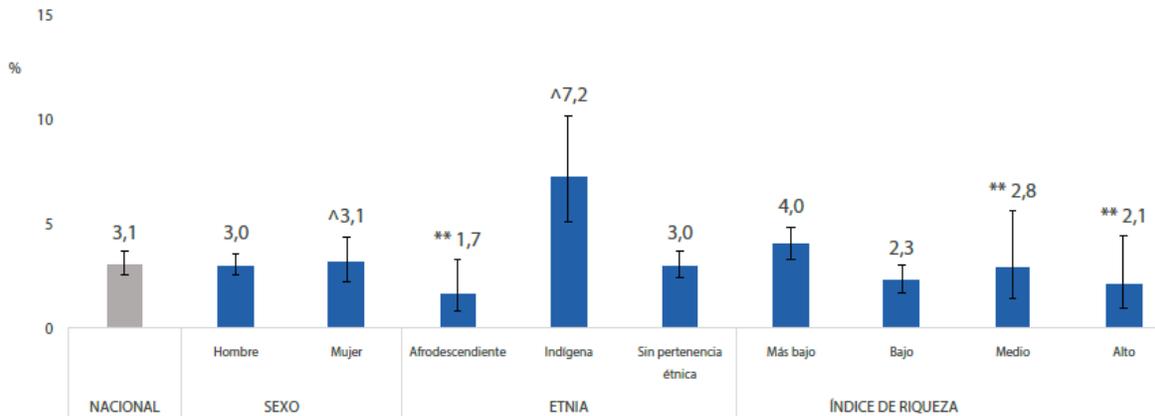
Gráfico 44. Tendencia nacional 1990 – 2015 de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

En Colombia, según la ENSIN, 3,1 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas, donde la prevalencia es de 7,2 y duplica la nacional (Gráfico 45).

Gráfico 45. Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas en menores de cinco años por sexo, etnia e índice de riqueza, Colombia 2015



Nota: ^ Coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable. ** Coeficiente de variación igual o mayor a 30 %, la precisión es muy baja y por lo tanto debe ser usada con precaución.

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

Por nivel de educación de la madre, la tendencia de la desigualdad está descendiendo. Así mismo, por área de residencia se observa que la desnutrición global es mayor en el área rural que en la zona urbana, con una

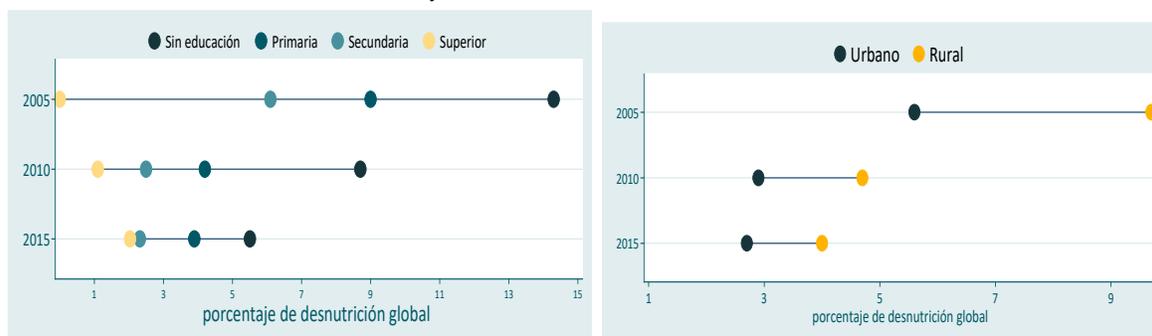


La salud
es de todos

Minsalud

tendencia decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015. En 2015 para el área rural este indicador fue de 4,0 y en área urbana 2,7 (Gráfico 46).

Gráfico 46. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia 2005, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

Obesidad

Según el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la Región de las Américas ha aumentado extraordinariamente durante los últimos 20 años y los países con mayor afectación son Estados Unidos de América (68%), México (65%), Canadá y Bahamas (64%). En cuanto a la desagregación por sexo en la Región, los hombres presentan un 63,7% y las mujeres un 61,0%. En América Latina se da un comportamiento inverso al mencionado, ya que los hombres presentan 58,9% y mujeres 60,0%. Algunos países que registraron valores por encima de la Región en los hombres fueron Argentina (66,2%), Uruguay (64,9%) y Chile (64,7%); de otra parte, las mujeres en países como México (66,0%), República Dominicana (65,3%), Venezuela (63,8%), Costa Rica (63,3%), Cuba (62,5%) y El Salvador (62,3%) presentaron mayores valores que en las Américas. En Colombia se presenta mayor sobrepeso y obesidad en los adultos (población de 18 a 64 años) del sexo femenino que en los de sexo masculino (61,2 y 56,6 respectivamente)⁸⁰.

En la primera infancia, Colombia presenta un comportamiento con tendencia al aumento del exceso de peso, en 2015 fue de 6,4, siendo 1,5 pp más alto que en 2005. Los niños (7,5 %) presentaron mayor prevalencia comparados con las niñas (5,1 %). La mayor prevalencia se presentó en la región Central (7,6%) y en los índices de riqueza medio y alto.

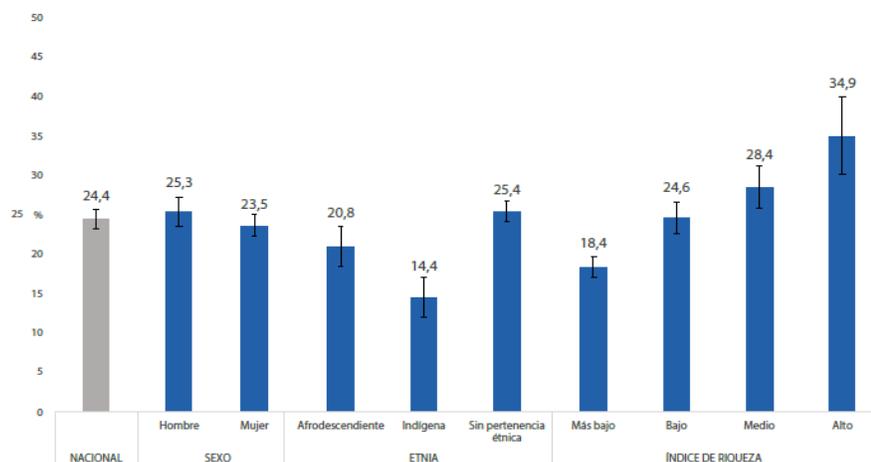
Gráfico 47. Tendencia nacional 2005 – 2015 de la prevalencia del exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años, 2015



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015.

En los niños de 5 a 12 años, el exceso de peso se incrementó, al pasar de 18,8 % en 2010 a 24,4 % en 2015. La mayor prevalencia de exceso de peso en este grupo de edad se presentó entre los que no tenían pertenencia étnica y en los afrodescendientes comparados con los indígenas (25,4 % vs. 20,8 % vs. 14,4 %). En Bogotá se presentó la mayor prevalencia y en la región Atlántica la menor.

Gráfico 48. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años por sexo, etnia e índice de riqueza, 2015



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015

El exceso de peso en los adolescentes colombianos se incrementó al pasar de 15,5 % en la ENSIN 2010 a 17,9 % en la ENSIN 2015. Por sexo, se pueden observar diferencias de 6,3 p.p., con mayor proporción de exceso

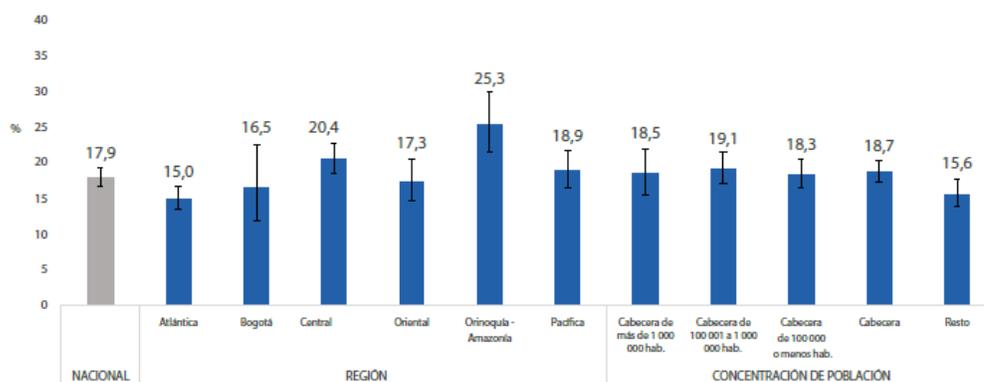


La salud
es de todos

Minsalud

de peso en las mujeres adolescentes (21,1 %). La región Orinoquía- Amazonía es la que presenta la mayor prevalencia (25,3%).

Gráfico 49. Prevalencia de exceso de peso en adolescentes de 13 a 17 años por región y concentración de población, 2015



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015

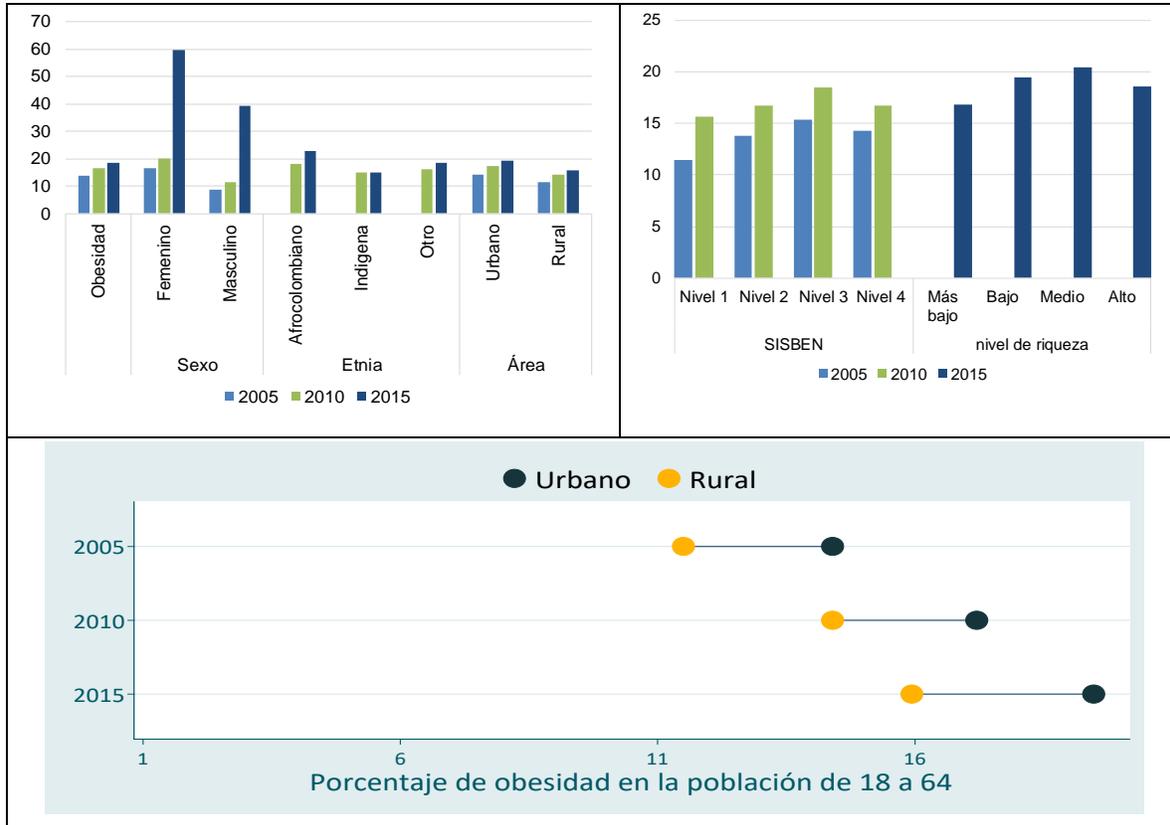
En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 fue de un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7, la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%). Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 56,5% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015. La tendencia de la brecha de desigualdad por área de residencia graficada a través del equiplot, muestra que la desigualdad para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 50).



La salud es de todos

Minsalud

Gráfico 50. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN 2005, 2010 y 2015

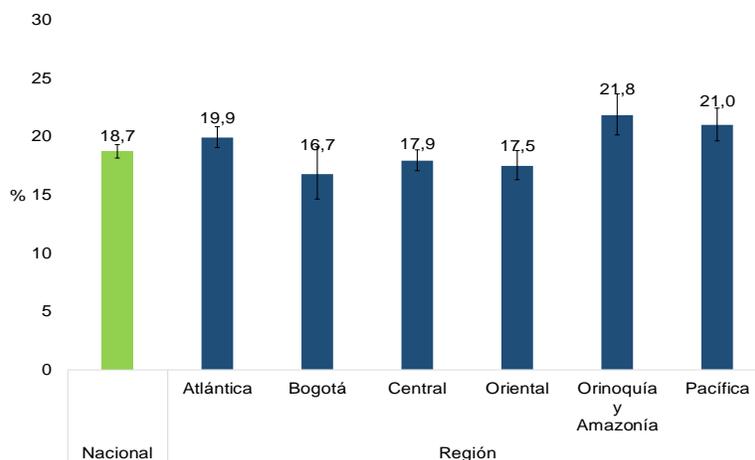
La obesidad es más frecuente en las regiones Orinoquía y Amazonía (21,8%), Pacífica (21,0%) y Atlántica (19,9%) que superan el promedio nacional (18,7%). En contraste con el Distrito Capital Bogotá (16,7%), las regiones Oriental (17,5%) y Central (17,9), que registran 2,0, 1,2 y 0,8 puntos porcentuales menos que el promedio nacional, respectivamente (Gráfico 51).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 51. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015.

Anemia

De acuerdo con la ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%. Las regiones donde mayor anemia se observan en la Región Orinoquía y Amazonía (33,1%), Bogotá D.C. (29,7%), Región Atlántica (25,7%) y Pacífica (26,6%) en contraste con las Región Central (18,6%) y Oriental (23,8%) que registraron valores por debajo del país. Por grupo étnico los pueblos indígenas (34,0%) y las personas afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectados por este problema de salud pública. La anemia es un 40,3% más frecuente el quintil de riqueza bajo (26,8%) comparado con el quintil alto de riqueza (19,2), para una diferencia de ocho puntos porcentuales⁷⁵.

Inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas.

Frente a las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos y bebidas adelantadas por parte de las autoridades sanitarias (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento y Alimentos - Invima y Entidades Territoriales de Salud), se han llevado a cabo las siguientes acciones:

INVIMA

Frente a los avances en la implementación del decreto 1500 de 2007, relacionado con el sistema de inspección, vigilancia y control de carne, con la implementación de los planes de racionalización departamentales, se buscó que las plantas de beneficio animal seleccionadas por las gobernaciones fueran sostenibles desde el punto de



La salud
es de todos

Minsalud

vista sanitario, técnico, económico y ambiental. En los últimos diez años, el número de plantas de beneficio, desposte, desprese y establecimientos acondicionadores de carne habilitados ha disminuido en forma sustancial, pasando de 1.627 establecimientos abiertos en 2008 a 511 a diciembre de 2021. Es así que, 198 establecimientos recibieron autorización sanitaria definitiva a diciembre 2021, discriminados en: 19 plantas de bovinos, 11 de porcinos, 46 de desposte, 24 de aves, 4 especiales de aves, 8 desprese, 2 autoconsumo bovino y 84 acondicionadores. En cuanto al número de Plantas de beneficio animal con Sistemas HACCP a diciembre de 2021 se encontraban 48 certificadas por el Invima.

Para otros grupos de alimentos, a marzo de 2022 el Invima reportó que el censo de establecimientos de alimentos y bebidas, incluidos los fabricantes o procesadores de bebidas alcohólicas y los fabricantes de envases para alimentos y bebidas, estaba conformado por 12.283 plantas. Durante el primer trimestre de 2022 se inscribió un total de 2525 establecimientos correspondientes a distintas categorías de productos alimenticios, dentro los que destacan leche, derivados lácteos, frutas y otros vegetales, carnes sometidas a procesos de transformación y agua potable tratada.

Para estos establecimientos, a nivel nacional, en el primer trimestre de 2022, el Invima realizó 2641 visitas y emitió 1385 conceptos sanitarios, de los cuales solo 87 establecimientos obtuvieron concepto “Desfavorable” equivalentes al 3.29%, y 1201 establecimientos obtuvieron con concepto “Favorable”, correspondiente con un 45.48%. En el mismo periodo, se aplicaron 153 medidas sanitarias por parte del Invima, de las cuales el 37 % conllevó suspensión total de trabajos o servicios y a un 30% se aplicó la destrucción o desnaturalización de productos. Así mismo, durante el primer trimestre del 2022 se presentaron 178 procesos administrativos sancionatorios iniciados y/o culminados.

Entidades Territoriales de Salud (ETS)

Las ETS, en cumplimiento de las directrices dadas por el Invima en torno a la implementación del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario, han adelantado la inscripción de establecimientos de alimentos y bebidas. Con corte a marzo de 2022, el Invima informa que en los departamentos, distritos y municipios las Entidades Territoriales de Salud han inscrito 275.639 establecimientos y 38.629 vehículos de transporte de alimentos de su competencia.

Así mismo, en los departamentos, distritos y municipios durante el 2021 y en lo que va corrido de este 2022, se han realizado 415.490 visitas a establecimientos con corte a marzo de 2022, de las cuales se tienen 130.878



La salud
es de todos

Minsalud

Conceptos Favorables, 235.814 Favorable con Requerimientos y 5.395 Desfavorables. Para el mismo periodo, igualmente y en atención a la normatividad sanitaria vigente, la ETS aplicaron 5.023 medidas sanitarias de seguridad. Es de aclarar que el Invima consolida la información remitida por las ETS.

Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA

Las ETA constituyen un importante problema de salud pública debido al incremento en su ocurrencia, el surgimiento de nuevas formas de transmisión, la aparición de grupos poblacionales vulnerables, el aumento de la resistencia de los patógenos a los compuestos antimicrobianos y el impacto socioeconómico que ocasionan. De acuerdo con la OMS, estas enfermedades afectaron a 600 millones de personas y causaron 420.000 muertes prematuras en 2010. La carga mundial de ETA es comparable con las principales enfermedades infecciosas: VIH/sida, paludismo y tuberculosis. Las causas más frecuentes de enfermedades transmitidas por alimentos son producidas por agentes de enfermedades diarreicas, especialmente: norovirus, *Campylobacter* spp., *Salmonella* entéricas, *Salmonella typhi*, *Taenia solium*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli* O157:H7, *Shigella* sp., *Listeria monocytogenes* y el virus de la hepatitis A.

La carga mundial de ETA es de 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad, y el 40% de esa carga afectó a niños menores de cinco años de edad. Según un estudio del Banco Mundial en 2018, el impacto de los alimentos insalubres cuesta a las economías de ingreso bajo e ingreso mediano alrededor de USD 110.000 millones anuales en pérdida de productividad y gastos médicos. Adicionalmente, una mejor gestión de la inocuidad de los alimentos también contribuiría de manera significativa al logro de varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular aquellos relacionados con la pobreza, el hambre y el bienestar.

Durante el 2019 se notificaron 1.135 brotes de ETA a nivel nacional, y luego del proceso de depuración de los brotes notificados al SIVIGILA, se analizaron 1.010 brotes de ETA, que afectaron a 11.482 personas, el 55,7 % de los brotes se concentró en cinco entidades territoriales; Antioquia con el 23,1 % (2 651), el 13,7 % en el Valle del Cauca (1 569), Bogotá 9,5 % (1 092), Magdalena 4,8 % (546) y Nariño 4,7 % (541), lo que implica que en los demás departamentos puede estarse presentando un bajo nivel de notificación y por ende, un alto subregistro.



La salud
es de todos

Minsalud

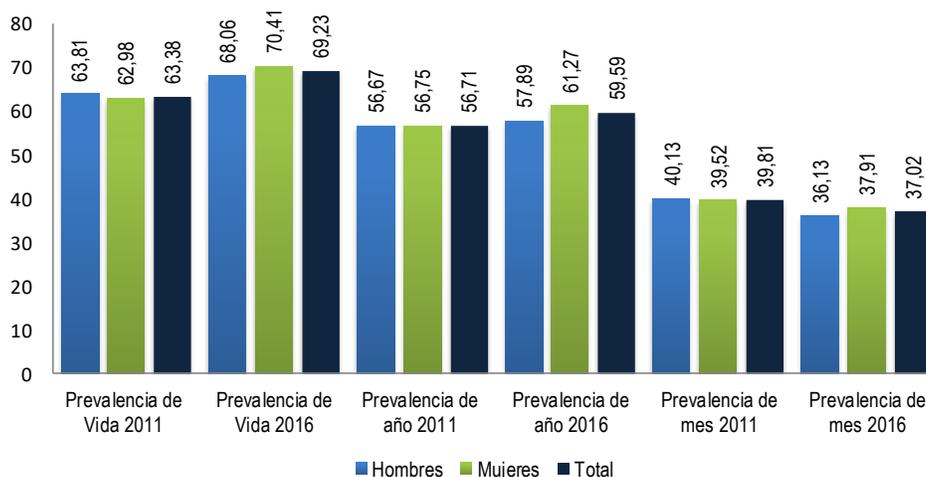
Factores conductuales, psicológicos y culturales

Consumo de alcohol

Según el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, el consumo de alcohol en adultos (litros/por persona/por año), en la Región de las Américas en 2018 fue de 7,8 y en América Latina fue de 6,7. Algunos países que registraron valores por encima del promedio en Latinoamérica fueron Uruguay (11,1), Argentina (9,5), Chile (9,4), Panamá (7,7), Brasil (7,3) y República Dominicana (7,1). En contraste algunos otros como México (6,6), Perú (6,0), Colombia (5,7), Estado Plurinacional de Bolivia (5,2) y Guatemala (2,5) registraron valores por debajo en América Latina⁸⁰.

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, realizado en población escolar, encontró la edad de inicio promedio en consumo de alcohol fue de 12,8 años en la población de estudio, en los hombres fue de 12,85 años y en las mujeres fue de 12,86 Latina⁸¹. Así mismo, el 69,23% de los escolares declaró consumir esta sustancia alguna vez en la vida. La prevalencia de vida en hombres y mujeres se incrementó en 4,3 y 7,4 puntos respectivamente, asimismo, la prevalencia en los últimos años en hombres se aumentó en 1,2 p.p y en las mujeres 4,5 p.p. La prevalencia de mes descendió en hombre 4 p.p. y 2 p.p. en las mujeres (Gráfico 52). En cuanto al consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes, el 37,8% residen en el área urbana y el 32,5% en el área rural, para una diferencia absoluta de 5,3 escolares con abuso del alcohol en el último mes.

Gráfico 52. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 – 2016*



*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.



La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2011 a 2016, en Colombia se incrementa en tres casos el consumo de alcohol en el último mes por 100 escolares de 12 a 18 años de edad. Los departamentos que han incrementado el consumo de alcohol en el último mes son Caquetá, Arauca, Casanare, Guainía, Vichada, Santander, Magdalena, Huila, Bolívar, La Guajira, Chocó, Sucre, Córdoba, Atlántico y Nariño; pero también se aprecia que disminuyó el consumo de alcohol entre tres y cinco p.p. en Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Quindío, Bogotá D.C., Cundinamarca, Risaralda y Boyacá (Tabla 13).

Tabla 13. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos, Colombia, 2011 - 2016

Departamento	2011	2016	Δ 2011 - 2016	Tendencia
Caqueta	35,95	41,90	5,95	↗
Arauca [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Casanare [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Guainía [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Vichada [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Santander	34,27	38,60	4,33	↗
Magdalena	24,56	28,70	4,14	↗
Huila	30,38	34,40	4,02	↗
Bolívar	29,76	32,70	2,94	↗
La Guajira	25,25	28,10	2,85	↗
Chocó	35,04	36,90	1,86	↗
Sucre	24,12	25,60	1,48	↗
Córdoba	31,09	32,50	1,41	↗
Atlántico	29,02	29,40	0,38	↗
Nariño	38,38	38,50	0,12	↗
San Andrés y Providencia	32,12	32,00	-0,12	↘
Cesar	28,57	26,70	-1,87	↘
Tolima	34,32	32,20	-2,12	↘
Amazonas [^]	36,39	34,20	-2,19	↘
Guaviare [^]	36,39	34,20	-2,19	↘
Putumayo [^]	36,39	34,20	-2,19	↘
Vaupés [^]	36,39	34,20	-2,19	↘
Norte de Santander	35,45	33,20	-2,25	↘
Caldas	48,56	46,10	-2,46	↘
Meta	40,22	37,50	-2,72	↘
Antioquia	47,33	44,20	-3,13	↘
Valle del Cauca	41,31	38,00	-3,31	↘
Cauca	37,53	32,90	-4,63	↘
Quindío	40,10	35,30	-4,80	↘
Bogotá	48,02	42,80	-5,22	↘
Cundinamarca	39,61	33,90	-5,71	↘
Risaralda	47,35	41,60	-5,75	↘
Boyacá	45,57	39,20	-6,37	↘
Colombia	39,81	37	-2,81	↘

[^] No tienen desagregación representativa para departamentos, solo para la región.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

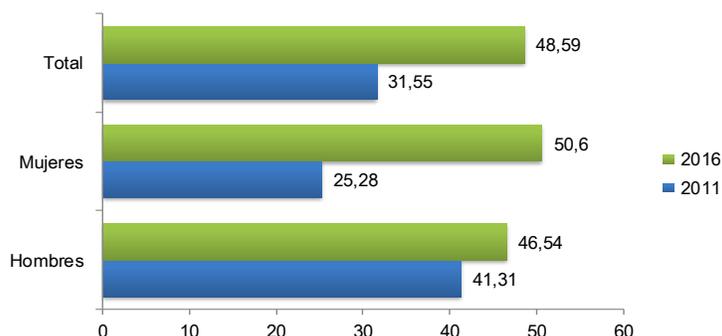


La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2011 y 2016 la tasa de incidencia en el último año de consumo de alcohol se ha incrementado al pasar de 31,55 a 48,59; En 2016, por sexo se reporta una diferencia absoluta muy estrecha de 4,1 más de consumo de alcohol en las mujeres entre 12 a 18 años de edad, al registrar una incidencia de 46,54 en hombre y 50,6 en mujeres (Gráfico 53).

Gráfico 53. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016



* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

Los datos de la Encuesta de Salud en Escolares (ENSE) de 13 y 17 años de edad, en 2018 la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 68,2%, en hombres fue del 67,1% y en las mujeres fue del 69,2%. Un 5,7 p.p mayor en el área urbana (69,1%) que el área rural (63,4%) el consumo de alcohol en los jóvenes de 13 a 17 años. Por origen étnico, dentro del grupo otros (69,8%) consumen más alcohol comparado con los afrocolombianos (66,9%) y los indígenas (56,8%). Se registró más frecuencia de haber consumido en algún momento de su vida en Medellín (83,7%), Bogotá D.C. (71,6%), Cali (69,0%) y Barranquilla (64,8%).

En relación con el consumo de alcohol antes de los 14 años, la ENSE reportó el 40,9% para el país, el 43,7 por ciento de hombres y el 38,5 de mujeres se iniciaron el consumo de licor antes de los 14 años. Se observa una diferencia de 6,8 p.p. por área de residencia, mayor en el área urbana (42,0%) con respecto al área rural (35,2%). Medellín (52,1%), Bogotá D.C. (47,2%), Cali (40,5%) y Barranquilla (36,8%) registran los valores más altos en el consumo de licor antes de los 14 años de edad.

El estudio de los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar los efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento que genera, al igual que las consecuencias socialmente lesivas de la embriaguez, como aumento de accidentes automovilísticos, delitos violentos y asesinatos. De la misma manera, se han



La salud
es de todos

Minsalud

establecido relaciones entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática, cáncer bucal, de esófago, de laringe y alteraciones psicóticas graves e irreversibles.

La dependencia del alcohol es un padecimiento frente al cual cualquier persona es vulnerable. Se ha documentado que en varios países la proporción de jóvenes que consume alcohol tiende al aumento, así como las cantidades y la frecuencia; que la edad de inicio es cada vez menor, aumentando el riesgo general de padecer problemas relacionados con el alcohol, que aparezcan más temprano y sean más graves⁸².

Consumo de tabaco

De acuerdo con el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, la prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, en la Región de las Américas para 2017 fue de 16,8 y en América Latina fue de 15,0. Algunos países que registraron valores por encima del promedio en Latinoamérica fueron Chile (45,0), Cuba (27,8), Uruguay (22,5), Argentina (21,9); de otra parte algunos con valores por debajo del mismo promedio fueron Brasil (13,8), Paraguay (13,4), Perú (10,2) y Colombia (8,2)⁸⁰.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, reportó que la edad de inicio para el consumo de tabaco en Colombia en promedio es de 12,9 años de edad. En hombres la edad de inicio es de 12,85 años y en las mujeres los 12,86 años de edad. El 25% de los escolares manifestaron iniciar el consumo de tabaco a los 12 años de edad, mientras que el 75% de los escolares informó iniciar el uso del tabaco a partir de los 14 años de edad⁸¹.

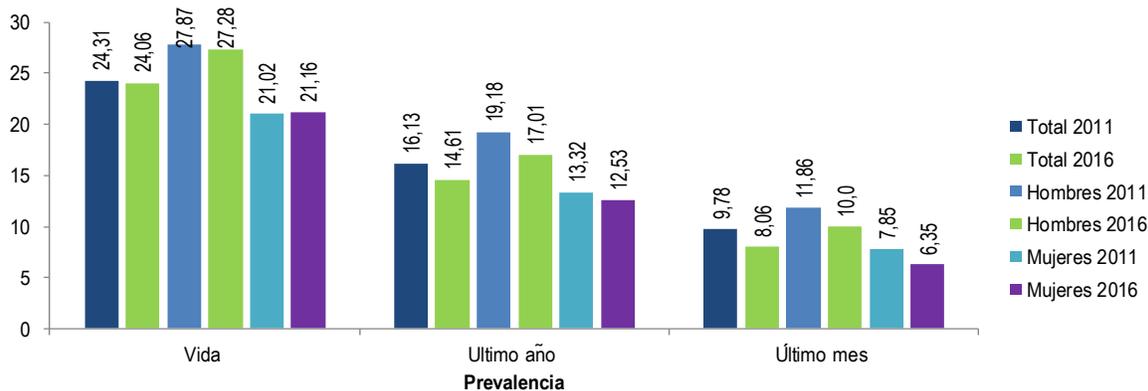
En 2016 la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo fue de 24,06 que describe un descenso de 0,25 p.p con respecto al 2011 (24,31%). La prevalencia del último año también muestra un descenso de 1,52 p.p al pasar de 14,61% en 2011 a 16,13% en 2013; y en 2016 se muestra que el consumo entre los hombres es 6,12 p.p más que en las mujeres para la prevalencia de vida, al registrar 27,3% y 21,2% respectivamente. Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes (Gráfico 54), apreciándose además que, el consumo de cigarrillo en el último mes es 0,7 p.p. más alto en zona urbana (8,1% IC95%: 7,61 – 8,75) en comparación con la rural (7,4% IC95: 5,47 – 9,38).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 54. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares
Colombia 2011 - 2016



* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

En 2016 Bogotá D.C., Nariño, Caldas, Arauca, Casanare, Vichada, Cundinamarca, Santander, Amazonas, Boyacá, Tolima y Antioquia registran prevalencias superiores al promedio nacional del 8,1% y en 17 están por debajo. Chocó registró el 18,5% menos de la diferencia relativa que el nacional en el consumo de tabaco, con una confianza del 95%. Los otros departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%, en relación con el consumo de cigarrillo en el último mes (Tabla 14).

Según datos de la Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ) de 13 y 15 años de edad, en 2017 la prevalencia de productos derivados del tabaco alguna vez en la vida se distribuyó, así: cigarrillo (22,0%), cigarrillo electrónico (15,4%), productos manufacturados diferentes a cigarrillo (11,7%), narguile o pipa oriental (8,9) y tabaco sin humo (7,9). Un 2,3 p.p mayor en el área urbana (9,4%) el área rural (7,1%) el consumo de cigarrillo en los jóvenes de 13 a 15 años. Por grupo étnico, los indígenas (10,6%) consumen más cigarrillo comparado con las otras etnias (8,1%) y los afrocolombianos (7,8%). Se registró más frecuencia de fumar en lugares públicos en Bogotá D.C. (45,6), Oriental (35,8), Pacífica (23,1), Central (21,4) en comparación con las regiones Orinoquía y Amazonía (17,9) y Atlántica (17,8). Las ciudades donde se fuman más los jóvenes en lugares públicos son Barranquilla (33,5%), Medellín (26,0%) y Cali (21,5%).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 14. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos, Colombia, 2016

Departamento	2016
Bogotá	13,10
Nariño	13,10
Caldas	11,90
Arauca*	10,80
Casanare*	10,80
Vichada*	10,80
Cundinamarca	10,70
Santander	10,10
Amazonas	9,70
Boyacá	9,10
Tolima	8,90
Antioquia	8,20
Quindío	8,00
Cauca	7,10
Huila	7,00
Risaralda	6,50
Bolívar	6,10
Caquetá	5,90
Valle del Cauca	5,90
Córdoba	5,30
Meta	5,10
Atlántico	4,80
Norte de Santander	4,80
Cesar	4,10
Magdalena	4,00
San Andrés y Providencia	3,90
Sucre	3,70
La Guajira	3,20
Chocó	1,50
Guainía	
Guaviare	
Putumayo	
Vaupés	

* Datos para la región Orinoquia. 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2016, MSPS.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2018, del DANE, las personas de 10 años y más que fuman actualmente que concentran principalmente en Antioquia (9,5%), Bogotá (9,3%) y Valle del Cauca (7,6%). Las regiones con mayor fuman las personas son la Central (7,5%) y la Oriental (7,0%). Las

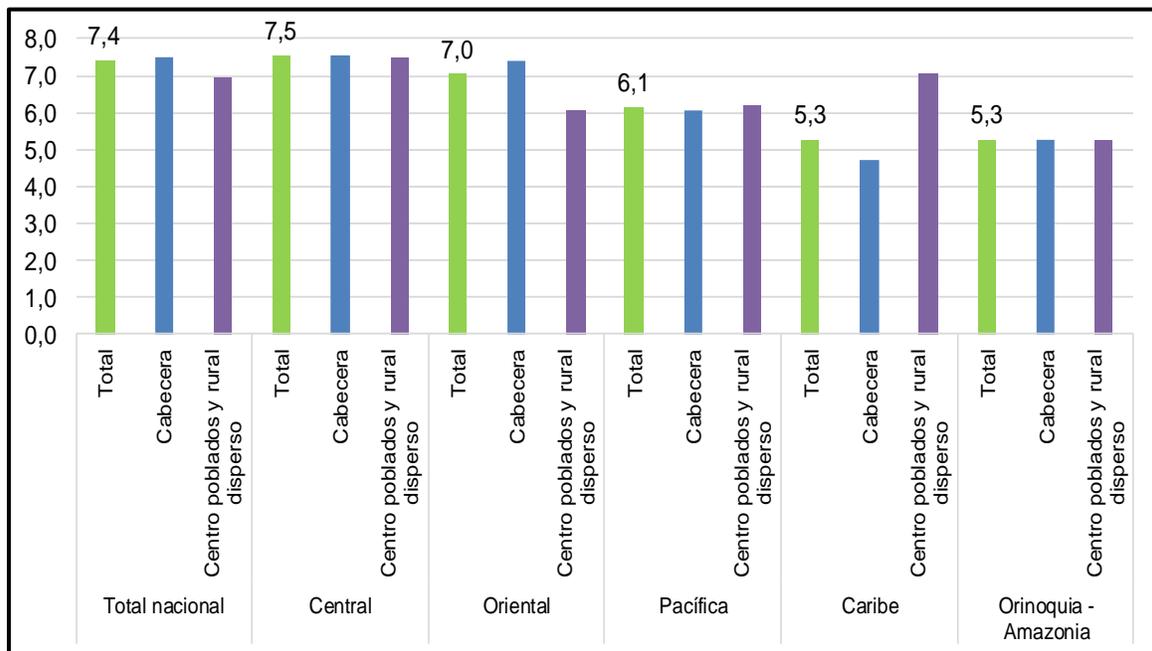


La salud
es de todos

Minsalud

regiones Pacífica (6,1%), Orinoquia (5,3%) y el Caribe (5,3%) es donde menos se consume cigarrillo. El país registra una frecuencia de consumo de 7,4 por cada 100 personas de 10 y más años, cabe resaltar, que San Andrés (4,3%) registró la frecuencia más baja (Gráfico 55).

Gráfico 55. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ECV 2018 del DANE en Colombia.

La tendencia de la prevalencia del consumo de tabaco tuvo un comportamiento al descenso entre 2008 y 2019, según los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, aplicado en los años 2008, 2013 y 2019. La prevalencia nacional según el último dato es de 9,75% para población entre 12 y 64 años.

Sucedáneos e imitadores (Cigarrillos Electrónicos)

No se calcularon tendencias por quintiles según estratificación social, ni se realizó el análisis de desigualdad porque al tratarse de productos nuevos, no fueron abordados hasta la última medición en 2019.

Estos productos emergentes, sucedáneos e imitadores de tabaco se vienen masificando en los últimos años en el país, los datos de prevalencia de consumo solo se midieron según la Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas de 2019, con una prevalencia de 0,067% para población entre 12 y 64 años. Encontrando cifras



La salud
es de todos

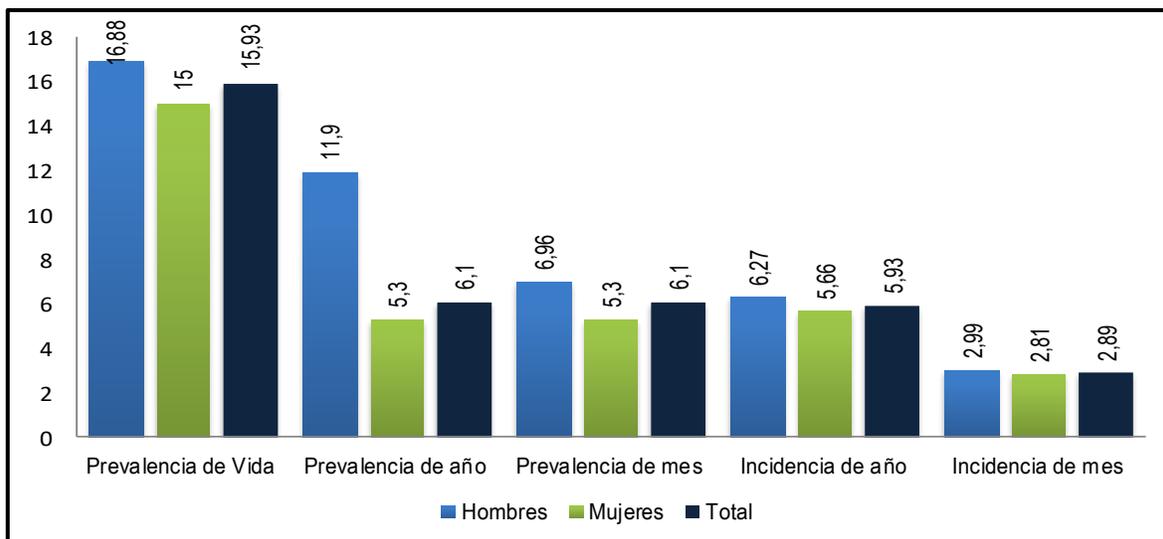
Minsalud

importantes de consumo en población entre 12 y 24 años. Se cuenta con datos importantes sobre la experiencia en el uso de cigarrillos electrónicos donde el 15,4% de los escolares entre 13 y 15 años reportó haberlos probado, según la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes de 2017.

Consumo de sustancias psicoactivas

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, donde se analiza el uso de sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, popper, cocaína, solvente, dick, otros alucinógenos, LSD, basuco y otras sustancias), encontró que un 15,9% de los escolares declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, con una distribución de 16,9% para los hombres y 15,1% para las mujeres. Se registró una diferencia de seis p.p por área de residencia de los estudiantes encuestados, el 16,8% vivían en zona urbana y el 10,7% en la zona rural. El 6,1% de los encuestados han consumido alguna de estas sustancias en el último mes, y la frecuencia entre los hombres fue de 6,9% y entre las mujeres fue del 5,3%. La prevalencia año es mayor en hombres que en las mujeres, alcanzando porcentajes de 11,90 y 10,2%, respectivamente, para una razón hombre: mujer de 1,16⁸¹ (Gráfico 56).

Gráfico 56. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.



La salud
es de todos

Minsalud

La edad promedio de inicio de consumo es de 13,6, casi sin diferencia entre hombres (13,65) y mujeres (13,55). Cabe resaltar, que la prevalencia en el uso de cualquier sustancia, en las mujeres (62,8%) es superior a la de los escolares hombres (59,8%). Esta diferencia está explicada por la declaración de mayor uso de alcohol en el último año en las mujeres respecto de los hombres. Cuando se excluye alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, la situación se invierte y es mayor el uso entre los escolares hombres (11,9%) que en las mujeres (10,2%)⁸¹.

Consumo de cualquier sustancia psicoactiva

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar, entre 2011 y 2016, descendió en 0,95 p.p el consumo en escolares de alguna vez en la vida alucinógenos (dietilamida de ácido lisérgico, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero), al pasar de 4,1% en 2011 a 3,15 en 2016. Así mismo, el consumo de cigarrillo descendió 0,3 p.p. Las otras sustancias psicoactivas se incrementaron.

En Colombia durante el 2016, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico y el uso de la marihuana son las sustancias más frecuentes consumidas por los escolares, de cada 100 escolares 70,74% declararon consumir alguna vez en su vida al menos una sustancia psicoactiva, con un incremento de 4,0 p.p (Tabla 15).

La prevalencia de consumo de marihuana entre 2011 y 2016, se incrementó 4,1 p.p, de cada 100 escolares, el 11,07 consumieron alguna vez en su vida en 2016. (Tabla 14) La edad promedio de inicio del consumo es cercana a los 14 años, sin diferencias por sexos, para hombres (14,01) y mujeres (13,94). Además, 7,97 de cada 100 escolares habían consumido marihuana en el último año. Así mismo, de cada 100 escolares, 4,29 consumieron por primera vez durante el último mes.



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 15. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016

Sustancias	Prevalencia					
	Vida 2011	Vida 2016	Año 2011	Año 2016	Mes 2011	Mes 2016
Alcohol	63,38	69,23	56,71	59,59	39,81	37,02
Tabaco/Cigarrillo	24,31	24,06	16,13	14,61	9,78	8,06
Marihuana	7,01	11,07	5,22	7,97	2,83	4,29
Dick (Ladys - fragancia)	4,1	3,15	2,73	1,91	1,27	0,95
Pegantes y/o solventes	3,05	4,01	1,83	2,21	0,9	1,21
Cocaína	2,77	3,9	1,87	2,65	1,02	1,5
Popper	2,49	5,02	1,39	3,75	0,59	2,02
Alucinógenos (hongos, LSD, yagé, cacao sabanero)	1,53		0,98		0,43	
Otros alucinógenos		2,21		1,43		0,77
LSD		2,13		1,52		0,83
Éxtasis	1,22	2,12	0,79	1,34	0,38	0,73
Tranquilizantes sin prescripción (Rivotril, Roche, Rohypnol, Xanax)	1,09	2,96	0,78	1,97	0,37	1,02
Bazuco	0,66	1,32	0,47	0,99	0,22	0,61
Heroína	0,51	1,64	0,36	1,33	0,19	0,95
Estimulantes sin prescripción (Ratalín, Cidrin)	0,33	1,38	0,21	1,02	0,1	0,59
Cualquier sustancia excepto tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes	12,06	15,93	8,65	10,97	4,68	6,1
Cualquier sustancia (todas las sustancias)	64,72	70,74	58,04	61,26	41,29	39,1

* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS

Los departamentos con mayor consumo de marihuana en escolares fueron Caldas (21,6%), Antioquia (18,4%), Risaralda (20,6%), Quindío (18,9%), Orinoquía (15,9%), Bogotá D.C (16,5%) y Amazonía (16,8%). La segunda sustancia frecuencia en consumo es el popper en Caldas, Antioquia, Risaralda y Quindío. La tercera sustancia es la cocaína, con mayor consumo en Caldas, Antioquia y Quindío, dick en Risaralda, solventes en Orinoquía y Amazonía y popper en Bogotá. El basuco es la que aparece como la droga menos usada entre los escolares de Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío y Bogotá, dick en Orinoquía y heroína en Amazonía, así como la ciudad de Bogotá D.C⁸¹. (Tabla 16).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 16. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016

Sustancias	Prevalencia de vida						
	Caldas	Antioquia	Risaralda	Quindío	Orinoquía	Bogotá D.C	Amazonía
Marihuana	21,62	18,45	20,6	18,79	15,95	16,48	16,85
Popper	15,08	17,91	11,61	11,63	3,08	6,08	2,33
Cocaína	7,84	5,82	5,82	5,28	2,52	5,06	4,51
Solventes	6,92	3,73	3,73	4,31	4,29	5,28	4,19
Dick	6,97	4,31	4,31	4,13	0,97	7,44	1,36
Otros alucinógenos	3,7	2,85	2,85	3,18	4,55	3,69	3,23
LSD	3,92	3,6	3,6	2,3	4,24	3,54	2,11
Éxtasis	3,79	2,52	2,52	2,87	2,48	3,25	1,87
Heroína	1,62	1,93	1,93	1,66	1,4	2,77	0,89
Bazuco	1,43	1,25	1,25	1,36	1,04	1,38	1,77
Cualquier sustancia	27,92	26,59	26,59	23,7	21,95	21,43	20,44

* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

Último consumo de alcohol en escolares y último consumo de cualquier sustancia ilícita

Para este indicador se procesaron los resultados de la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta encuesta encontró que 15,9% de los niños encuestados reportaron haber consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida.

En niños desde el grado séptimo se encontró una prevalencia de 10,7% en este indicador y para el grado once, este fue de 21,2%. Para el presente estudio, se procesó el indicador de prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, la cual fue de 11% en el grupo de 12 a 18 años. Se observó que la mayoría de los departamentos del suroriente y sur occidente del país se encuentran sobre el promedio nacional en este indicador (mapa 21) y que, en los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, esta diferencia fue significativa. En contraste, el departamento del Chocó fue el único de los departamentos con promedio por debajo del nacional en el que esta diferencia fue estadísticamente significativa.

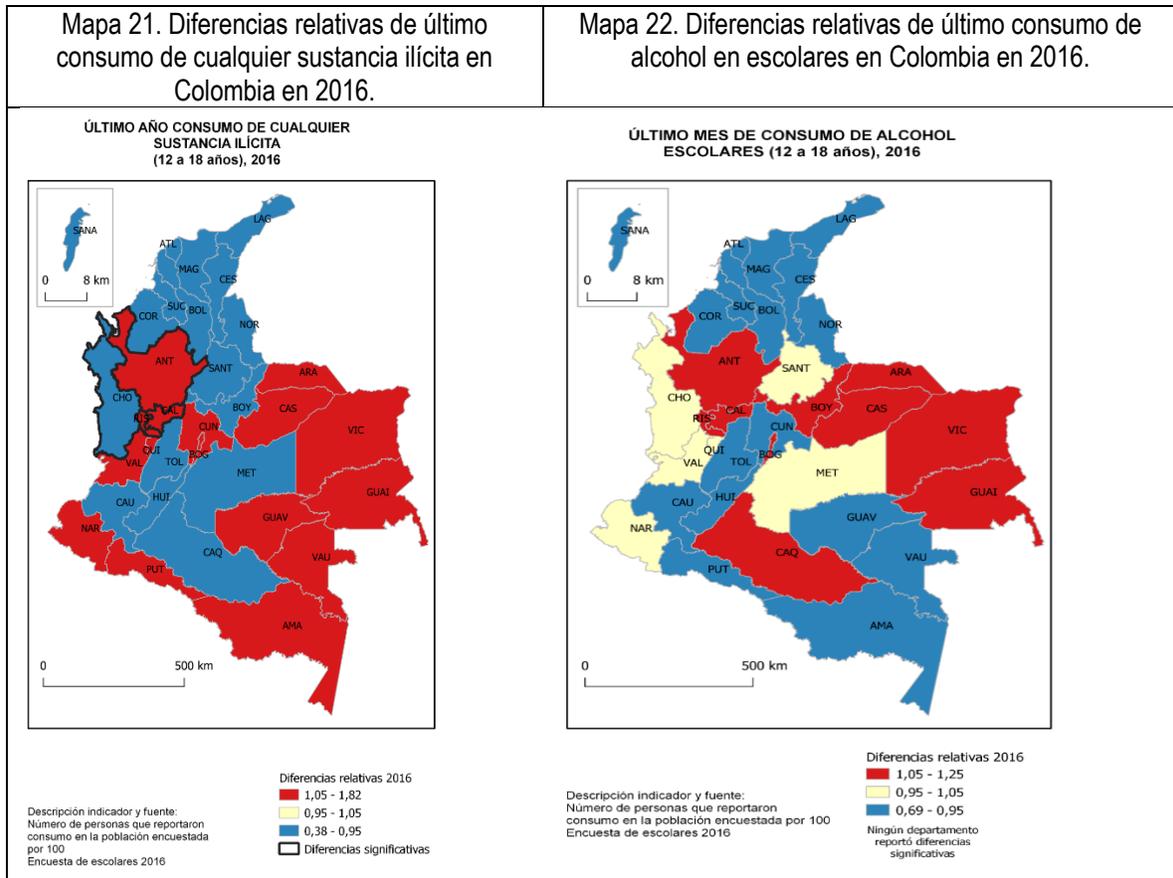
En cuanto al consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), reportó que la prevalencia de vida del consumo de alcohol fue de 69,2% mientras la prevalencia para este consumo en el último mes fue de 37%. Para este estudio se incluyó el indicador en la población entre 12 a 18 el cual fue del 26%. La prevalencia promedio nacional fue de 37% y



La salud
es de todos

Minsalud

en general se encontraron prevalencias por encima de 25% en todos los departamentos del país. En el análisis de diferencias relativas se encontró que 14 departamentos están por encima del promedio nacional (mapa 22), pero ninguna estadísticamente significativa.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Fumadores adultos actuales

En adultos, se procesaron los últimos datos disponibles y desagregados por departamento de la prevalencia de consumo de cigarrillo de la Encuesta Nacional de Salud Escolar de Colombia (ENSE) 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). La prevalencia de consumo de cigarrillo actual, es decir, aquella reportada ocurriendo en el momento de la encuesta, fue de 12.8%.

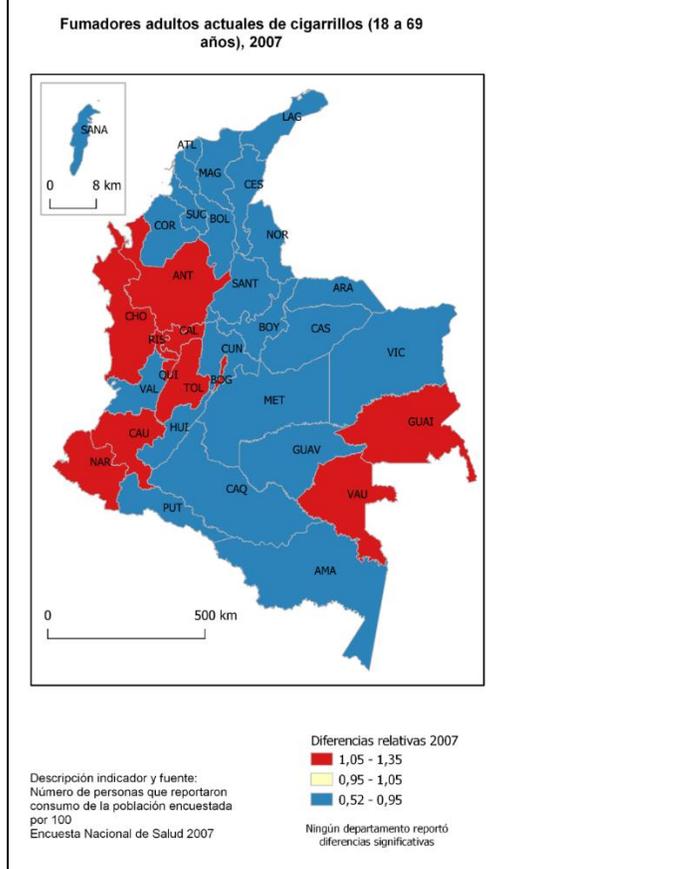


La salud
es de todos

Minsalud

No se calcularon tendencias por quintiles según estratificadores sociales ni se realizó el análisis de desigualdad, porque los datos de consumo de sustancias psicoactivas provienen de dos encuestas nacionales transversales, por tanto, solo se analizó el dato de la prevalencia y las diferencias relativas (mapa 23).

Mapa 23. Diferencias relativas de fumadores adultos actuales de cigarrillo 2007



Fuente: elaboración propia de los autores.

Actividad física

De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 6 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En niños, la prevalencia en el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física a través del juego activo es de 35,8% en contraste al cumplimiento de las niñas que es tan solo del 26,0%.



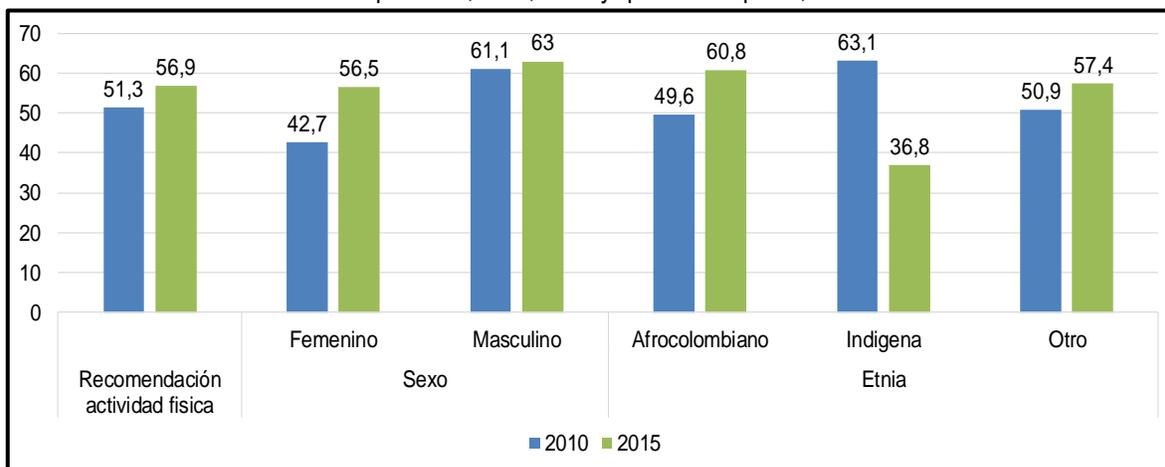
La salud
es de todos

Minsalud

El 13,4% de los adolescentes entre los 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos al día. Para este momento de curso de vida, los hombres tuvieron una prevalencia de 18,7% y las mujeres 7,6%. Adicionalmente se observa una diferencia entre el área rural y la urbana con un cumplimiento del 14,4% y 13% respectivamente, con una diferencia de 1,4 p.p. En el escenario por etnias en Afrodescendientes (17,1%) acogen en mayor porcentaje la recomendación con respecto a los indígenas (12,9%). Ahora bien, según el quintil de riqueza los datos muestran que en el bajo alcanza 15.5% mientras en el alto 10,2% marcando una diferencia considerable de 5,3 p.p. Las regiones que muestran valores por debajo del valor nacional del cumplimiento en la recomendación corresponden a la Central (11,6%) y la oriental (12,7%)⁸³.

Entre 2010 y 2015, incrementó en 5,6 p.p las personas que entre los 18 y 64 años cumplen con las recomendaciones de actividad física; al pasar de 51,3 en 2010 a 56,9 en 2015. Así mismo, las mujeres que realizan actividad física se incrementaron en 13,5 p.p. La prevalencia de actividad física para los afrocolombianos es de 60,8%, lo cual indica que 1,1 personas hacen actividad física más por cada 100 personas entre 18 y 64 años que en el grupo de otras etnias y 1,7 más que en la población indígena (Gráfico 57).

Gráfico 57. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN en Colombia, 2010 y 2015.

Entre 2010 y 2015, por área de residencia se observa que la prevalencia de la actividad física es 10,6 p.p mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento y la tendencia de la brecha de desigualdad por área ha incrementado. Por área quintil de riqueza, el quintil más bajo descendió en



La salud
es de todos

Minsalud

9,6 p.p la recomendación de realizar actividad física, en tanto el quintil más alto, aumento en 15,4 p.p. y se observa, que la tendencia de la brecha de desigualdad por el índice de riqueza se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 58).

Gráfico 58. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

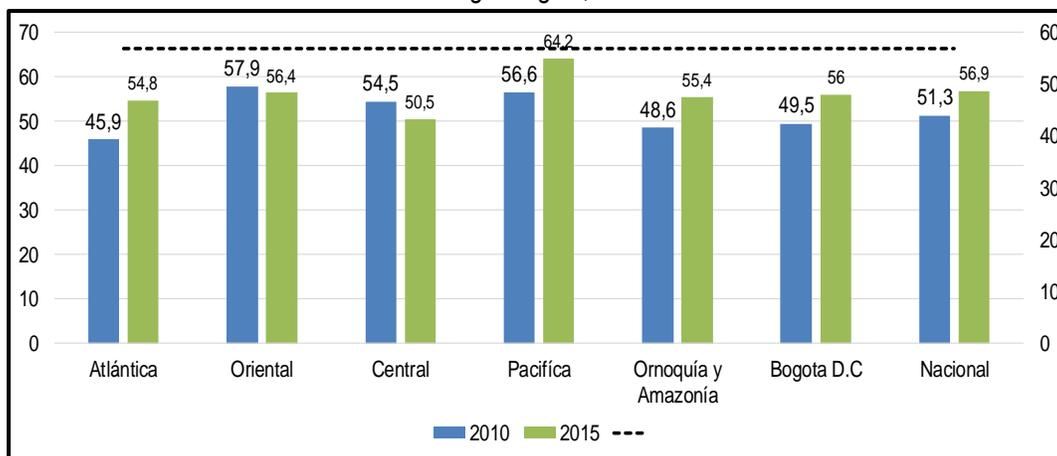
De acuerdo, con datos de la ENSIN 2010 y 2015, la prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años descendió en las regiones Central y Oriental en 4 p.p, y 1,5 p.p., respectivamente. En las regiones Atlántica, Pacífica, Orinoquía y Amazonía y Bogotá D.C describen una tendencia creciente (Gráfico 59).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 59. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

Uso de métodos anticonceptivos

De acuerdo con los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina (94,9%). Los métodos menos conocidos son la espuma/jalea (33,7%), parche anticonceptivo (20,0%), Método de la Amenorrea por Lactancia (MELA) (39,4%) y anillo vaginal (28,6%)⁸⁴.

El 99,8% de todas las mujeres, el 99,9% de las mujeres actualmente unidas y el 100% de las no unidas, pero sexualmente activas hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Entre los hombres el 99,6% de todos los hombres, el 99,9% de los hombres actualmente unidos y el 100% de los no unidos, pero sexualmente activos hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta.

Entre 2005 y 2010, el uso de algún método anticonceptivo aumentó en 4,8 puntos porcentuales en todas las mujeres y ligeramente se incrementó en las actualmente unidas y en las no unidas sexualmente activas, con 0,9 y 0,6 puntos porcentuales (p.p.), respectivamente. Así mismo, se observó que la proporción de mujeres no



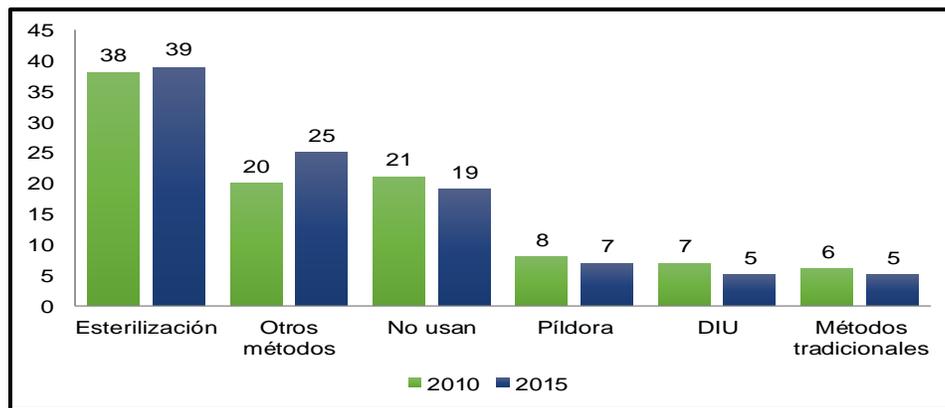
La salud
es de todos

Minsalud

unidas menores de 30 años hace más uso de métodos anticonceptivos y a los 35 años o más este disminuye, dando lugar a que las mujeres unidas lideren el porcentaje de uso.

Entre 2010 y 2015, el comportamiento de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incrementó en 2 puntos porcentuales, respectivamente. Otros métodos moderno aumento en cinco p.p el uso entre las mujeres unidas, los demás métodos se incrementaron en un p.p a excepción del uso del DIU, píldora y métodos tradicionales (Gráfico 60).

Gráfico 60. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010 y 2015.

En 2010, Vaupés, La Guajira, Amazonas, Chocó, Guainía, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Córdoba y Sucre poseían los porcentajes más bajos de mujeres unidas que hacían uso de algún método anticonceptivo en el país. Para dicho año, este porcentaje de uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas descendió entre 1 y 6 puntos porcentuales con respecto a 2005 en estos departamentos y aumentó entre seis y cuatro puntos porcentuales en Guaviare, Caquetá, Magdalena, Atlántico y Casanare (Tabla 17).

Entre 2010 y 2015, Casanare, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Sucre, Cauca Cesar, Meta, La Guajira, Bogotá, Córdoba, Guainía y Boyacá son los territorios donde se incrementó el uso de métodos anticonceptivos, entre 3 y 7 puntos porcentuales con respecto a 2010. En contraste con Vichada, Atlántico, Cundinamarca, Caldas, Arauca, Putumayo y Vaupés que describen un descenso entre 1 y 16 p.p. con respecto a 2010. Por otra parte, entre 2005 y 2015, Guaviare (13,9), Casanare (10,1) Cauca (8,5),



La salud
es de todos

Minsalud

Magdalena (7,8), Caquetá (7,0), Cesar (6,4), Meta (6,3), Valle del Cauca (5,4), Norte de Santander (5,0) y Antioquia (4,7) son los departamentos en los que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres (Tabla 17).

Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 – 2015

Departamento	2005 (15 - 49 años)	2010 (15 - 49 años)	2015 (13 - 49 años)	Δ 2005 - 2015	Tendencia
Guaviare	69,70	82,50	83,60	13,90	↗
Casanare	76,90	80,40	87,00	10,10	↗
Cauca	75,70	78,70	84,20	8,50	↗
Magdalena	65,90	71,70	73,70	7,80	↗
Caquetá	71,20	77,30	78,20	7,00	↗
Cesar	69,10	70,90	75,50	6,40	↗
Meta	77,40	79,20	83,70	6,30	↗
Valle del Cauca	78,30	81,00	83,70	5,40	↗
Norte de Santander	76,30	78,30	81,30	5,00	↗
Antioquia	79,40	81,70	84,10	4,70	↗
Risaralda	81,70	84,30	85,70	4,00	↗
Nariño	81,90	84,10	85,90	4,00	↗
Atlántico	69,90	73,90	72,70	2,80	↗
Santander	80,50	81,70	83,20	2,70	↗
Sucre	73,10	70,10	75,70	2,60	↗
Tolima	77,40	78,40	79,90	2,50	↗
La Guajira	64,10	62,10	66,40	2,30	↗
Bogotá	82,50	80,80	84,70	2,20	↗
Córdoba	70,90	69,70	73,00	2,10	↗
Quindío	83,00	83,80	85,00	2,00	↗
Bolívar	74,30	73,50	76,10	1,80	↗
Amazonas	69,50	64,40	70,40	0,90	↗
San Andrés y Providencia	75,10	69,60	75,80	0,70	↗
Huila	80,30	80,40	80,60	0,30	↗
Vichada	75,60	76,00	75,40	-0,20	↘
Boyacá	86,50	83,20	86,30	-0,20	↘
Guainía	72,20	68,10	71,20	-1,00	↘
Chocó	68,50	66,30	66,70	-1,80	↘
Caldas	85,40	85,60	82,90	-2,50	↘
Arauca	78,20	79,20	75,30	-2,90	↘
Putumayo	80,70	82,20	77,80	-2,90	↘
Cundinamarca	84,10	82,90	80,60	-3,50	↘
Vaupés	65,60	59,30	43,70	-21,90	↘
Colombia	78,2	79,1	80,9	2,70	↗

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015



La salud
es de todos

Minsalud

Métodos anticonceptivos modernos

De acuerdo con el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos, en la Región de las Américas para 2019 fue de 69% y en América Latina fue de 70%. Algunos países que registraron valores por encima del promedio en Latinoamérica fueron Nicaragua (79%), Uruguay (77%), Brasil (77%), Colombia (76%) y Costa Rica (75%); de otra parte, algunos con valores por debajo del mismo promedio fueron Bolivia (46%), Guatemala (52%), Perú (55%) y Panamá (59%)⁸⁰.

Según la ENDS 2015, en Colombia el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 – 49 años) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. En 1990 se observa que el uso de estos métodos era más bajo en la población rural que en la urbana, pero con el tiempo esta brecha ha desaparecido a tal punto que para 2010 en el área urbana es de 79,0 y en el área rural es de 79,2. Entre 2010 y 2015, se incrementó en dos p.p. el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 y 49 años), al pasar de 79,1 en 2010 a 81,0 en 2015. Por área se observa un aumento de 2,5 p.p en el área urbana, al pasar de 79,0 a 81,5 entre 2010 y 2015, respectivamente. En área rural se observa que registra un valor similar entre 2010 (79,2) y 2015 (79,1)⁸⁴. La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que la desigualdad por área se ha incrementado a través del tiempo (Gráficos 61 y 62).

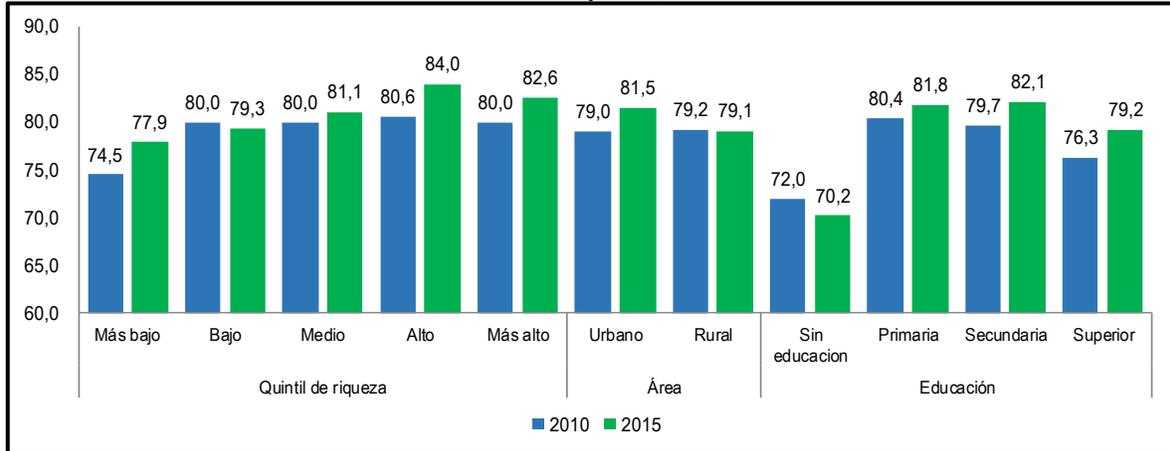
Entre 2010 y 2015, según el nivel educativo, se observa que las mujeres unidas sin educación, con educación primaria y con educación secundaria hacen uso de los métodos anticonceptivos con menor frecuencia en comparación con las de nivel de educación superior. Se observa cómo la brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo: para 2010 fue 72,0 y 76,3 para el nivel sin educación y nivel superior, en tanto para 2015 fue 70,2 y 79,2 para el nivel sin educación y nivel superior (Gráficos 61 y 62).



La salud es de todos

Minsalud

Gráfico 61. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015

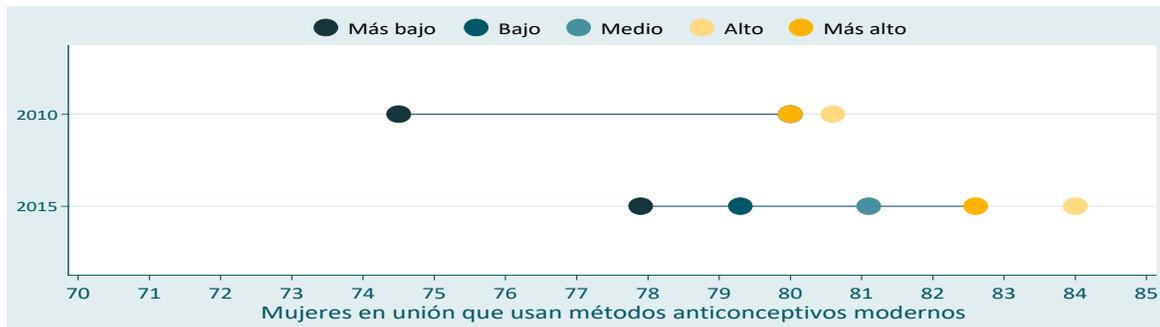


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

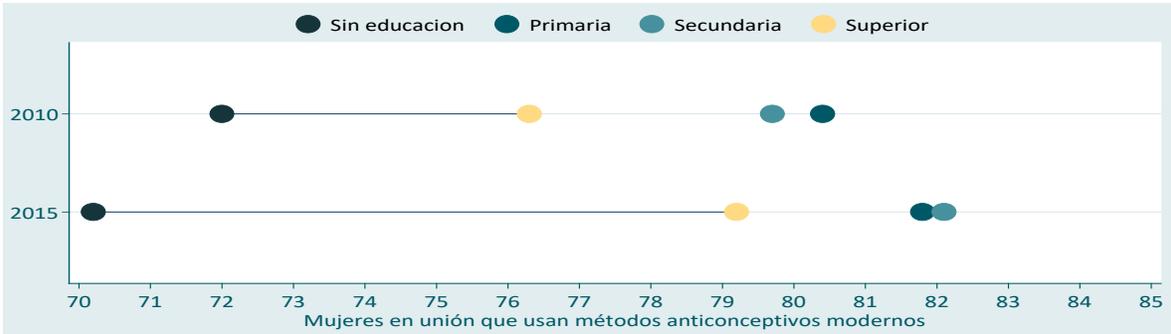
Según el quintil de riqueza, se observa que entre 2010 y 2015, en todos con quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción moderna en las mujeres con la excepción del quintil que se redujo en 0,7 p.p. Los quintiles más bajo y alto registraron un aumento de 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos (Gráfico 56). La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo (Gráficos 61 y 62).

Gráfico 62. Ecuiplo de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

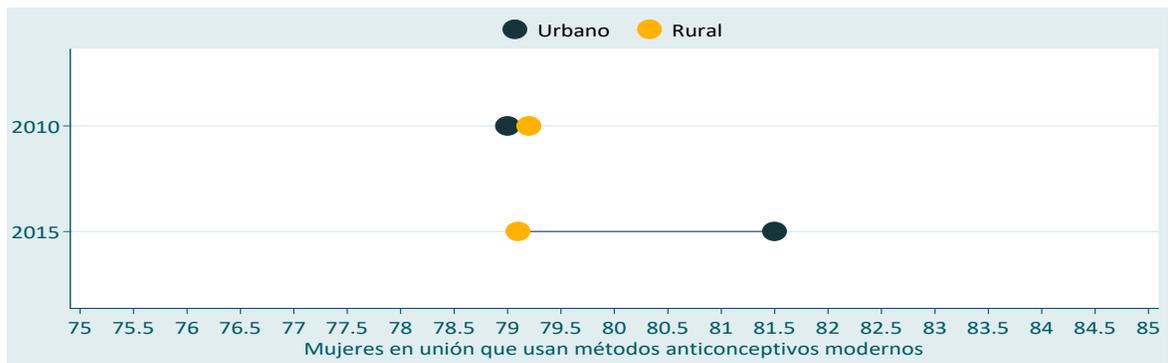
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015.

Entre 2010 y 2015, Santander, Vichada, Arauca, Caldas, Cundinamarca, Chocó y Vaupés son los territorios donde descendió el uso de métodos anticonceptivos modernos, este descenso fue de 0,2 y 9 puntos porcentuales con respecto a 2010 (Mapa 24) (Tabla 18).



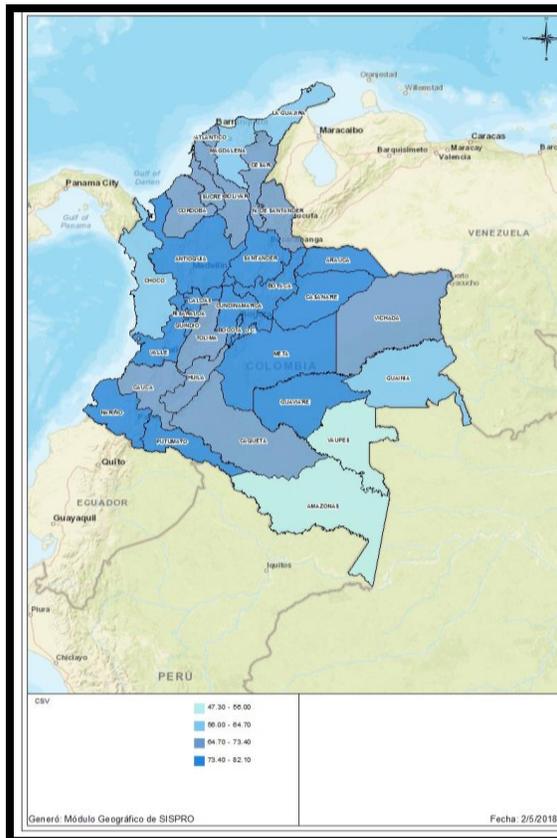
La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 24. Uso de los métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas por departamento, 2010 - 2015

2010

2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 18. Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 – 2015

Departamento	2010	2015	Δ 2010 - 2015	Tendencia
Cauca	68,2	77,7	9,5	↗
Sucre	65,0	73,0	8,0	↗
Casanare	74,5	81,5	7,0	↗
Magdalena	64,5	71,2	6,7	↗
Amazonas	53,5	59,4	5,9	↗
Guainía	60,5	66,1	5,6	↗
Bolívar	67,2	71,9	4,7	↗
Bogotá, D.C.	75,7	80,2	4,5	↗
Cesar	67,3	71,8	4,5	↗
Caquetá	70,4	74,8	4,4	↗
Meta	73,9	78,3	4,4	↗
Tolima	70,1	74,3	4,2	↗
Norte de Santander	70,4	74,5	4,1	↗
Valle del Cauca	75,5	79,5	4,0	↗
Archipiélago de San Andrés, Providencia	66,0	70,0	4,0	↗
Antioquia	76,0	79,9	3,9	↗
Córdoba	65,5	69,3	3,8	↗
La Guajira	57,6	61,2	3,6	↗
Boyacá	76,8	80,3	3,5	↗
Risaralda	77,7	81,2	3,5	↗
Nariño	76,6	79,8	3,2	↗
Huila	69,7	72,8	3,1	↗
Atlántico	65,1	67,0	1,9	↗
Guaviare	79,4	81,3	1,9	↗
Quindío	81,1	81,3	0,2	↗
Putumayo	75,2	75,3	0,1	↗
Santander	75,6	75,4	-0,2	↘
Vichada	72,2	71,1	-1,1	↘
Arauca	74,1	72,7	-1,4	↘
Caldas	80,7	79,3	-1,4	↘
Cundinamarca	77,3	75,7	-1,6	↘
Chocó	61,8	59,0	-2,8	↘
Vaupés	47,3	37,8	-9,5	↘
Colombia	72,9	75,9	3,0	↗

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD



La salud
es de todos

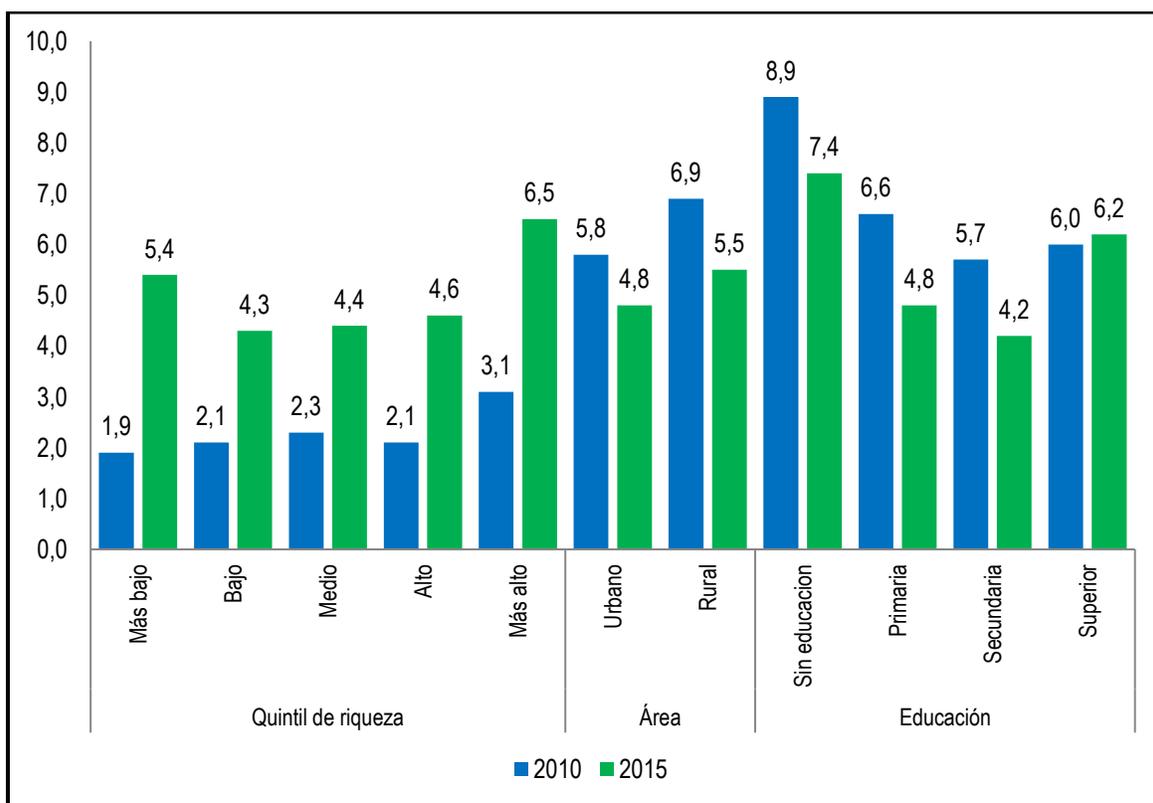
Minsalud

Métodos anticonceptivos tradicionales

Entre 2010 y 2015 por índice riqueza, en todos los quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción tradicionales en las mujeres. Los quintiles más bajo y más alto registraron un aumento de 3,5 y 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos, respectivamente (Gráfico 63). La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 64).

Según datos de las ENDS entre 2010 y 2015, el nivel educativo de las mujeres unidas que usan métodos tradicionales ha descendido un punto porcentual en todos los niveles de educación, con excepción en el nivel superior. La brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo (Gráficos 63 y 64).

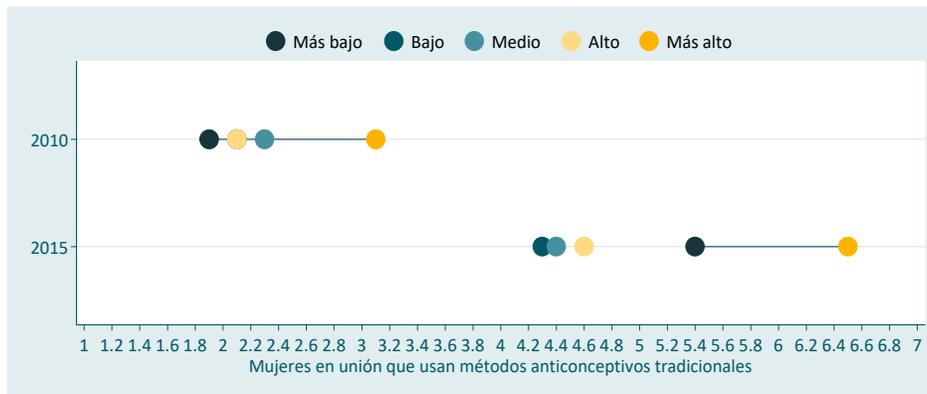
Gráfico 63. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



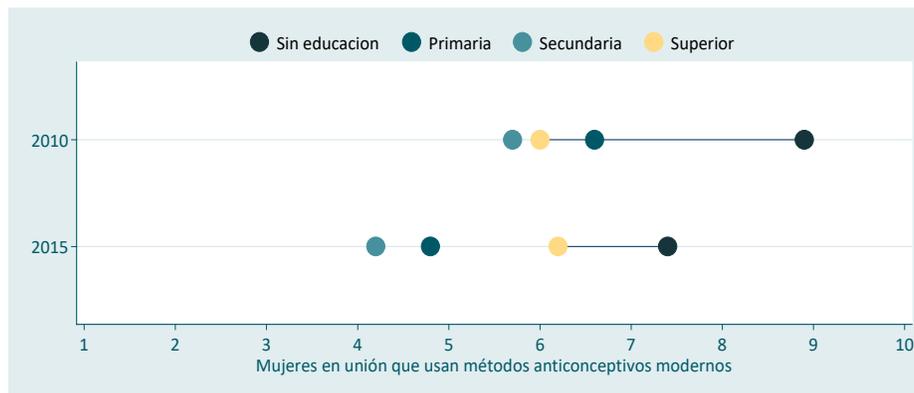
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

Gráfico 64. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

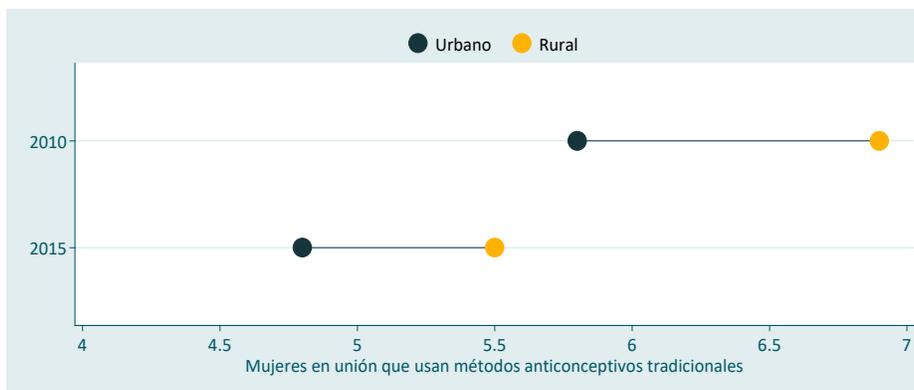
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015.



La salud
es de todos

Minsalud

Uso de métodos anticonceptivos en hombres

Según datos de la ENDS 2015, para los hombres en unión (de 13 a 49 años), los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más frecuente son la inyección (14,8%), el condón masculino (8,7%) y la píldora (7,3%). En hombre sin unión (de 13 a 49 años), los métodos modernos más frecuentes son el condón masculino (46,0%), inyección (14,9%) y píldora (11,4%). Por departamento se observa que Córdoba, Putumayo, Bolívar, Atlántico, Chocó, Vichada, Magdalena, Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés no superan el promedio nacional (79,4%). Prevalencias mayores al promedio nacional, en el uso métodos anticonceptivos, se registraron en 21 de los 32 departamentos y en el Distrito Capital de Bogotá (Tabla 19).

Tabla 19. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015

Departamento	2015 (13 - 49 años)	Departamento	2015 (13 - 49 años)
Tolima	88,1	San Andrés y Providencia	81,9
Caldas	87,9	Caquetá	81,4
Nariño	87,9	Guaviare	81,1
Cauca	87,8	Arauca	80,8
Cundinamarca	87,6	Cesar	80,0
Boyacá	86,7	Sucre	80,0
Bogotá	86,0	Córdoba	78,4
Casanare	85,9	Putumayo	76,3
Santander	85,7	Bolívar	74,5
Risaralda	85,6	Atlántico	74,4
Antioquia	84,5	Chocó	74,1
Meta	84,4	Vichada	74,1
Quindío	84,3	Magdalena	72,8
Valle del Cauca	82,7	Amazonas	69,7
Huila	82,5	Guainía	69,5
Norte de Santander	82,4	La Guajira	62,4
San Andrés y Providencia	81,9	Vaupés	55,1
		Colombia	79,4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2015

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar “son todas aquellas lesiones sufridas en personas cuyos agresores son miembros de su familia o personas con las cuales ha tenido o se tiene un vínculo afectivo; entre ellas se incluye la violencia contra niños, niñas y adolescentes y la violencia de pareja en menores de 18 años”⁸⁵. Entre 2004 y 2019, se registraron 1.269.856 casos de incidentes de violencia intrafamiliar, con una media anual de 79.366 y una



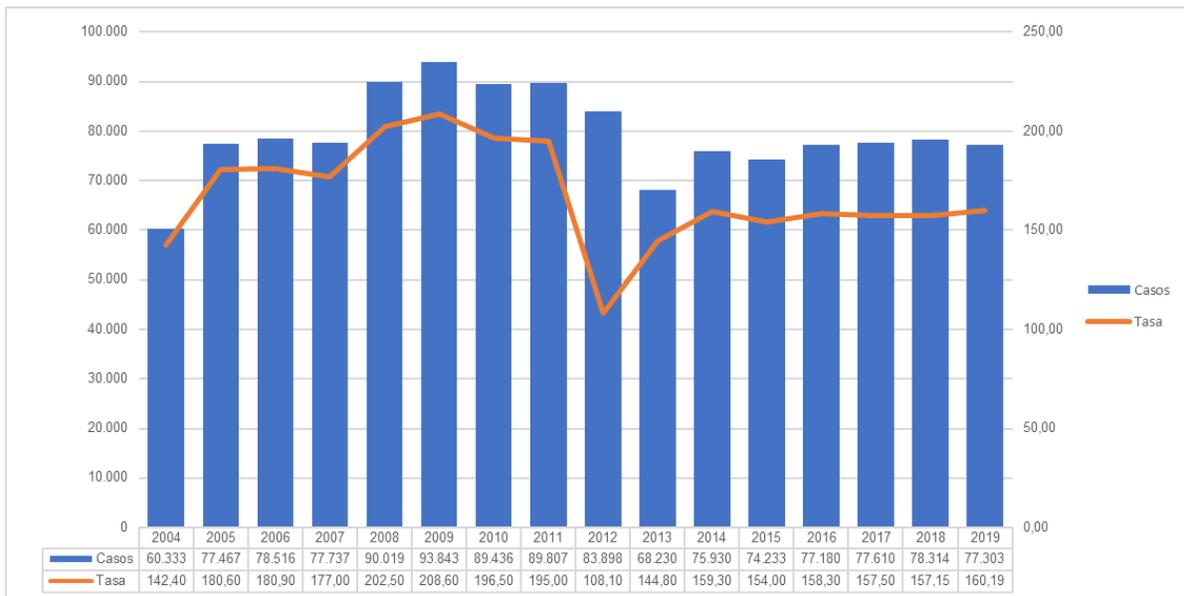
La salud
es de todos

Minsalud

desviación estándar de 9.067,6, evidenciada un incremento del 10,6% en la tasa de incidencia lo que se traduce en 15,1 más por cada 100.000 habitantes. Cabe anotar que durante 2012 se registró descenso en 35 casos por cada 100.000 habitantes, con respecto al 2011 (Gráfico 65).

En el 2019, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 1.011 casos menos por violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor, violencia de pareja y la violencia entre otros familiares), al pasar de 78.314 casos en 2018 a 77.303 casos de violencia intrafamiliar en 2019, de estos, 10.468 (13,5%) corresponden a casos que ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 73,7 por cada 100.000 habitantes. Asimismo, se registraron 2.369 (3,1%) casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 36,4. En los 15.440 casos (20,0%), casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 53,8 (Gráfico 66).

Gráfico 65. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2019



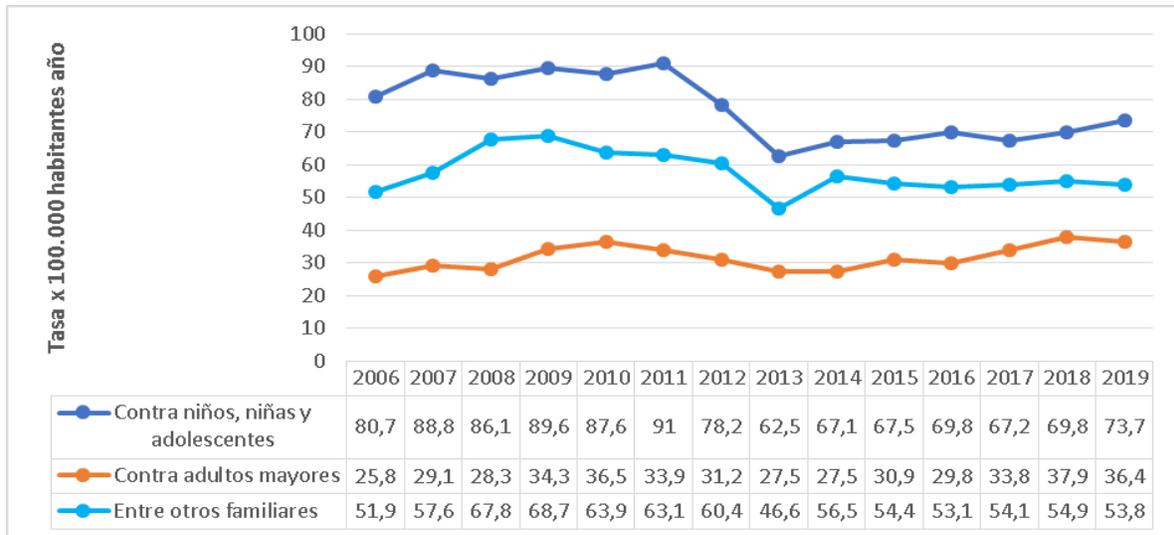
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2004 a 2019



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 66. Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2006 a 2019.

Entre 2016 y 2017, la tasa de violencia intrafamiliar ha sido decreciente, disminuyendo en un caso de menos por cada 100.000 personas. (Tabla 18) Para el 2017 los territorios que reportan más casos por violencia intrafamiliar son Bogotá, D.C. (19.705), Antioquia (8.988), Cundinamarca (5.812), Valle del Cauca (5.242) y Medellín (5.105). La tasa de violencia intrafamiliar en Cauca fue la tasa más alta del país siendo 3,0 veces más alta que la nacional con un valor de 234,4 por cada 100.000 habitantes y un total de 1.569 casos registrados. Así mismo en Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia, Meta, Amazonas, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Boyacá, Huila, Santander y Quindío registran valores por encima del promedio nacional, con una diferencia estadísticamente significativa al 95% de nivel de confianza. Cabe resaltar que Cauca, Arauca, Boyacá y Huila, describen una tendencia creciente, en comparación con 2016. En contraste reportaron tasas por debajo de promedio nacional (Tabla 20).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 20. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 – 2017

Departamento	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2016	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2017	Δ 2016 - 2017	Tendencia
Cauca	170,85	436,06	265,2	↗
Arauca	297,90	340,31	42,4	↗
Archipiélago de San Andrés, Meta	640,72	291,93	-348,8	↘
Amazonas	384,40	276,71	-107,7	↘
Bogotá, D.C.	325,60	248,88	-76,7	↘
Cundinamarca	341,48	243,85	-97,6	↘
Boyacá	378,23	210,37	-167,9	↘
Huila	7,59	204,62	197,0	↗
Santander	19,85	199,67	179,8	↗
Quindío	360,89	179,58	-181,3	↘
Norte de Santander	358,66	168,79	-189,9	↘
Tolima	239,96	154,11	-85,8	↘
Magdalena	301,87	152,18	-149,7	↘
Risaralda	235,22	151,55	-83,7	↘
Cesar	235,15	145,66	-89,5	↘
Atlántico	264,79	142,58	-122,2	↘
Antioquia	236,99	138,57	-98,4	↘
Sucre	182,05	135,91	-46,1	↘
Putumayo	196,30	119,52	-76,8	↘
Casanare	199,69	112,12	-87,6	↘
Valle del Cauca	381,56	111,74	-269,8	↘
Guainía	202,89	111,34	-91,6	↘
Bolívar	4,75	100,52	95,8	↗
Caldas	179,65	95,82	-83,8	↘
Nariño	226,58	93,96	-132,6	↘
Caquetá	204,14	91,02	-113,1	↘
La Guajira	135,17	85,70	-49,5	↘
Guaviare	126,24	74,24	-52,0	↘
Chocó	15,98	67,42	51,4	↗
Córdoba	104,55	57,05	-47,5	↘
Vaupés	98,84	36,54	-62,3	↘
Vichada	2,27	6,70	4,4	↗
Vichada	82,77	2,70	-80,1	↘
Colombia	158,3	157,5	-0,85	↘

Rojo: el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

Amarillo: el indicador no es significativamente diferente en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

Verde: el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2016 – 2017

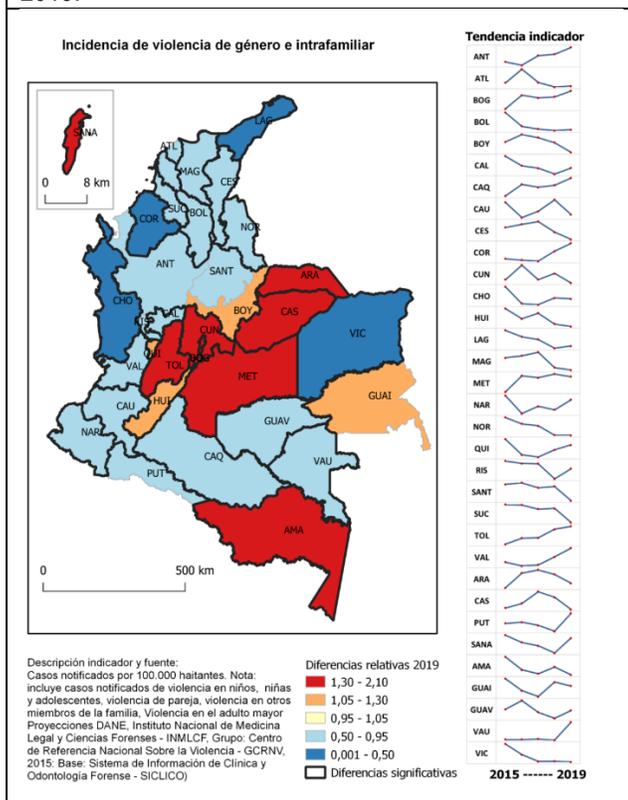
La tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar muestra disminución entre el año 2016 (158 x 100.000 hab.) hasta el 2019 (156 x 100.000 hab.). La mayor tasa respecto de la tasa nacional se presentó en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Arauca, Meta, Casanare, Amazonas, Bogotá D.C. y San Andrés, con diferencias relativas mayores a 1.3 y estadísticamente significativas (mapa 25).



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 25. Diferencias relativas de Tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar en Colombia 2015-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

El análisis de la desigualdad en el periodo de observación según promedio de años de educación y PIB per cápita tuvo un comportamiento similar al de los otros indicadores de violencia, mostrando distancias amplias entre quintiles bajos y altos. Las mayores tasas de incidencia de violencia de género e intrafamiliar se presentó entre población con mayor ingreso y educación, lo cual es más visible cuando se estratifica por años promedio de educación.

Violencia de contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), reporta una tendencia decreciente al pasar de 13.580 en 2013 a 10.468 casos en 2019. Este último año, la tasa de violencia contra NNA en Bogotá fue la más alta del país con 202,3 casos por cada 100.000 habitantes y un total de 3.599 casos registrados. En segundo lugar, se ubica Casanare con un total de 245 registros y una tasa de 173,5 casos por cada 100.000 habitantes. Arauca,

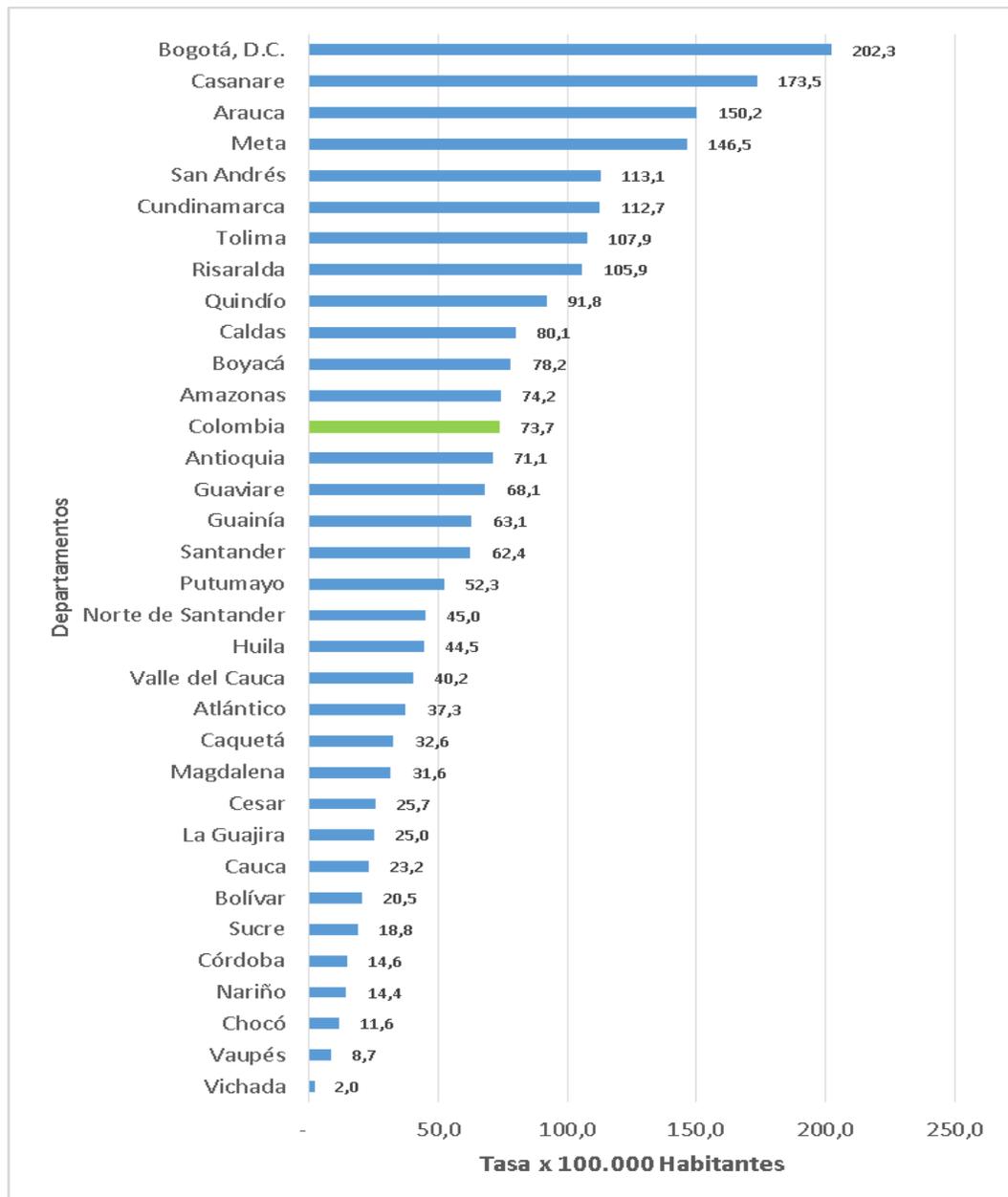


La salud
es de todos

Minsalud

Meta, San Andrés, Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Caldas, Boyacá y Amazonas registran valores por encima de la tasa del promedio nacional (Gráfico 67).

Gráfico 67. Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



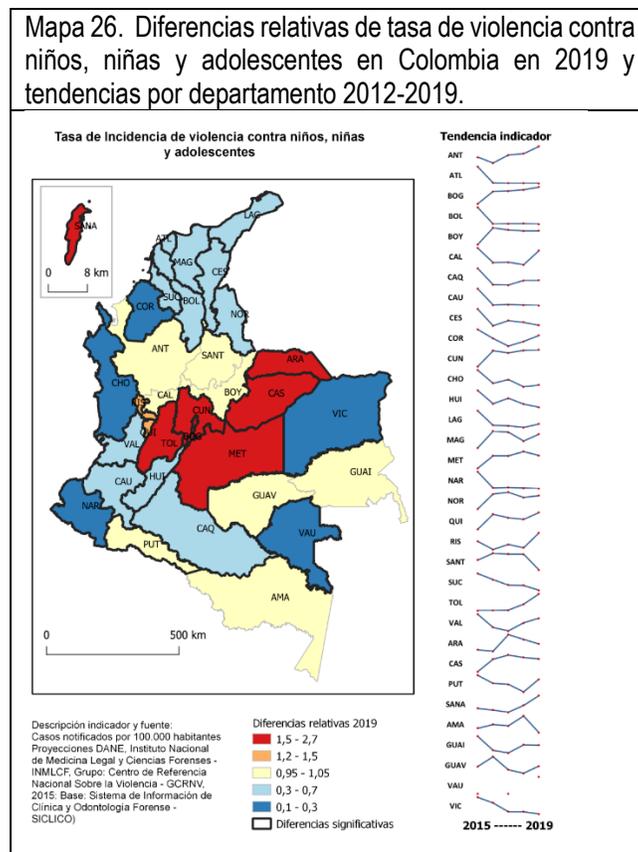
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019



La salud
es de todos

Minsalud

La violencia contra niños, niñas y adolescentes ha presentado un incremento en la tasa de incidencia desde el año 2016 (67,2 a 73,7 casos notificados por cada 100.000 en 2017 y 2018, respectivamente). Las tasas más altas respecto del promedio nacional se encuentran en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Casanare, Meta, Arauca y San Andrés. Estas diferencias relativas fueron superiores a 1.5 puntos en el valor de la tasa estadísticamente significativas para los departamentos mencionados. El entendimiento de este evento ha incrementado en la última década y las definiciones, así como los instrumentos para captar la información han sido cada vez más refinados. Esto podría explicar el incremento marcado desde 2016 (mapa 26).



Fuente: elaboración propia de los autores.

Según el estudio de la desigualdad por años promedio de educación y PIB per cápita, se observa que en la violencia contra niños niñas y adolescentes hay una clara brecha entre los quintiles con mayor ventaja educativa y de ingreso que presentan altas tasas de incidencia a través de los años, que aquella población en el quintil con menor ventaja en educación e ingreso. Esta brecha es más visible cuando se analizan los años promedio



La salud
es de todos

Minsalud

de educación y a la luz de lo mencionado para el análisis de la tendencia por quintiles, esto refuerza la hipótesis de la mayor sensibilización poblacional con el tema que puede incrementar el reporte.

Violencia de contra adultos mayores

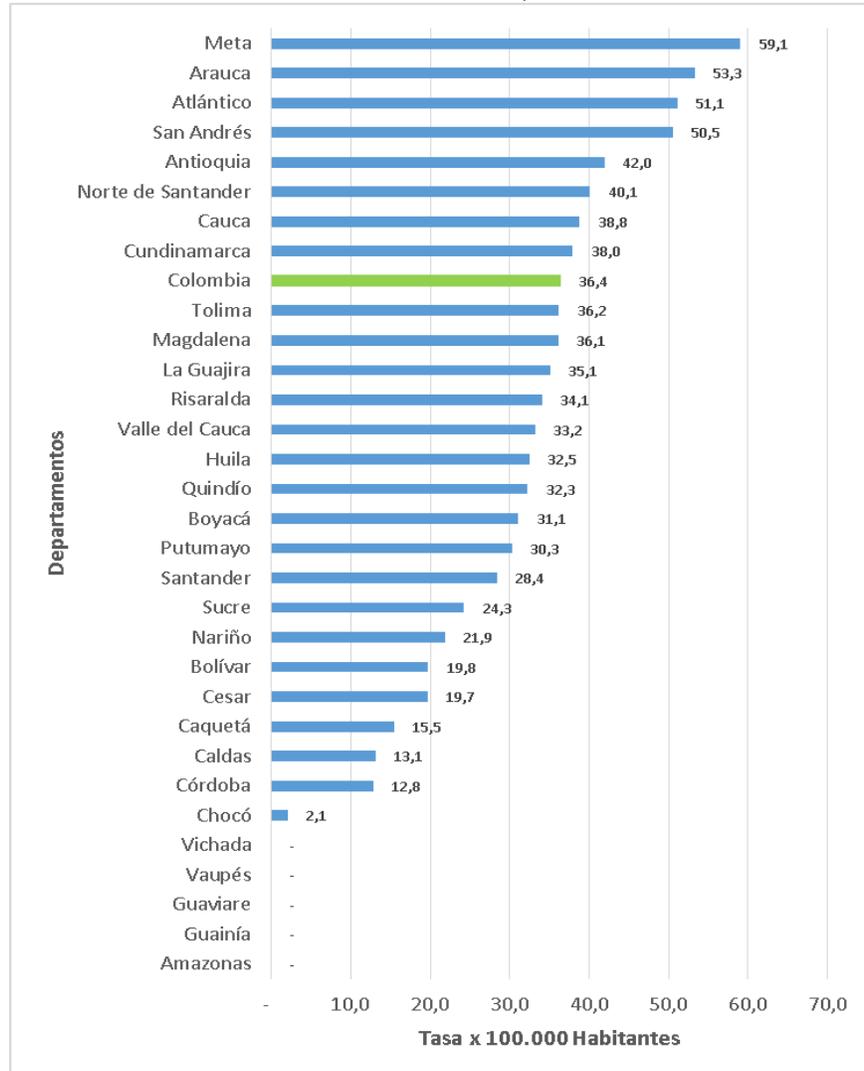
En cuanto a la violencia contra adultos mayores, entre 2008 y 2019 se reportaron 20.011 eventos, con una tendencia creciente al pasar de 1.175 en 2008 a 2.369 casos en 2019. Así mismo, entre 2018 y 2019, describe un incremento en números absolutos de 108 casos. En 2019 el departamento del Meta tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 59,1 casos por cada 100.000 habitantes, superando el promedio nacional de 36,4 que también superaron departamentos como Arauca, Atlántico, San Andrés, Antioquia, Norte de Santander, Cauca y Cundinamarca (Gráfico 68).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 68. Tasa de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

Violencia de pareja

Entre 2005 y 2019 se reportaron 775.463 eventos por violencia de pareja entre mujeres y hombres, y un promedio de 51.698 casos por año. La tasa más alta por cada cien mil habitantes se registró en 2009 (168,13) y la más baja en el 2013 (116). En 2019 la tasa fue de 117,8 casos por 100.000 habitantes, reduciendo 643 casos con respecto al 2018 (Gráfico 69).

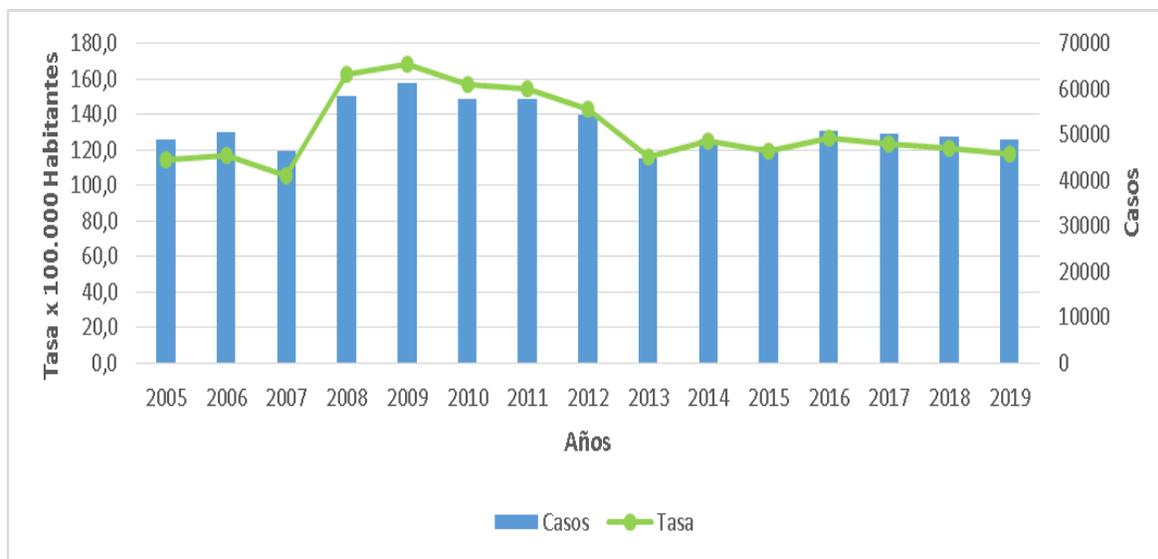


La salud
es de todos

Minsalud

Para 2019 el 85,9% (42.134) de los casos ocurren en mujeres de los cuales 41.033 suceden en mayores de 8 años. La serie de datos muestra un comportamiento estable de las tendencias en los últimos seis años.

Gráfico 69. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2005 a 2019.

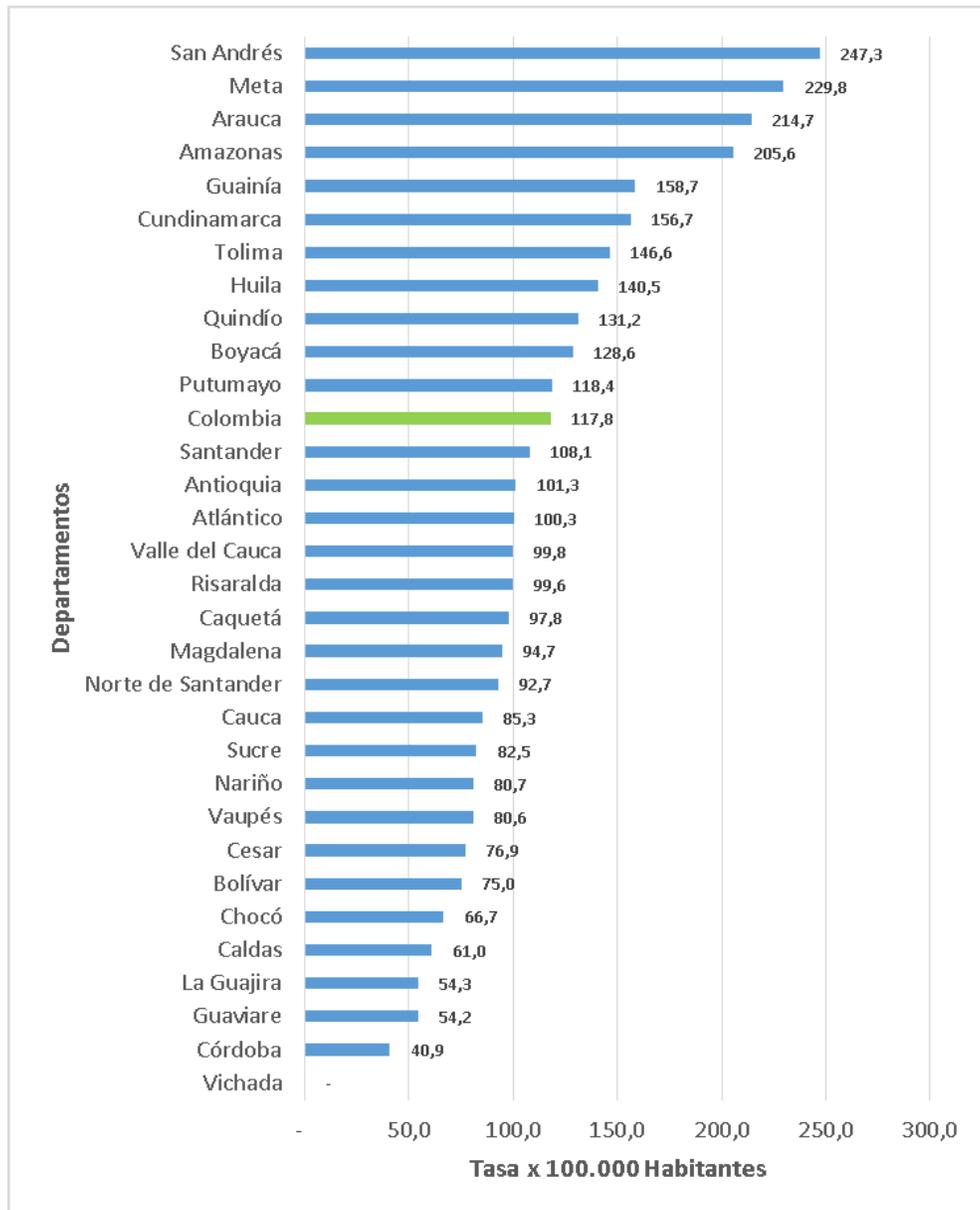
En el 2019, San Andrés cuenta con la tasa más alta del país, encontrándose por encima de la nacional (117,8) alcanzando los 247,3 casos por cada 100.000 habitantes, registrando 131 casos. Meta, Arauca, Amazonas, Guainía., Cundinamarca, Tolima, Huila, Quindío, Boyacá y Putumayo también presentaron tasas mayores que la nacional. El mismo año, los departamentos con el mayor número de casos registrados fueron Bogotá (12.063), Antioquia (5.703), Cundinamarca (4.109), Valle de Cauca (3.808). En contraste con los departamentos que registraron el menor número de eventos, son Guainía (57), Guaviare (36) y (24) Vaupés (Gráfico 70).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 70. Tasa de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

Entre otros familiares

Durante el periodo 2008 a 2019, se reportaron 185.619 casos por violencia entre otros tipos de familiares; con una tendencia decreciente, con 1.404 casos menos, al pasar de 16.613 y 15.440 eventos registrados para este periodo. En 2013 (12.415) se registró el menor número de lesionados en los últimos doce años.

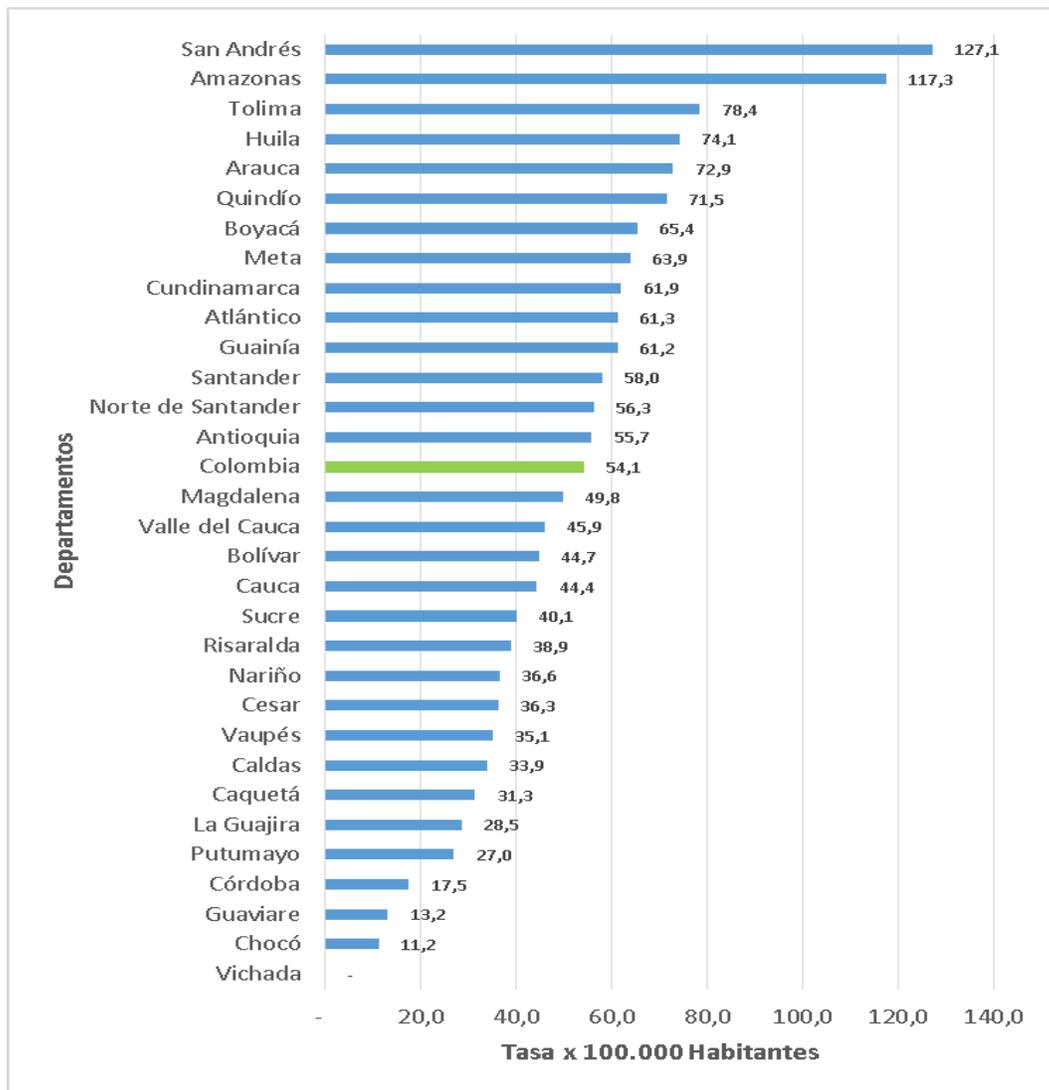
En 2019 las mujeres fueron las más afectadas (10.034) en comparación con los hombres (5.406), del total de casos (15.440), se produjo un aumento de 150 casos con respecto al 2018 (15.590). En San Andrés la tasa de violencia de pareja fue más alta que la nacional (54,1) alcanzando un valor de 122,1 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 48 casos. Amazonas (117,3), Tolima (78,4), Huila (74,1), Arauca (72,9), Quindío (71,5), Boyacá (65,4), Meta (63,9), Cundinamarca (61,9), Atlántico (61,3), Guainía (61,2), Santander (58,0), Norte de Santander (56,3) y Antioquia (55,7) registraron tasas mayores que la nacional (Gráfico 71).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 71. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

Violencia interpersonal

La violencia interpersonal entre 2015 a 2019 ha mostrado tendencia a la disminución, desde 263 casos por cada 100.000 habitantes en 2015 con un decrecimiento a 234 casos por 100.000 habitantes en 2017 y una posterior estabilización del indicador a 2019 (233 casos por 100.000 habitantes).

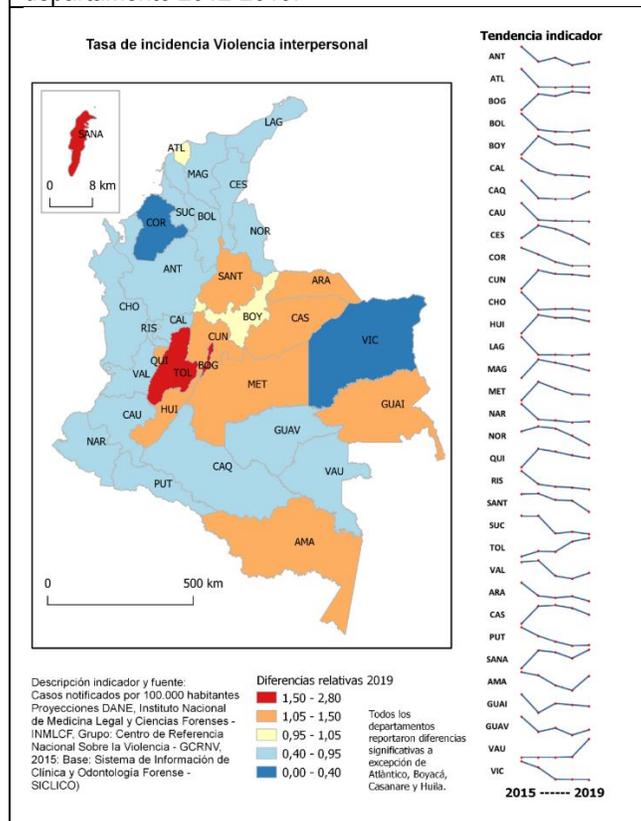


La salud
es de todos

Minsalud

En el mapa 27, se observa cómo se comportó la tasa de incidencia de violencia interpersonal con respecto a la tasa nacional en 2019, siendo Tolima, el Archipiélago de San Andrés D.T. y Bogotá D.C. los departamentos y distrito con las tasas de incidencia más elevadas, pero sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a la tasa nacional.

Mapa 27. Diferencias relativas de tasa de violencia interpersonal en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Aunque en general la tasa de incidencia de violencia interpersonal ha disminuido entre 2018 a 2015, la distancia entre los quintiles superiores e inferiores según educación e ingreso es amplia. El quintil más educado y con mayor ingreso tiene las tasas más altas y los quintiles medios y cuartos tienen un comportamiento similar en ambos estratificadores.



La salud
es de todos

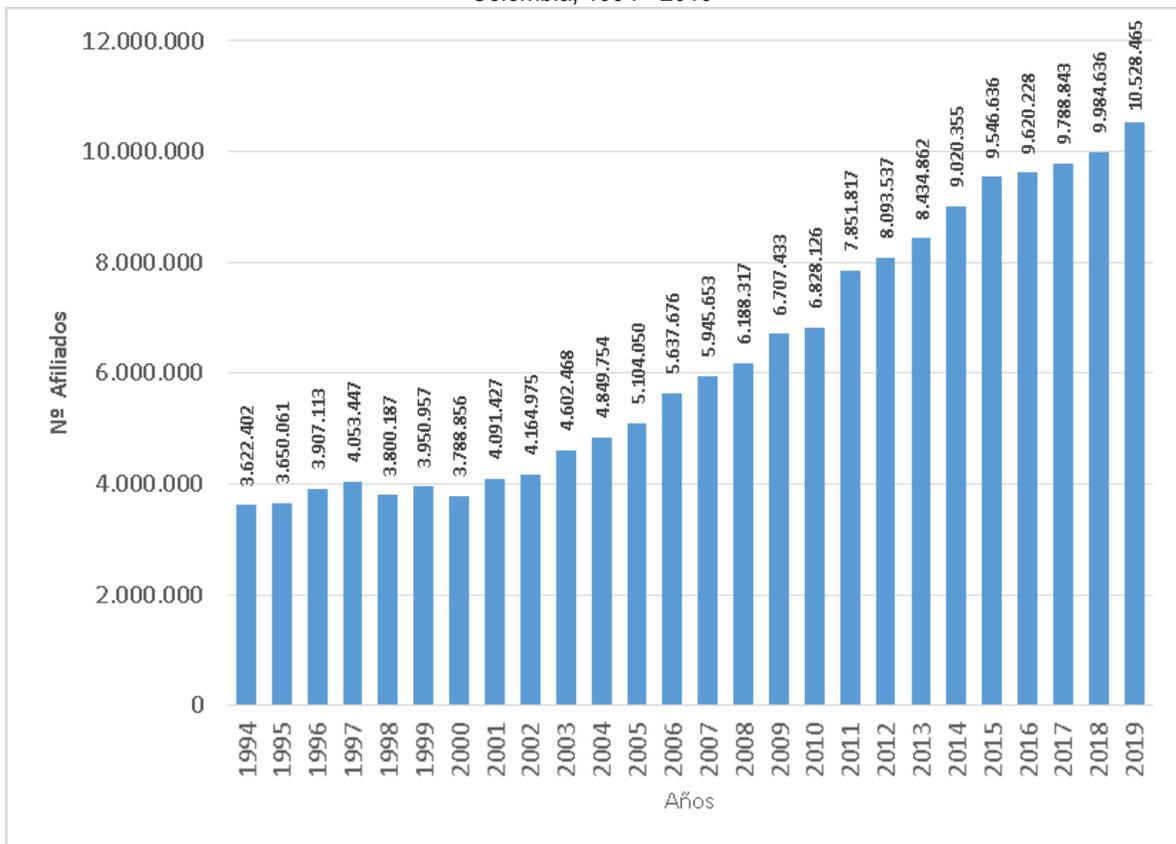
Minsalud

Condiciones laborales

Trabajadores afiliados dependientes e independientes

La afiliación al SGSSS y al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) tiene una tendencia creciente desde 1994, observándose que entre 2005 y 2019 su aumento ha sido considerable al pasar de 5.104.050 en 2005 a 10.528.465 en 2019 trabajadores vinculados al SGRL. El 90,6% (9.534.505) corresponde a trabajadores dependientes (son los afiliados que tienen un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal) y el 6,2% (648.474) corresponde a trabajadores independientes (son los afiliados que no están vinculados a un empleador mediante contrato de trabajo, por lo tanto, los aportes al SGRL se encuentran a su cargo, salvo que el contratante realice actividades clasificadas con riesgo IV o V.)⁸⁶ (Gráfico 72).

Gráfico 72. Número de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales Colombia, 1994 - 2019



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.



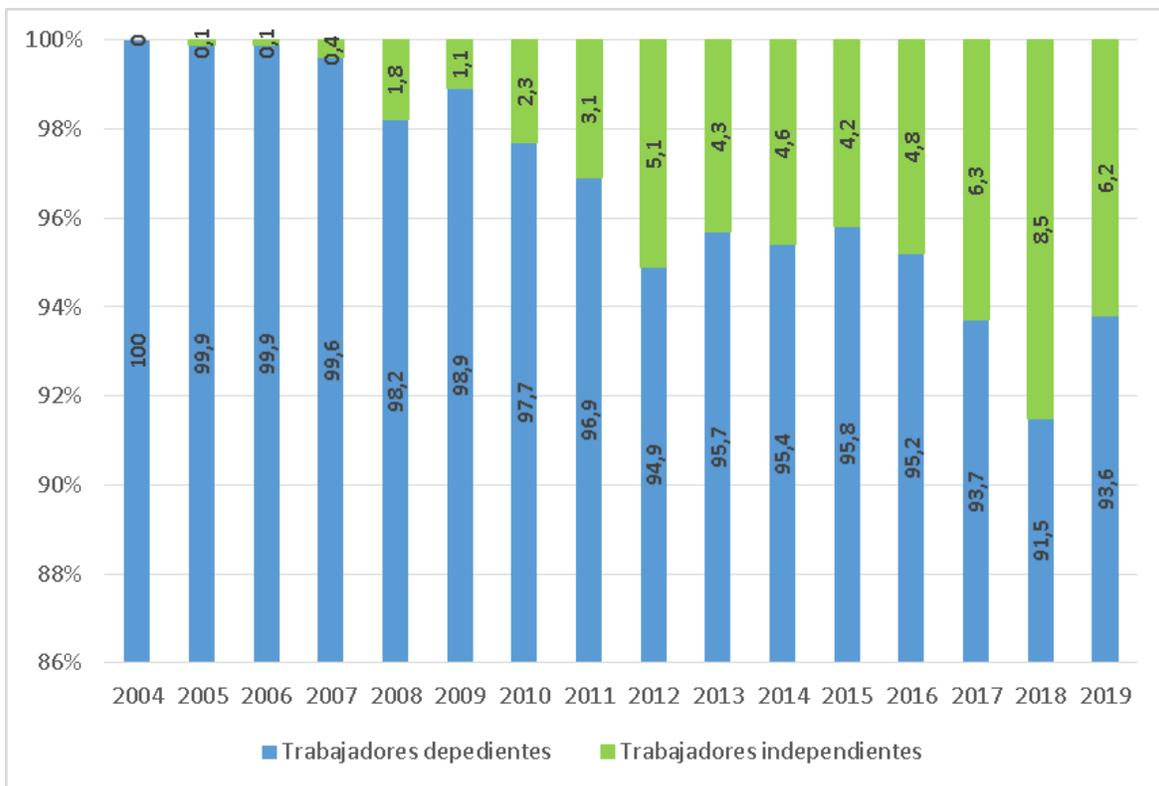
La salud
es de todos

Minsalud

Cabe resaltar, que la afiliación al SGRL de los trabajadores independientes muestra una tendencia creciente, al pasar de 0,03% (1.350) en 2014 a 6,2% (648.474) en 2019, esto se explica por las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) y la expedición de normatividad que amplía la cobertura, gran parte fue compilada en el Decreto 1072 de 2015: trabajadores del servicio doméstico (Decreto 0721 de 2013); trabajadores independientes y personas vinculadas por medio de contrato formal de prestación de servicios (Decreto 0723 de 2013); trabajadores independientes que laboran en periodos inferiores a un mes (Decreto 1016 de 2013); taxistas (Decreto 1047 de 2014); y estudiantes (Decreto 055 de 2015).

En el periodo entre 2004 y 2019, los empleados dependientes, describen una tendencia oscilante entre 2004 y 2009, siendo estos los años con mayor registro de personas vinculadas al SGRL. En tanto, los trabajadores independientes, reflejan un incremento en la afiliación en años como 2010 (2,3%), 2011 (3,1%), 2012 (5,1%), 2014 (4,6%), 2016 (4,8%), 2017 (6,3%) y (8,5%) 2018 (Gráfico 73).

Gráfico 73. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2019



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.



La salud
es de todos

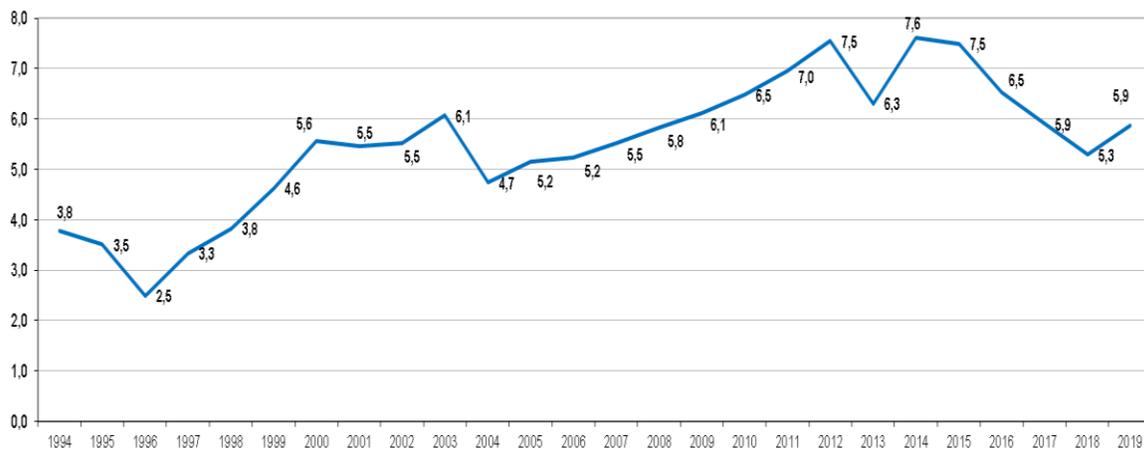
Minsalud

En relación con el tipo afiliado al SGRL por sectores económicos, se observa que los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario (24,5%), el comercio (13,3%), la industria manufacturera (11,8%) y la construcción (9,4%). En cuanto a los trabajadores independientes, el 21,9% trabajan en los sectores de administración pública y defensa; 21,7% en servicios sociales y de salud; 13,2% en el sector inmobiliario y transporte; y el 12,7% en almacenamiento y comunicaciones.

Accidente de trabajos calificados

En el Artículo 3 de la Ley 1562 se define como accidente de trabajo “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación, funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte”⁸⁷, incluyendo, además, las actividades deportivas y recreativas realizadas en nombre de la empresa, el ejercicio de la función sindical. Desde 1994 hasta 2019 la tasa de accidentes de trabajo se incrementó 2,1 accidentes por cada cien trabajadores, pasando de 3,8 a 5,9 respectivamente. En lo corrido del periodo se reportaron las mayores tasas de accidentabilidad en 2012 (7,5), 2014 (7,6) y (7,5) 2015 (Gráfico 74).

Gráfico 74. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2019



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

Entre 2013 y 2018, se han reportado 390.159 accidentes calificados de origen laboral. Ahora, en orden de magnitud, el 13,81% (323.844) de los accidentes calificados ocurrieron en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Risaralda. Seguido del 11,76% (45.869) en Meta, Caldas, Tolima, Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Cesar y Cauca. Los territorios Quindío, Huila, Córdoba, Nariño, Casanare, Sucre, Caquetá y San Andrés presentaron el 4,75% (18.539). Los departamentos con menos



La salud
es de todos

Minsalud

accidentabilidad fueron La Guajira, Arauca, Choco, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Guainía, Vichada y Vaupés lo que representa el 0,48% (1.891). Cabe señalar, que Norte de Santander (19), Casanare (15), San Andrés (7), Putumayo (4), Guainía (4) y Amazonas (3), reportaron un descenso de accidentes calificados entre 2013 y 2017 (Tabla 21) (Mapa 28).

Tabla 21. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018*

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	13.689	18.219	14.516	14.516	11.670	14.296	118.279	
Antioquia	9.269	11.065	11.511	11.511	9.186	11.452	86.008	
Valle del Cauca	5.256	6.333	6.375	6.375	5.143	6.257	40.988	
Cundinamarca	2.484	2.992	3.074	3.074	2.886	3.145	22.919	
Atlántico	2.529	2.830	2.609	2.609	2.107	2.752	20.944	
Santander	2.105	2.766	2.325	2.325	1.946	2.313	16.306	
Bolívar	1.148	1.194	1.159	1.159	1.050	1.183	9.718	
Risaralda	1.119	1.420	1.269	1.269	1.094	1.239	8.682	
Meta	943	1.423	1.071	1.071	973	893	7.613	
Caldas	747	900	1.059	1.059	748	1.093	7.092	
Tolima	830	886	836	836	757	915	5.870	
Magdalena	616	792	867	867	797	1.075	5.692	
Norte de Santander	705	688	774	774	793	946	5.524	
Boyacá	486	783	794	794	679	765	5.479	
Cesar	541	542	547	547	404	644	4.463	
Cauca	449	556	632	632	466	582	4.136	
Quindío	447	629	689	689	558	605	4.043	
Huila	408	539	466	466	410	469	3.510	
Córdoba	349	412	421	421	334	436	3.279	
Nariño	296	439	565	565	456	637	3.265	
Casanare	219	307	235	235	250	344	1.911	
Sucre	92	121	186	186	159	150	984	
Caquetá	66	116	133	133	111	118	898	
San Andrés	68	83	99	99	106	105	649	
La Guajira	67	93	87	87	80	107	587	
Arauca	41	71	61	61	45	73	450	
Choco	28	42	49	49	43	39	329	
Putumayo	29	56	38	38	42	54	294	
Guaviare	14	7	17	17	15	22	113	
Amazonas	3	12	11	11	14	9	62	
Guainía	1	4	2	2	6	10	28	
Vichada	3	2	6	6	5	5	28	
Vaupés	3	3	1	1	1	4	16	
País	45.050	56.325	52.484	52.484	43.334	52.737	390.159	

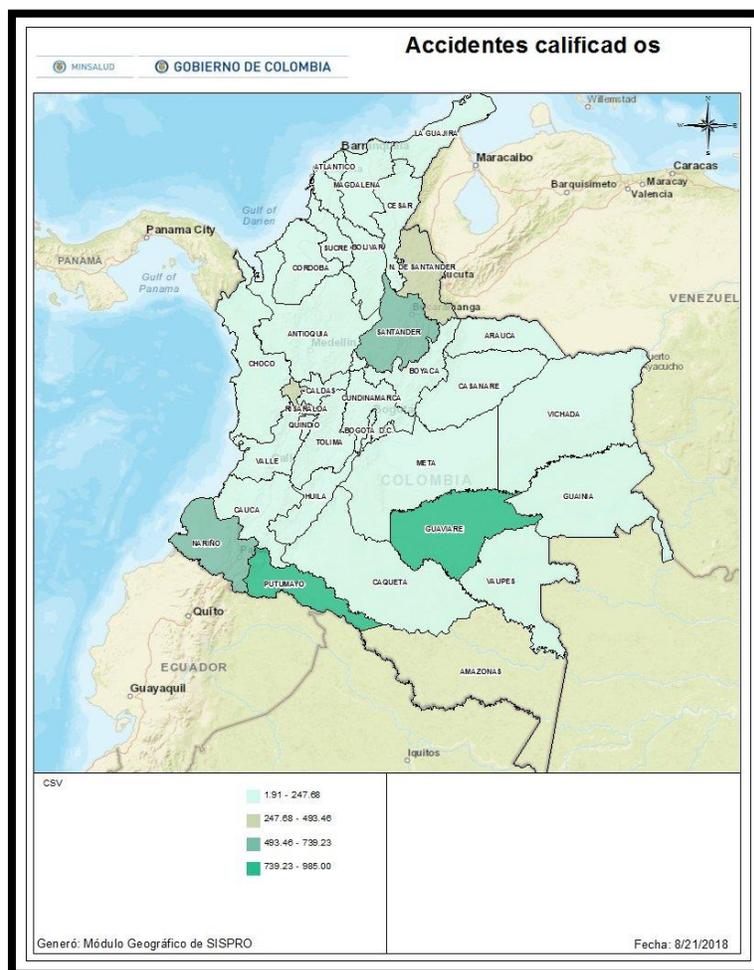
Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. *2018: corte a abril.



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 28. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. *2018: corte a abril.

Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas se dividen en las pensiones de invalidez pagadas y las indemnizaciones por incapacidad parcial permanente. La primera modalidad es el beneficio periódico vitalicio que recibe el trabajador a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral que le haya causado la pérdida definitiva de más del 50% de capacidad laboral. En la segunda, las aseguradoras entregan un único pago indemnizatorio cuando a raíz de algún siniestro de origen laboral, el empleado haya perdido menos del 50% de su capacidad laboral⁶⁸.



La salud
es de todos

Minsalud

Pensiones de invalidez pagadas por accidente de trabajo

La Ley 1562 de 2012 estableció que todos los trabajadores afiliados al SGRL, que producto de su actividad laboral sufran un accidente de trabajo o sean diagnosticados con una enfermedad laboral, tienen derecho al reconocimiento de prestaciones económicas (pensiones de invalidez debido a pérdida de la capacidad laboral superior al 50% o indemnizaciones por invalidez parcial permanente), y prestaciones asistenciales relacionadas con atención médica, quirúrgica, medicamentos, rehabilitación, etc.)⁸⁷.

En efecto, en Colombia se han incrementado en 1.835 (20,5%) de las pensiones de invalidez entre 2003 y 2017, que guarda relación con el incremento de los accidentes de trabajo. En este periodo se han registrado en promedio anual de 597 pensiones, para un total de 8.950 pensiones. En 2008 (8,1%), 2016 (16,2%) y 2017 (24,3%) son los años con mayor registro de pensiones por invalidez.

El incremento, tanto en prestaciones económicas, como en las asistenciales, puede estar directamente relacionado con un aumento en la siniestralidad de los trabajadores, y en algunos casos, con que los accidentes que se han presentado sean más severos y catastróficos e impliquen un mayor costo en las prestaciones⁸⁸.

Incapacidad permanente parcial pagada por accidente de trabajo

Ahora bien, desde el punto de vista de las incapacidades permanentes pagadas por accidente de trabajo, entre 2003 y 2017, las compañías pagaron 138.845 pensiones de invalidez, lo que representa un aumento de 7.878 casos en el periodo de análisis. Durante el mismo periodo de tiempo, las ARL pagaron en promedio anual 9.256 incapacidades, los casos de indemnizaciones por incapacidad parcial permanente, se registraron más en 2012 (9,12%), 2014 (10,02%) y 2015 (10,67%).

Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional

De acuerdo con datos de la Subdirección de Riesgos Laborales, entre 2013 y abril de 2018, las ARL pagaron 112 pensiones de invalidez por enfermedades profesionales, lo que representa un aumento de 45 casos en comparación con el 2017. Durante el mismo periodo de tiempo, las compañías que reportaron la mayoría de los pagos se ubican en Bogotá D.C., Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca, Santander y Risaralda (Tabla 22).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 22. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento Colombia, 2013 - 2018*

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	2	2	2	3	33	13	55	— — — — — ■ ■
Atlántico	4	0	0	0	7	2	13	■ — — — — ■ ■
Bolívar	0	0	0	0	1	8	9	— — — — — ■ ■
Cundinamarca	0	3	2	0	2	1	8	■ ■ ■ — — ■ ■
Antioquia	0	0	4	0	1	1	6	— — — ■ — ■ — ■
Norte de Santander	0	2	1	0	3	0	6	■ ■ ■ — — ■ ■
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	4	6	— ■ — — — ■ ■ ■
Santander	0	1	0	0	2	0	3	■ — — ■ ■ — ■
Risaralda	0	1	0	0	0	1	2	■ — — — — ■ ■
Cauca	0	0	0	0	0	1	1	— — — — — ■ ■
Cesar	0	0	0	0	0	1	1	— — — — — ■ ■
Huila	0	0	0	0	1	0	1	— — — — — ■ ■
Magdalena	0	1	0	0	0	0	1	■ — — — — ■ ■
País	6	11	9	3	51	32	112	— — — — — ■ ■ ■ ■ ■

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. *2018: corte a abril.

El Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) ha monitorizado la implementación de estrategias que promuevan entornos laborales saludables y una cultura de seguridad y salud en el trabajo. Con variaciones en las fuentes de información a lo largo del seguimiento de 25 años, el SGRL ha monitorizado tres indicadores: la tasa de incidencia de accidentes calificados como laborales, la tasa de incidencia de enfermedades calificados como laborales y las muertes calificados por alguna de estas dos condiciones.

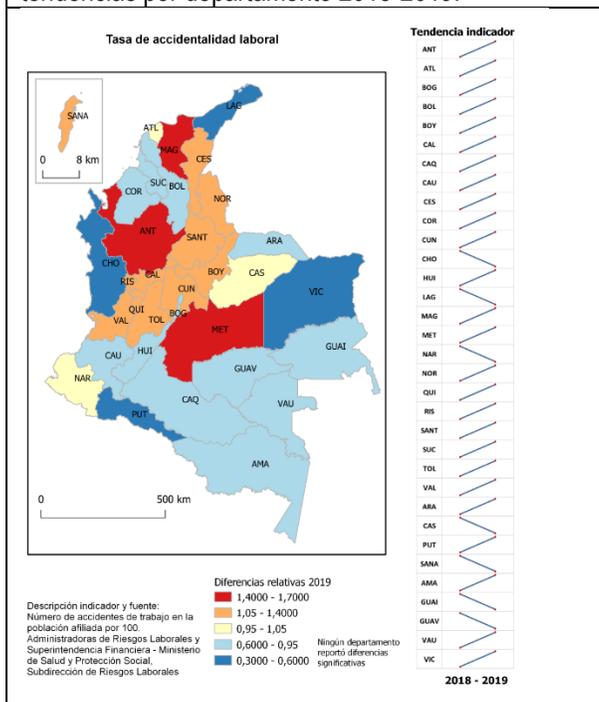
En cuanto a los accidentes calificados, se encontró una tendencia fluctuante, pero en general hacia el incremento, en particular desde el año 2004. Mientras en 1994 la tasa de accidentalidad laboral fue de 3,7 por 100, al final del periodo de observación esta tasa fue de 5,9 por 100 (2019). En el estudio de las diferencias del indicador respecto del nacional para 2019, se encontró que Antioquia y Magdalena se encontraban con las tasas más altas del país las cuales no fueron estadísticamente significativas (mapa 29).



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 29 Diferencias relativas de tasa de accidentalidad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Para este indicador solo se evaluó el año 2018 con respecto a los dos estratificadores encontrándose que la desigualdad en términos de años promedio de educación e ingreso, muestra una gran brecha entre la accidentalidad laboral entre la población con mayor ingreso y mayor educación que para aquellos en el quintil mediano, siendo más alta en los primeros.

Enfermedad laboral

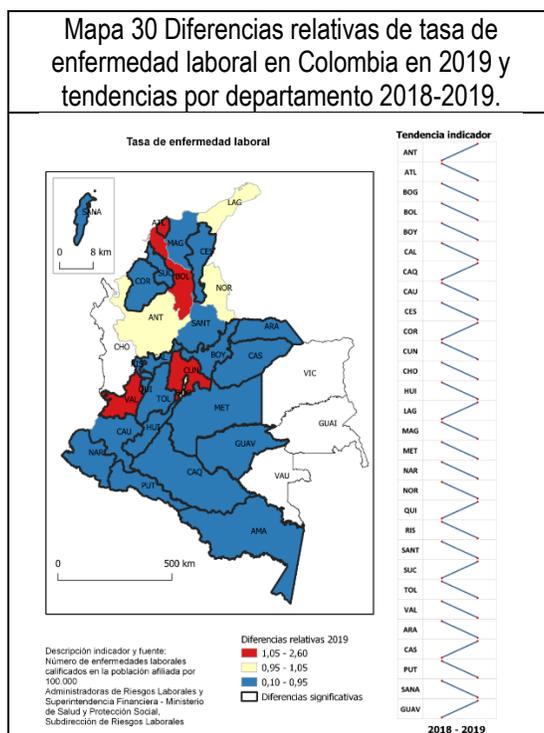
La tasa de incidencia de enfermedad laboral calificada tuvo un comportamiento estable en el indicador entre 1994 y 2014 con un promedio de 22,8 por 100.000. Posteriormente, con algunas fluctuaciones en 2012 y 2014, la tendencia ha sido a la disminución del indicador. Valle, Cundinamarca y Atlántico muestran diferencias significativas con respecto al indicador en el nivel nacional ubicándose por encima del valor nacional (mapa 30).



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 30 Diferencias relativas de tasa de enfermedad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

A diferencia de la accidentalidad laboral, en el estudio de la desigualdad en enfermedad laboral por PIB per cápita y educación, se observa que las mayores tasas se encuentran en el quintil más educado y con mayor ingreso, además, la distancia con el quintil más bajo es amplia. Esta desigualdad podría explicarse por mayor acceso a diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. No obstante, el tipo de enfermedad puede estar relacionada con el tipo de trabajo y habilidades que son diferenciales por clase social que llevan a la instauración de condiciones crónicas en un grupo más que el otro. Para aumentar la comprensión de este fenómeno, debe analizarse con más detalle cuáles son las enfermedades más frecuentes que podrían estar explicando las tasas incrementadas en población con mayor ingreso y educación.

Muerte por enfermedad y accidente laboral

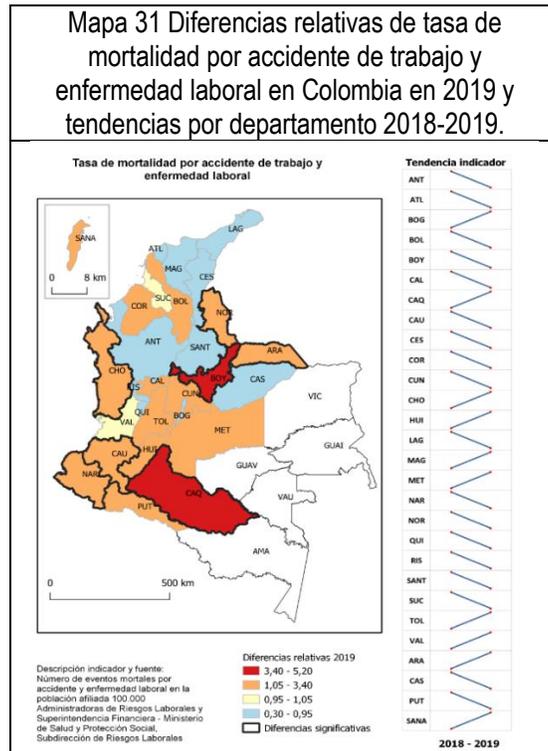
En contraste con los indicadores anteriores, la tendencia de la mortalidad por accidente o enfermedad laboral ha sido a la disminución. La mayor tasa de muerte se presentó en 1997 y 1998 (23 x 100.000 ambos periodos) en los 25 años de seguimiento, mientras que la mayor tasa de la última década se reportó en el año 2013 (8,9 x 100.000). Al comparar la tasa de mortalidad por departamento con la tasa de mortalidad nacional, se encuentra que Caquetá y Boyacá se encuentran muy por encima del nivel nacional y estas diferencias son



La salud
es de todos

Minsalud

estadísticamente significativas en el año 2019. Los departamentos Vichada, Guainía, Vaupés, Guaviare y Amazonas no cuentan con dato para este indicador (mapa 31).



Fuente: elaboración propia de los autores.

Existe una gran desigualdad en la tasa de muerte ocasionada por accidente laboral o por enfermedad laboral con menores tasas para los quintiles con mayor ingreso y mayor educación que para el resto de los quintiles. En particular, cuando se explora la desigualdad según los años promedio de educación, es más visible la distancia entre los quintiles mediano a bajo y el quintil superior.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional



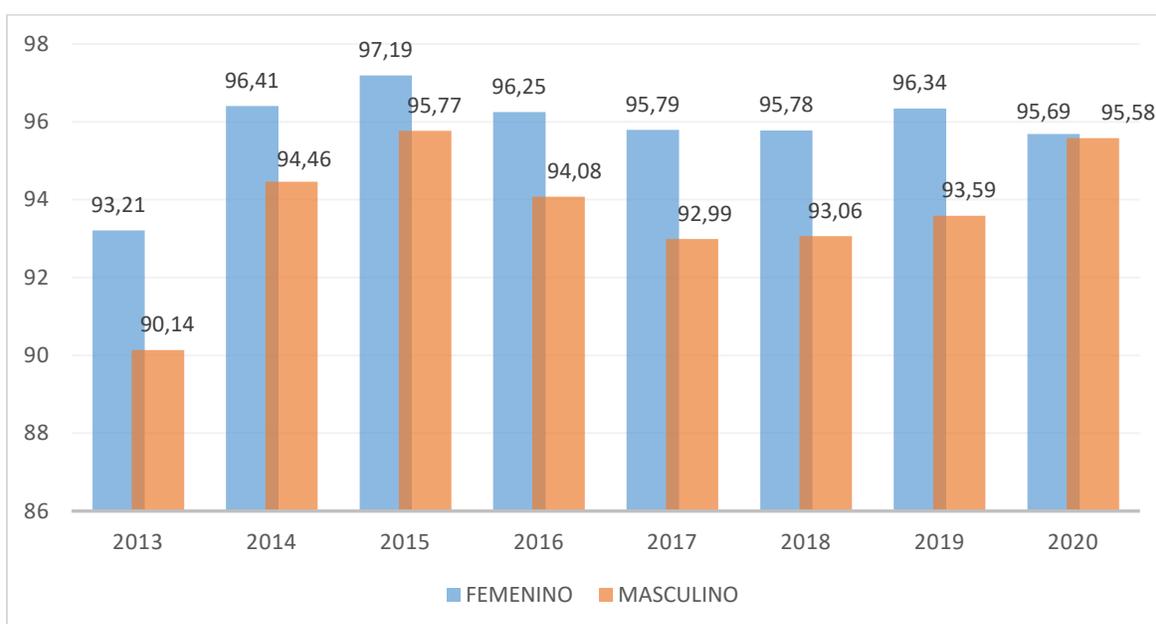
La salud
es de todos

Minsalud

Cobertura de afiliación del SGSSS

Según la información dispuesta en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), entre 2013 y 2020, la cobertura de afiliación se incrementó para las mujeres 2,48 p.p. y 5,44 p.p. para los hombres, observándose que no hay casi desigualdad por sexo para 2020, y un cierre casi total de la brecha que venía a través del tiempo (Gráfico 75).

Gráfico 75. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo, 2013 – 2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos dispuestos en Reportes ASIS 2_SISPRO_MSPS, indicadores de cobertura de afiliación por sexo. Consultado el 25 de enero de 2022.

Para diciembre de 2020 la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del SISPRO, el 97,9% de la población del país (sin contar afiliados de Fuerzas Militares y Policía Nacional) se encontraba afiliada al SGSSS.

Los departamentos de Guaviare, Risaralda, Bogotá D.C., Huila, Sucre, Bolívar, Caquetá, Archipiélago de San Andrés, Valle del Cauca, Antioquia, La Guajira, Quindío, Atlántico, Santander, Tolima, Norte De Santander, Magdalena, Meta, Guainía, Casanare, Arauca, Amazonas, Cesar, Boyacá, Córdoba, Nariño, Caldas, Putumayo y Cauca cuenta con coberturas superiores al 85%. En Chocó, Cundinamarca y Vaupés las coberturas están entre 66% y 85%. El departamento de Vichada (63,9%) registro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS (Tabla 23).



La salud
es de todos

Minsalud

Adicionalmente, a pesar de que a nivel nacional el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (47,7%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (46,2%), en Guaviare, Sucre, Meta, Caquetá, Casanare, Caldas, Boyacá, Córdoba, Arauca, Huila, Bolívar, Choco, Amazonas, Norte de Santander, Tolima, Putumayo, Vaupés más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado. En Bogotá D.C., Archipiélago de San Andrés, Antioquia, Risaralda, Valle del Cauca y La Guajira se tiene un porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras que en Caldas, Meta, Vaupés y Choco tienen menos del 15% de afiliados que pertenecen a este régimen (Tabla 23).

Tabla 23. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen, 2020

Departamento	Subsidiado	Contributivo	Excepción	Total
Guaviare	118,69%	38,17%	3,67%	160,52%
Risaralda	43,21%	58,36%	1,63%	103,20%
Bogotá D.C.	18,99%	81,76%	1,72%	102,47%
Huila	69,90%	29,77%	2,15%	101,83%
Sucre	81,91%	16,51%	2,32%	100,74%
Bolívar	68,53%	29,73%	1,88%	100,15%
Caquetá	78,33%	17,87%	2,42%	98,61%
Archipiélago de San Andrés	29,47%	67,53%	1,49%	98,49%
Valle del Cauca	41,38%	55,79%	1,29%	98,46%
Antioquia	36,36%	60,48%	1,55%	98,38%
La Guajira	45,02%	51,03%	1,75%	97,80%
Quindío	52,73%	42,74%	1,36%	96,83%
Atlántico	44,12%	48,86%	2,94%	95,93%
Santander	56,19%	37,48%	1,87%	95,54%
Tolima	66,34%	27,44%	1,65%	95,43%
Norte De Santander	67,06%	26,31%	2,03%	95,39%
Magdalena	51,93%	40,81%	1,71%	94,46%
Meta	81,60%	11,22%	1,63%	94,45%
Guainía	54,77%	37,24%	2,21%	94,22%
Casanare	75,68%	16,46%	1,94%	94,07%
Arauca	69,92%	21,59%	2,42%	93,93%
Amazonas	67,23%	24,62%	1,84%	93,68%
Cesar	52,83%	37,91%	2,37%	93,11%
Boyacá	72,30%	17,44%	2,19%	91,94%
Córdoba	70,35%	16,74%	1,91%	88,99%
Nariño	39,54%	46,96%	1,96%	88,45%
Caldas	72,52%	12,91%	2,48%	87,90%
Putumayo	65,71%	19,08%	1,75%	86,54%
Choco	68,33%	9,08%	2,21%	79,62%
Cundinamarca	27,95%	46,28%	0,94%	75,17%
Vaupés	60,33%	9,14%	2,40%	71,87%
Vichada	54,66%	8,14%	1,16%	63,96%
Total	47,70%	46,02%	4,18%	97,90%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, fecha de actualización julio 12 de 2021



La salud
es de todos

Minsalud

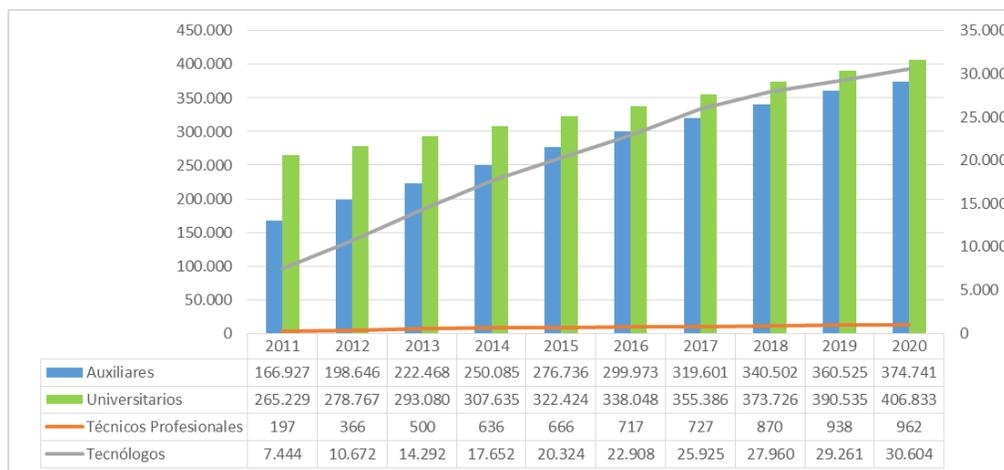
Talento humano

Número estimado de talento humano en salud

Número estimado de personas con formación en áreas de la salud, se conoce también como el número de efectivos, inventario o stock de talento humano en salud, se presenta en términos absolutos y no corresponde a puestos de trabajo o a personas empleadas⁸⁹. Para la proyección del número estimado del talento humano en salud, se usa un modelo matemático de pronóstico lineal, que utiliza como insumo las variables de graduados y convalidados como elementos de entrada y otras tres variables relacionadas con la salida, que son las defunciones en población entre 25 y 64 años de edad, la migración población entre 25 y 64 años y las jubilaciones de personas de 65 años y más⁹⁰.

De acuerdo a los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, (OTHS) de MINSALUD, en Colombia, el número estimado de profesionales de salud para 2020 fue 406.833, lo cual indica que hubo 141.604 profesionales de salud más que en 2011, cuando se estimaron 265.229. De la misma forma, otros niveles de talento humano en salud analizados por el observatorio entre 2011 y 2020 como auxiliares, técnicos profesionales y tecnólogos también mostraron una clara tendencia al aumento. En el caso de auxiliares, se pasó de contar con 166.927 en 2011 a tener 374.741 en 2020, es decir 207.814 auxiliares más entre el inicio y el fin del periodo descrito; en relación con los técnicos profesionales, se pasó de 197 a 962 entre los mismos años; y finalmente, los tecnólogos estimados en 2011 fueron 7.444 y para 2020 su número se incrementó hasta 30.604, aumentando en 23.160 personas más formadas con este perfil dentro del talento humano en salud para el periodo en cuestión (Gráfico 76).

Gráfico 76. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011 - 2020



Fuente: OTHS - Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Cálculos de la Dirección de desarrollo de Talento humano en Salud, MSPS. Abril de 2022.

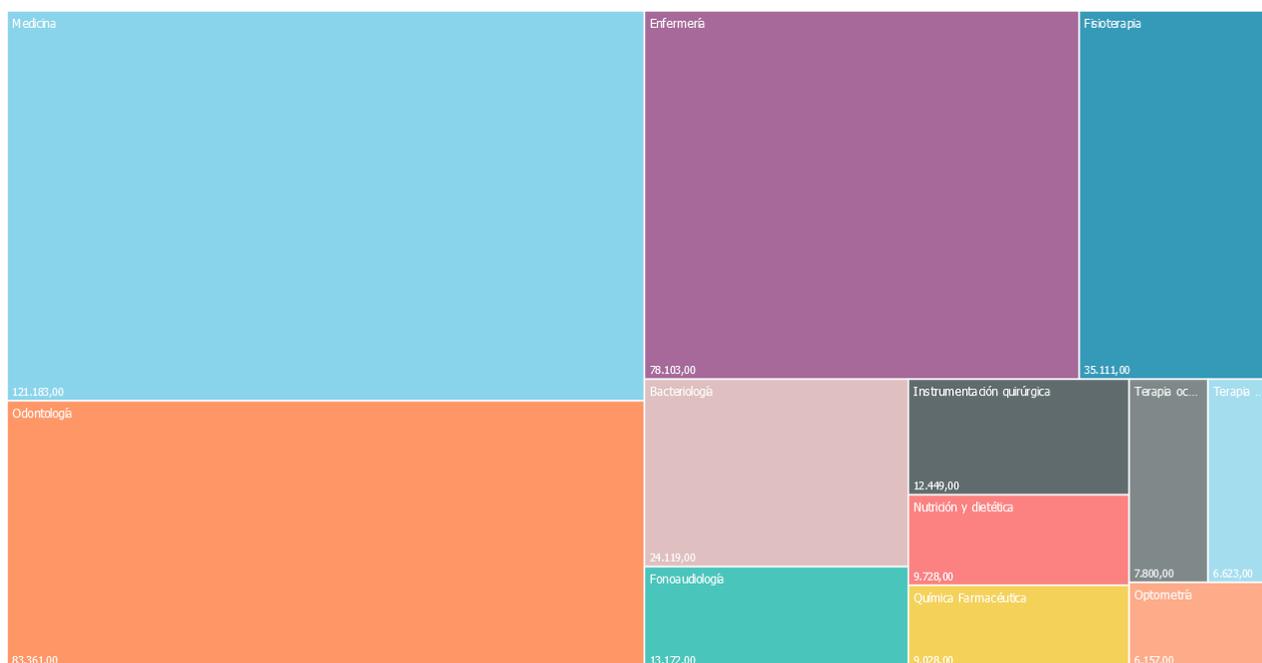


La salud
es de todos

Minsalud

Según datos del OTHS de MINSALUD, en 2020, de los profesionales de salud, que más dispone el país según el área del conocimiento corresponde a médicos (29,8%), seguidos de odontología (20,5%) y enfermería (19.2%); por su parte las demás profesiones registran valores por debajo del 10% durante el año de análisis (Gráfico 77), dentro de las que se encuentran fisioterapia (8,6%), bacteriología (5,9%), fonoaudiología (3,2%), instrumentación quirúrgica (3,1%), nutrición (2,4%), químico farmacéutico (2,2%), terapia ocupacional (1,9%), terapia respiratoria (1,6%) y optometría (1,5%).

Gráfico 77. Número estimado de talento humano en salud por perfil de formación, Colombia 2020



Fuente: OTHS – Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Cálculos de la Dirección de desarrollo de Talento humano en Salud, MSPS. Abril de 2022.

Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería (por 10.000 habitantes)

La densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería, es la relación entre el número estimado de profesionales de la salud en medicina y enfermería en un territorio, con respecto a su población. Entre 2011 y 2020, este indicador tuvo una tendencia al aumento, pasando de 27,49 a 39,57 respectivamente, así pues, durante todo el periodo observado, el comportamiento de este indicador que permite afirmar que Colombia ha venido cumpliendo con la meta regional sobre recurso humano en salud (que se refiere a médicos, enfermeras y parteras) de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes asumida en la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana y 59.a Sesión del Comité Regional de la OPS/OMS.



La salud
es de todos

Minsalud

Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes)

La densidad estimada del talento humano en salud es la relación entre el número estimado de talento humano en salud de un territorio, con respecto a su población. Entre 2011 y 2020, este indicador en Colombia describe una tendencia hacia el aumento, pasando de 59,54 a 80,76.

Para 2020, Colombia contaba con una densidad estimada de 24,06 médicos por cada 10.000 habitantes, los departamentos donde se observa una mayor densidad son Bogotá, D.C. (45,80), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (33,65), Atlántico (30,21), Valle del Cauca (27,8), Risaralda (27,41) y Antioquia (25,17); por su parte Chocó (8,64) y Vaupés (5,40) son los departamentos con menor densidad.

En este mismo año, el país contaba con una densidad de 15,51 enfermeras por cada 10.000 habitantes, con mayor densidad en los territorios de Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (30,01), Bogotá, D.C. (27,62), Risaralda (22,24), Guainía y Vichada; por su parte Caquetá, Córdoba y La Guajira registraron valores por debajo de la densidad promedio nacional para enfermería.

Se tiene una densidad estimada de 16,55 profesionales en odontología por cada 10.000 habitantes en el país en 2020; en Vichada, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bogotá, D.C. y Amazonas son los territorios donde se presenta mayor densidad de estos profesionales. Por otra parte, el mismo año Colombia contaba con 6,97 fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes; además, se registraron a nivel nacional 4,79 profesionales en bacteriología por cada 10.000 habitantes. A nivel nacional, por cada 10.000 habitantes, se disponen de 2,61 profesionales de fonoaudiología, 2,47 profesionales de instrumentación quirúrgica, 1,93 profesionales en nutrición y dietética. Las profesiones de terapia ocupacional 1,55, química farmacéutica cuentan con 1,79 y terapia respiratoria con el 1,31 por cada 10.000 habitantes (Tabla 24) (Mapa 32).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 24. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2020

Departamento	Medicina		Enfermería		Odontología		Bacteriología	
	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número
Bogotá D.C.	45,8	35.464	27,62	21.389	35,66	27.614	9,17	7.102
Archipiélago de San Andrés	33,65	214	30,01	191	50,16	319	9,81	62
Atlántico	30,21	8.224	17,99	4.897	12,25	3.334	5,36	1.459
Valle del Cauca	27,8	12.599	16,12	7.304	17,33	7.853	3,68	1.669
Risaralda	27,41	2.634	22,24	2.137	14,46	1.390	3,75	361
Guainía	26,02	132	21,34	108	29,73	151	7,49	38
Antioquia	25,17	16.807	11,78	7.869	16,47	11.000	3,63	2.426
Vichada	24,72	279	21,79	246	69,41	784	7,07	80
Huila	24,27	2.725	13,17	1.479	10,24	1.149	3,28	368
Santander	23,74	5.414	18,36	4.189	16,42	3.746	5,9	1.346
Quindío	21,9	1.216	16,77	932	19,37	1.076	3,89	216
Caldas	21,48	2.188	17,5	1.782	16,42	1.673	4,63	471
Bolívar	20,28	4.424	12,7	2.770	10,94	2.387	5,26	1.146
Amazonas	18,32	145	19,75	156	37,88	299	9,2	73
Cesar	18,21	2.360	14,99	1.942	8,02	1.039	5,38	697
Nariño	17,47	2.843	13,85	2.254	12,62	2.055	2,84	463
Boyacá	16,88	2.098	12,72	1.581	14,02	1.742	4,9	608
Tolima	15,93	2.135	11,97	1.604	12,65	1.695	3,49	467
Meta	15,65	1.665	13,49	1.435	13,05	1.388	3,59	382
Casanare	15,07	656	11,84	515	15,02	654	4,71	205
Sucre	15,01	1.425	10,74	1.020	7,62	723	4,24	403
Arauca	14,51	427	12,58	370	21,66	637	7,03	207
Guaviare	14,45	125	16,74	145	17,16	149	4,37	38
Magdalena	14,2	2.026	10,76	1.536	8,43	1.203	2,92	417
Córdoba	13,93	2.548	8,51	1.557	7,42	1.357	3,59	657
Cauca	13,46	2.008	11,46	1.709	8,31	1.239	1,99	297
Norte de Santander	12,84	2.081	10,76	1.743	9,87	1.599	5,4	875
La Guajira	12,55	1.212	8,92	862	7	676	3,68	355
Putumayo	11,88	427	10,42	374	9,36	336	3,65	131
Cundinamarca	11,52	3.736	9,21	2.986	9,03	2.929	2,55	828
Caquetá	10,98	451	8,09	332	8,23	338	2,55	104
Chocó	8,64	470	11,24	612	13,92	758	2,9	158
Vaupés	5,4	24	17,01	76	15,19	68	2,52	11
Colombia	24,06	121.182	15,51	78.102	16,55	83.360	4,79	24.120

Fuente: OTHS - Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Cálculos de la Dirección de desarrollo de Talento humano en Salud, MSPS, 2020. Abril de 2022



La salud
es de todos

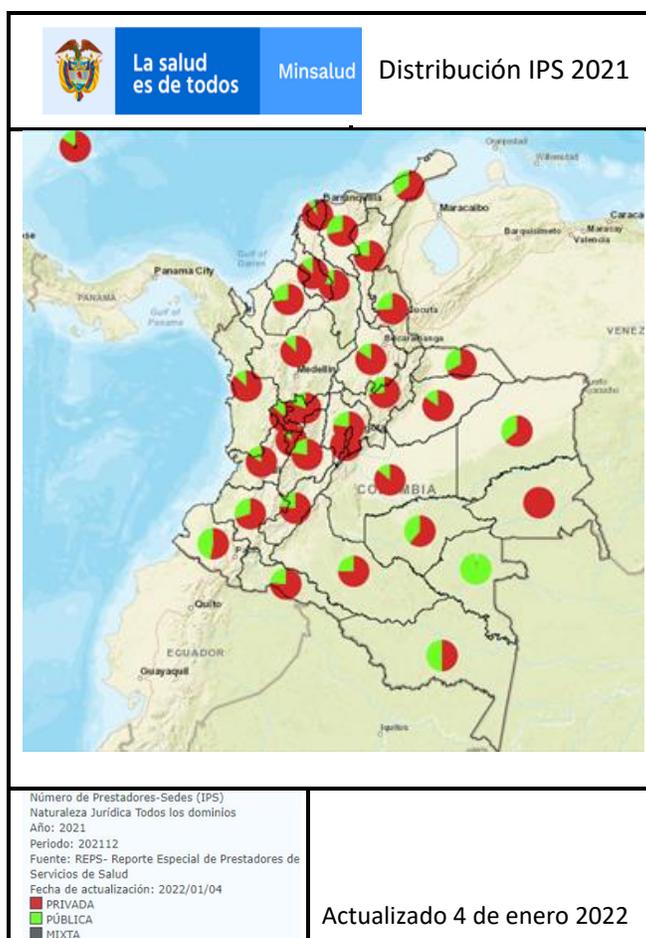
Minsalud

Infraestructura

Disponibilidad de IPS

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a diciembre de 2021, mostró 20.015 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El 18,1% (3.625) tenían carácter público, el 81,6% (16.330) privado y mixtas el 0,3% (60). Los territorios de Bogotá D.C (14,9%), Antioquia (10,7%), Valle del Cauca (9,5%), Atlántico (6,1%), Santander (5,4%), Bolívar (5,0%) y Córdoba (4,3%), fueron los que mayor proporción de IPS registraron. Arauca, Putumayo, Caquetá, Vaupés, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía y Vichada tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano (Tabla 25) (Mapa 32).

Mapa 32. Distribución de IPS 2021



Fuente: MSPS, elaboración 3 de febrero de 2022 visor geográfico SISPRO.



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 25. Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud según naturaleza jurídica por departamentos Colombia, 2021

DEPARTAMENTO	IPS PRIVADA	IPS PÚBLICA	IPS MIXTA	IPS TOTAL
BOGOTA D.C.	2.849	134	1	2.984
ANTIOQUIA	1.866	273	7	2.146
VALLE DEL CAUCA	1.575	328	1	1.904
ATLANTICO	1.104	83	41	1.228
SANTANDER	915	168	0	1.083
BOLIVAR	783	210	0	993
CORDOBA	625	229	0	854
CUNDINAMARCA	613	179	0	792
NARIÑO	407	355	3	765
MAGDALENA	492	195	0	687
CESAR	487	147	0	634
SUCRE	515	78	1	594
BOYACA	414	150	0	564
TOLIMA	417	122	1	540
NORTE DE SANTANDER	390	134	0	524
CAUCA	339	143	0	482
META	413	68	0	481
LA GUAJIRA	260	143	0	403
HUILA	282	83	0	365
RISARALDA	312	50	0	362
CALDAS	285	69	1	355
CHOCO	254	36	2	292
QUINDIO	214	31	0	245
CASANARE	173	31	1	205
ARAUCA	104	50	1	155
PUTUMAYO	92	29	0	121
CAQUETA	79	26	0	105
VAUPES	1	49	0	50
GUAVIARE	19	12	0	31
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	21	4	0	25
AMAZONAS	12	12	0	24
GUAINIA	11	0	0	11
VICHADA	7	4	0	11
COLOMBIA	16.330	3.625	60	20.015

Fuente: elaboración propia a partir del visor geográfico SISPRO - REPS, consultado febrero 3 de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social.



La salud
es de todos

Minsalud

El 50,9% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,4%), Antioquia (11,4%), Valle del Cauca (9,6%), Atlántico (6,8%) y Santander (5,6%); mientras que los territorios con mayor porcentaje de las públicas se encuentran en Nariño (9,8%), Valle del Cauca (9,0%), Antioquia (7,5%), Córdoba (6,3%), Bolívar (5,8%), Magdalena (5,4%), Cundinamarca (4,9%), Santander (4,6%), Boyacá (4,1%), Cesar (4,1%), Cauca (3,9%), La Guajira (3,9%), Bogotá D.C. (3,7%), Norte de Santander (3,7%) y (3,4%) Tolima (Tabla 25) (Mapa 32).

Disponibilidad de transporte asistencial

En Colombia, se disponen de transportes de acuerdo la modalidad en terrestres, aéreo, fluvial y marítimos, que son destinados exclusivamente al transporte de heridos o enfermos, del personal de salud y del equipo o insumos. Así mismo, se pueden clasificar según el servicio en básicas y medicalizadas. Para junio de 2022, se disponía de 6.931 ambulancias, según la modalidad el 97,9% (6.790) son ambulancias terrestres; el 0,92% (64) corresponden ambulancias aéreas; el 0,95% (66) y 0,16% (11) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente.

Para junio de 2022, los territorios que concentran el 50% de las ambulancias básicas se distribuyen en 6 entidades territoriales las cuales son: Bogotá D.C 11,9% (642), Valle del Cauca 11,6% (629), Antioquia 10,7% (576), Santander 6,6% (354), Cundinamarca 5,6% (304) y Boyacá 4,2% (225). Por su parte el transporte medicalizado concentra registró el 51,7% en Bogotá D.C. con el 15,9% (243), Antioquia 8,8% (134), Valle del Cauca 6,9% (106), Cesar 5,4% (83), Atlántico 5,0% (77), Cundinamarca 4,9% (75) y Meta 4,8% (73). En 17 de los departamentos (51,7%), la razón de ambulancias es superior al valor del país, que se encuentra en 1,34 por 10.000 habitantes; según la OMS la norma internacional es de 1 ambulancia por 25.000 habitantes, por lo cual al mirar la razón global del país cumple con la recomendación; sin embargo, departamentos como Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guainía y Amazonas presentan un marcado déficit de ambulancias con razones por debajo de 1 por 10.000 habitantes, ocupando el último lugar Amazonas con una razón de 0,12 por cada 10.000 habitantes. (Tabla 26).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 26. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, departamentos de Colombia, junio 2022

Departamento	Básica	Medicalizada	Total	Razón por cada 10.000 Hab.
Bogotá D.C	642	243	885	1,12
Valle del cauca	629	106	735	1,60
Antioquia	576	134	710	1,03
Santander	354	63	417	1,79
Cundinamarca	304	75	379	1,09
Tolima	215	59	274	2,03
Boyacá	225	34	259	2,06
Atlántico	177	77	254	0,91
Nariño	204	33	237	1,45
Bolívar	165	71	236	1,06
Cesar	152	83	235	1,75
Meta	156	73	229	2,12
Huila	175	49	224	1,96
Magdalena	151	53	204	1,39
Cauca	167	26	193	1,27
Córdoba	132	49	181	0,97
Norte de Santander	151	26	177	1,07
Caldas	152	23	175	1,69
Sucre	110	56	166	1,71
La Guajira	62	66	128	1,28
Risaralda	109	14	123	1,26
Casanare	77	26	103	2,33
Putumayo	48	45	93	2,52
Quindío	73	11	84	1,47
Caquetá	64	13	77	1,84
Chocó	49	9	58	1,05
Arauca	48	7	55	1,80
Guaviare	12	6	18	1,99
Vichada	10		10	0,86
Vaupés	3	1	4	0,82
San Andrés y Providencia	4		4	0,61
Guainía	3		3	0,58
Amazonas	1		1	0,12
Total general	5.400	1.531	6.931	1,34

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>. Fecha Consulta 15/06/2022.



La salud
es de todos

Minsalud

Disponibilidad de camas

Camas de cuidado intensivo

Según el REPS a junio de 2022, Colombia disponía de 9.313 camas de cuidado intensivo, distribuidas en 27 departamentos y en Bogotá D.C. donde se concentra el 18,2% de la capacidad instalada de camas de cuidado intensivo, el cual en conjunto con Valle del cauca, Atlántico, Antioquia y Córdoba representan el 54,2% de la disponibilidad; mientras que en departamentos como Guaviare, Vichada, Vaupés, Guainía y Amazonas no hay existencia de camas de cuidado intensivo (Tabla 27).

Tabla 27. Número camas de camas de cuidado intensivo*, Colombia, junio 2022

Departamento	*Número de Camas_Intensivo	Población DANE 2022	Razón por cada 10.000 Hab.
Bogotá D.C	1695	7.901.653	2,15
Valle del cauca	1051	4.589.278	2,29
Atlántico	915	2.804.025	3,26
Antioquia	815	6.887.306	1,18
Córdoba	571	1.856.496	3,08
Santander	538	2.324.090	2,31
Bolívar	445	2.236.603	1,99
Cesar	429	1.341.697	3,20
Cundinamarca	298	3.478.323	0,86
Tolima	255	1.346.935	1,89
Huila	239	1.140.932	2,09
Norte de Santander	233	1.651.278	1,41
Sucre	224	972.350	2,30
Magdalena	217	1.463.427	1,48
Nariño	195	1.629.181	1,20
Caldas	175	1.036.455	1,69
La Guajira	163	1.002.394	1,63
Risaralda	157	977.829	1,61
Cauca	157	1.516.018	1,04
Meta	140	1.080.706	1,30
Boyacá	111	1.259.601	0,88
Quindío	89	569.569	1,56
Casanare	56	442.068	1,27
Caquetá	51	419.275	1,22
Putumayo	39	369.064	1,06
San Andrés y Providencia	24	65.228	3,68
Chocó	22	553.519	0,40
Arauca	9	304.978	0,30
Guaviare	0	90.357	0
Vichada	0	115.778	0
Vaupés	0	48.932	0
Guainía	0	52.061	0
Amazonas	0	82.068	0
Total general	9.313	51.609.474	1,80

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>. Fecha Consulta 15/06/2022.

* Número de Camas Intensivo incluye: Intensiva Adultos, Incubadora Intensiva Neonatal, Cuidado Intensivo Adulto, Intensiva Pediátrica, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuna Intensiva Neonatal, Cuna Intensiva Pediátrica, Intensiva Quemado Adulto, Intensiva Quemado pediátrica



La salud
es de todos

Minsalud

Camas de cuidado intermedio

Según el REPS a junio de 2022, Colombia disponía de 5.255 camas de cuidado intermedio, distribuidas en 30 departamentos y en Bogotá D.C. donde se concentra el 17,9% de la capacidad instalada de camas de cuidado intermedio, en conjunto con Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Córdoba representan el 54,4% de la disponibilidad; mientras que en los departamentos Vaupés y Guainía así como para camas de cuidado intensivo tampoco hay existencia de camas de cuidado intermedio (Tabla 28).

Tabla 28. Distribución de camas de cuidado intermedio, Colombia, junio 2022†

Departamento	*Número de Camas_Intermedio	Población DANE 2022	Razón por cada 10.000 Hab.
Bogotá D.C	941	7.901.653	1,19
Antioquia	552	6.887.306	0,80
Atlántico	545	2.804.025	1,94
Valle del cauca	482	4.589.278	1,05
Córdoba	338	1.856.496	1,82
Bolívar	318	2.236.603	1,42
Cesar	218	1.341.697	1,62
Santander	189	2.324.090	0,81
Cauca	158	1.516.018	1,04
Tolima	148	1.346.935	1,10
Cundinamarca	148	3.478.323	0,43
La Guajira	138	1.002.394	1,38
Magdalena	131	1.463.427	0,90
Nariño	124	1.629.181	0,76
Norte de Santander	107	1.651.278	0,65
Huila	105	1.140.932	0,92
Sucre	102	972.350	1,05
Caldas	99	1.036.455	0,96
Meta	93	1.080.706	0,86
Risaralda	83	977.829	0,85
Boyacá	56	1.259.601	0,44
Casanare	32	442.068	0,72
Amazonas	27	82.068	3,29
Quindío	27	569.569	0,47
Chocó	23	553.519	0,42
Arauca	21	304.978	0,69
Caquetá	19	419.275	0,45
Putumayo	13	369.064	0,35
Guaviare	10	90.357	1,11
San Andrés y Providencia	6	65.228	0,92
Vichada	2	115.778	0,17
Vaupés	0	48.932	0,00
Guainía	0	52.061	0,00
Total general	5.255	51.609.474	1,02

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>. Fecha Consulta 15/06/2022.

† Número de Camas_Intermedio incluye: Cuidado Intermedio Adulto, Cuidado Intermedio Mental, Cuidado Intermedio Neonatal, Cuidado Intermedio Pediátrico, Cuna Intermedia Neonatal, Cuna Intermedia Pediátrica, Incubadora Intermedia Neonatal, Intermedia Adultos, Intermedia Pediátrica



La salud
es de todos

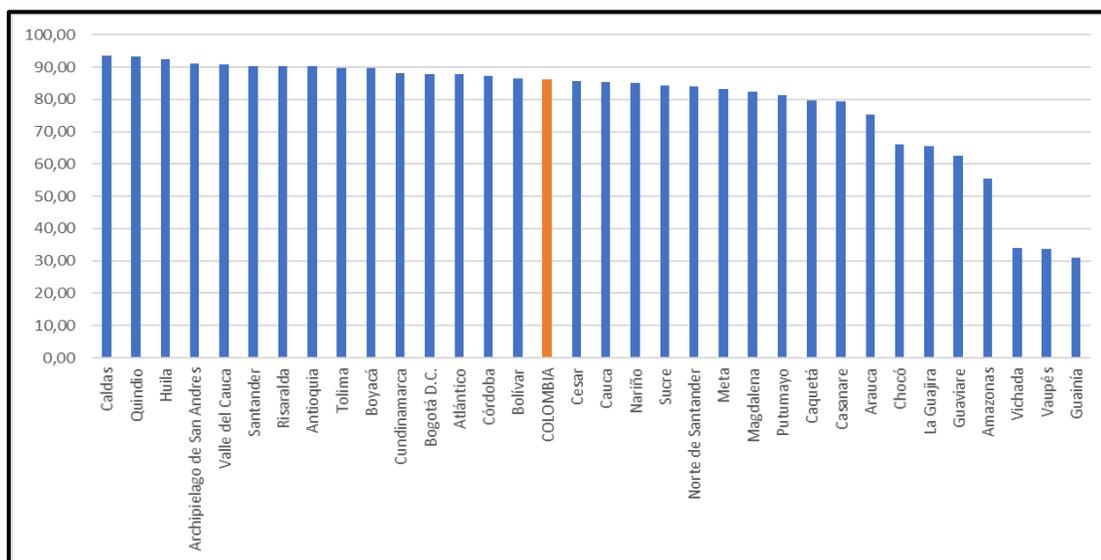
Minsalud

Acceso a servicios básicos de salud

De acuerdo la OMS, “la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud”⁹¹. De acuerdo con el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, en 2017 el 87,1% de las mujeres asistieron al menos cuatro veces a los controles prenatales en la Región de las Américas. Esta cifra en América Latina fue del 85,1%. Algunos países que registraron valores por encima del promedio en Latinoamérica fueron Uruguay (96,7% - con dato 2018), Brasil (91,7%), Perú (89,5% - con dato 2018) y Colombia (87,7%) registraron valores por encima de la región; sin embargo, otros países como Bolivia (85,2%) y la República Bolivariana de Venezuela (83,8%) muestran valores por debajo de este promedio⁸⁰.

En Colombia, según la ENDS 2015 el 92,9% de las mujeres entre 13 y 49 años recibieron atención prenatal de un profesional médico. De acuerdo con los registros de estadísticas vitales, para 2017 el 87,7% de los nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles prenatales. En la mayoría de los departamentos este indicador se encuentra por encima del 80%. Entre tanto, en los territorios de Chocó (68,4%), Guaviare (65,8%), Amazonas (56,3%), Vichada (48,4%), Vaupés (37,9%) y Guainía (33,4%) se registran por debajo del 70% siendo los porcentajes significativamente más bajos que el nacional, con un nivel de confianza del 95% (Gráfico 78).

Gráfico 78. Porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores MSPS. Consultado 25 de noviembre de 2020



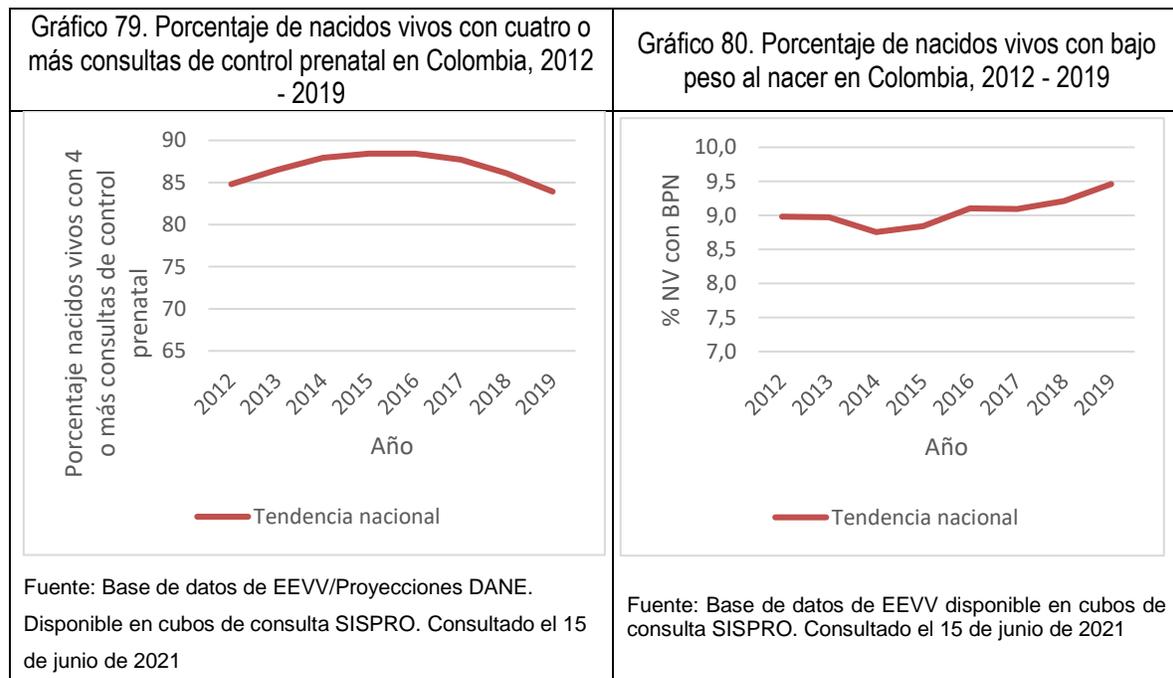
La salud
es de todos

Minsalud

Control prenatal – Bajo peso al nacer

La proporción de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal, muestra un incremento pasando de 85% en 2012 a 88% en 2015 y 2016, para luego descender hasta llegar en 2019 a estar por debajo del valor inicial (Gráfico 79).

A nivel nacional, entre 2012 y 2019 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre 9% y 9,2%, siendo 2014 el periodo en el cual se obtuvo el valor más bajo, aumentando de manera progresiva hasta 2019 donde se observa el valor más alto (Gráfico 80).



Como se observa en el mapa 33, la mayoría de los departamentos ubicados en la periferia del país tuvieron el menor porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales con relación al país, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los departamentos de: La Guajira, Vichada, Guainía, Vaupés y Amazonas.

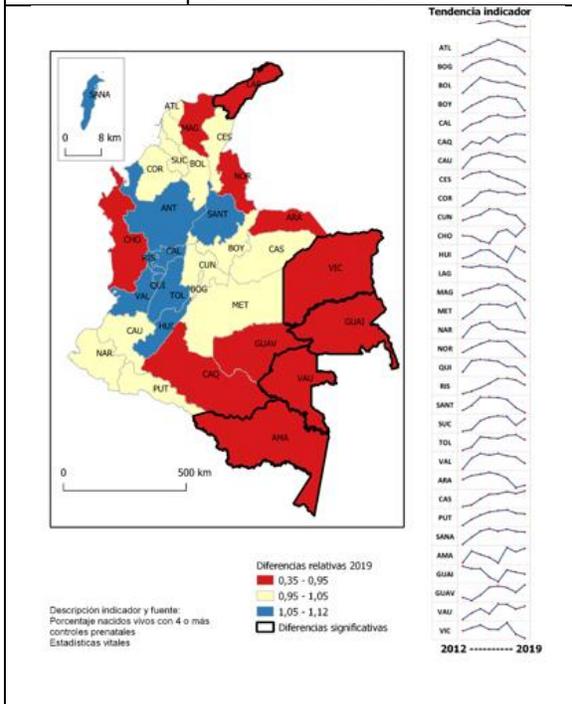
Cundinamarca y Bogotá fueron las entidades territoriales con el mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, con diferencias estadísticamente significativas, en comparación al País (Mapa 34).



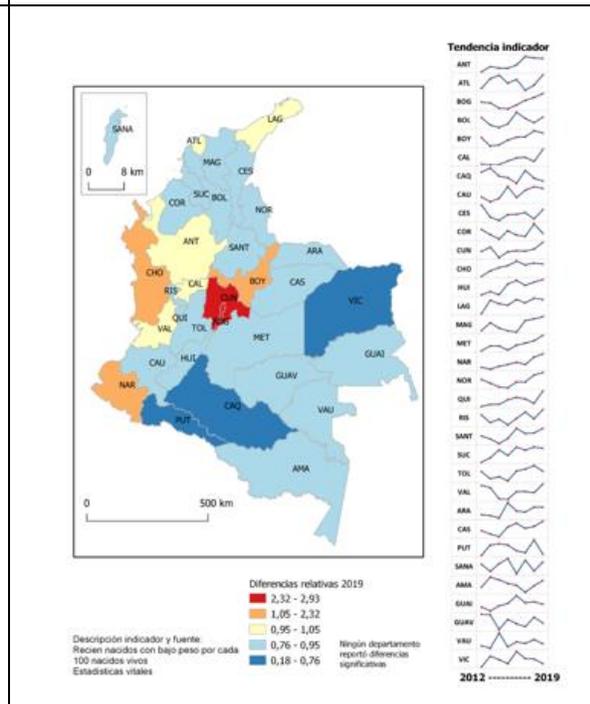
La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 33. Diferencias relativas de proporción de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019



Mapa 34. Diferencias relativas de la proporción de bajo peso al nacer, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019



Fuente: elaboración propia de los autores

En la gráfico 81, se evidencia un gradiente en el cual los quintiles más altos tienen una mayor ventaja con relación a la proporción de controles prenatales en los recién nacidos. Además, se observan amplias brechas con relación al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, siendo mucho más marcado a los extremos de la gradiente, especialmente según el producto interno bruto per cápita (Gráfico 82).



La salud es de todos

Minsalud

Gráfico 81. Desigualdades según la proporción de NV con cuatro o más consultas de CPN por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

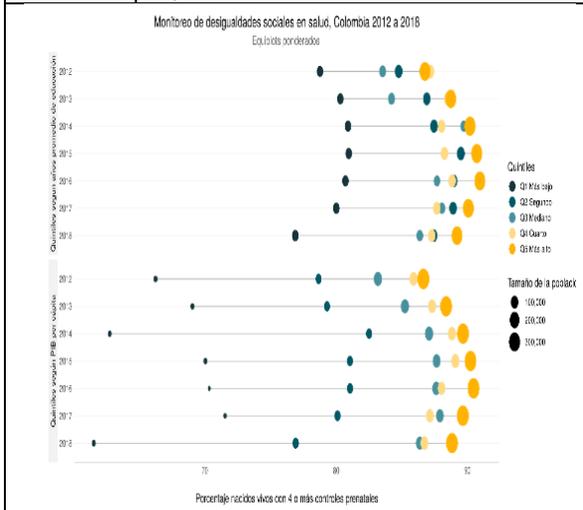
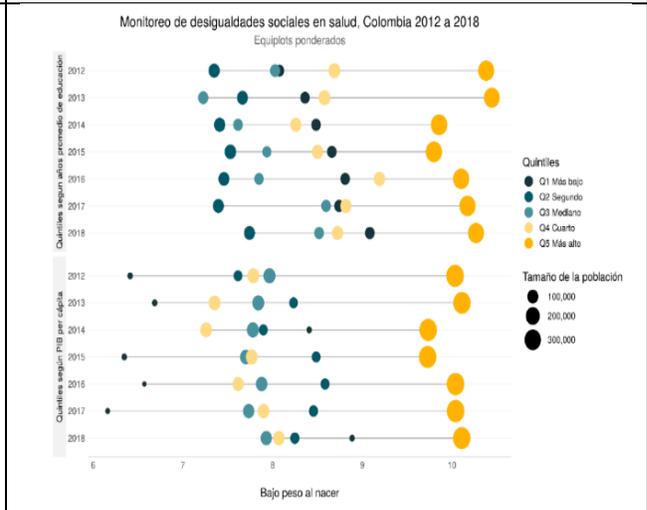
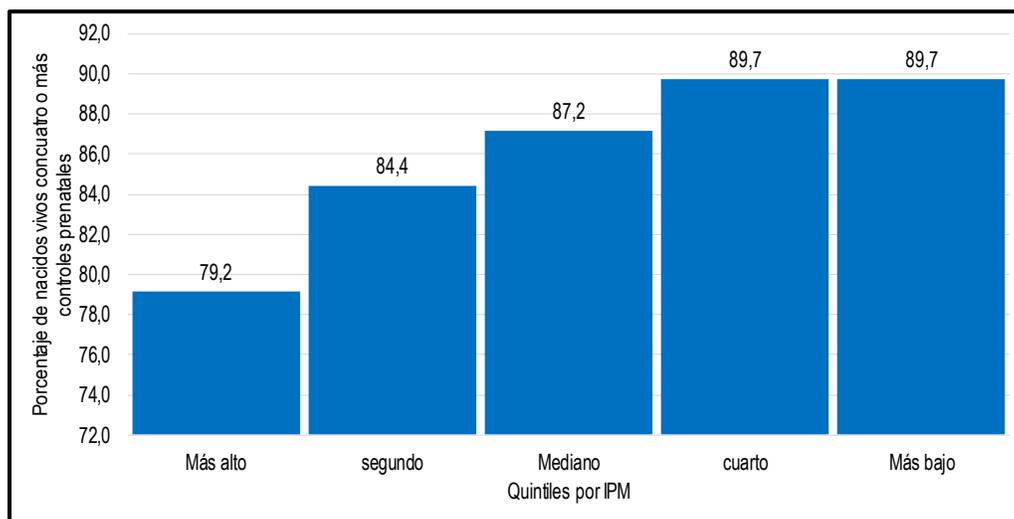


Gráfico 82. Desigualdades según la proporción de NV con BPN por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Según quintil de IPM, se observa que los departamentos en mayor desventaja económica experimentan 11 puntos porcentuales menos de cobertura de control prenatal que los departamentos más aventajados económicamente (Gráfico 83).

Gráfico 83. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.

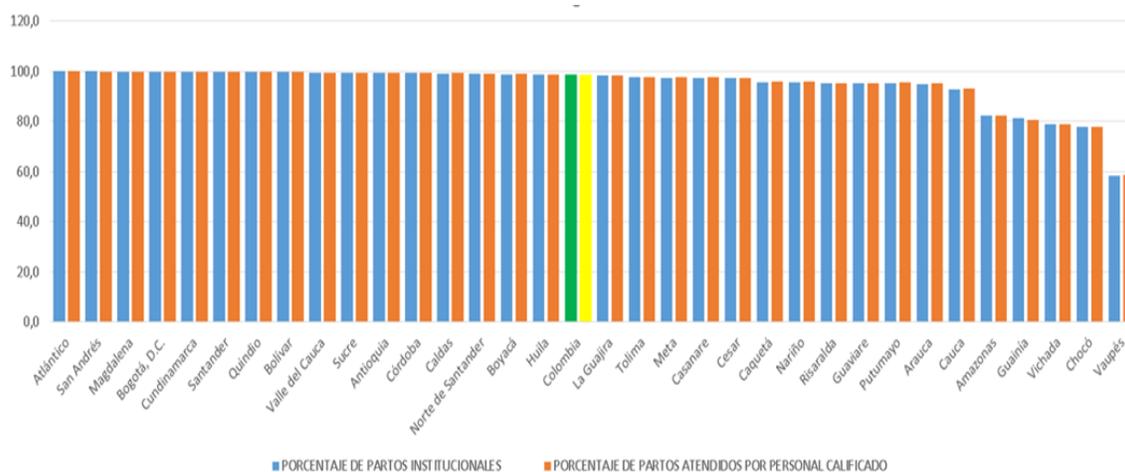


La salud
es de todos

Minsalud

En 2014 en el mundo el 80,1% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado⁹². Durante el periodo 2005 a 2018 los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado en más del 96,6% de los casos, con una tendencia creciente al pasar de 96,6% (2005) a 98,4% (2018) respectivamente. De acuerdo con la ENDS 2015 el 95,9% de los partos fue atendido por personal calificado. Consecuentemente según estadísticas vitales para 2018 el 98,3% de los partos fueron atendidos institucionalmente, aumentando en 1,7 puntos porcentuales con respecto al 2005. Los departamentos tuvieron porcentajes de atención por debajo del 90% fueron Amazonas (82,3%), Guainía (81,3%), Vichada (78,9%), Chocó (77,7%) y Vichada (58,4%). Este comportamiento departamental es similar para los dos indicadores. (Gráfico 84)

Gráfico 84. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.

La atención del parto por personal calificado fue más alta en el área urbana (99,6%) en relación con el área rural dispersa (92,8%), es decir 6,8 puntos porcentuales más en la zona urbana para 2018.

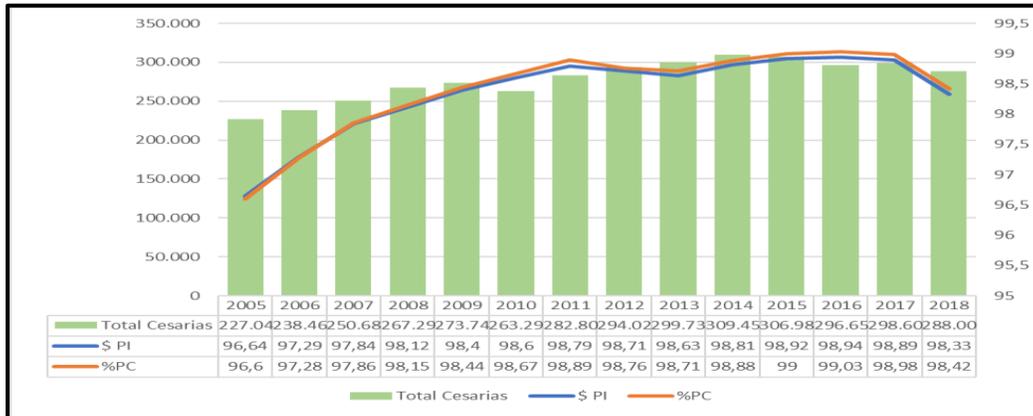
En Colombia, el porcentaje de partos por cesárea se ha incrementado en 13 p.p. entre 2005 y 2018, y los partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos. Para 2018 el 44,4% de los nacimientos se atendieron quirúrgicamente, evidenciando una seria problemática en salud pública que, teniendo en cuenta los altos costos que genera la injustificada intervención quirúrgica al sistema sanitario, el detrimento del acceso equitativo a la atención materna y neonatal, y la generación de consecuencias importantes para las personas y el bien común⁹³ (Gráfico 85).



La salud es de todos

Minsalud

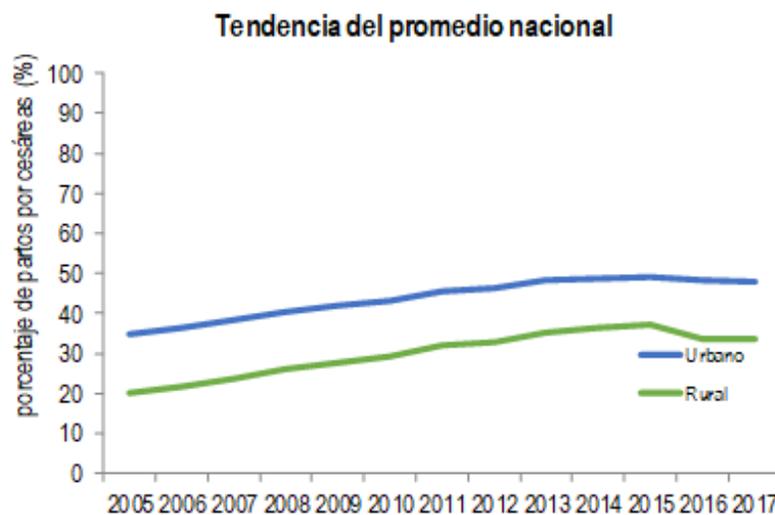
Gráfico 85. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005 - 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores del MSPSP. Consultado el 25 noviembre de 2020

En 2018 el parto por cesárea fue de 47,0% en la zona urbana y 32,4% en el área rural dispersa, mostrando un aumento de 12,4 p.p y 13,5 p.p respectivamente entre 2005 y 2018. En el mismo periodo, el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia paso de 31,5% a 44,4%. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015 para luego incrementar la desigualdad a favor del área urbana (Gráfico 86).

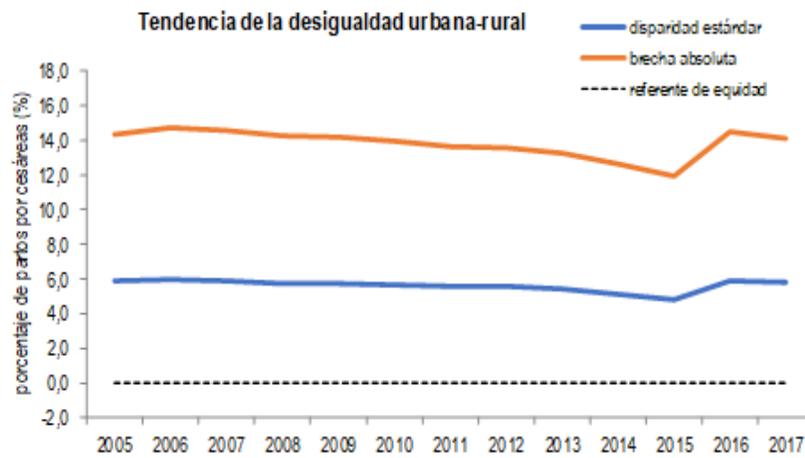
Gráfico 86. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017





La salud es de todos

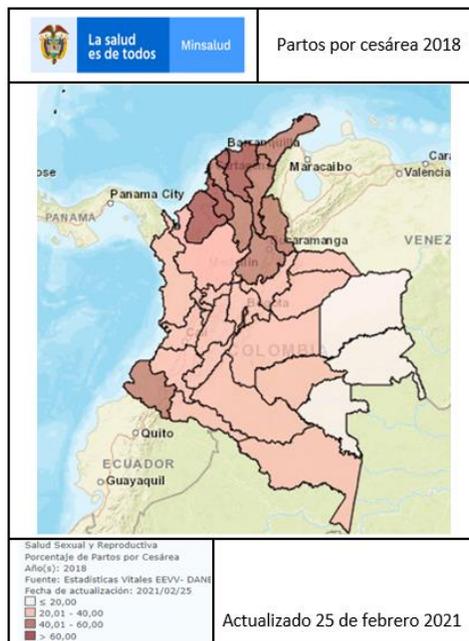
Minsalud



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 2 de mayo de 2019.

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea por departamentos, así pues, se observa que en el Archipiélago de San Andrés (73,0%), Sucre (70,5%), Atlántico (67,6%), Córdoba (66,8%), Magdalena (65,4%), Cesar (58,6%), Bolívar (58,4%), Norte de Santander (53,4%), Santander (52,2%) y Nariño (50,9%) el porcentaje de cesáreas es mayor que en el resto del país superando el 50% de los partos atendidos por cesárea (Mapa 35).

Mapa 35. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 3 de febrero de 2022 visor geográfico SISPRO.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 4. Situación epidemiológica



La salud
es de todos

Minsalud

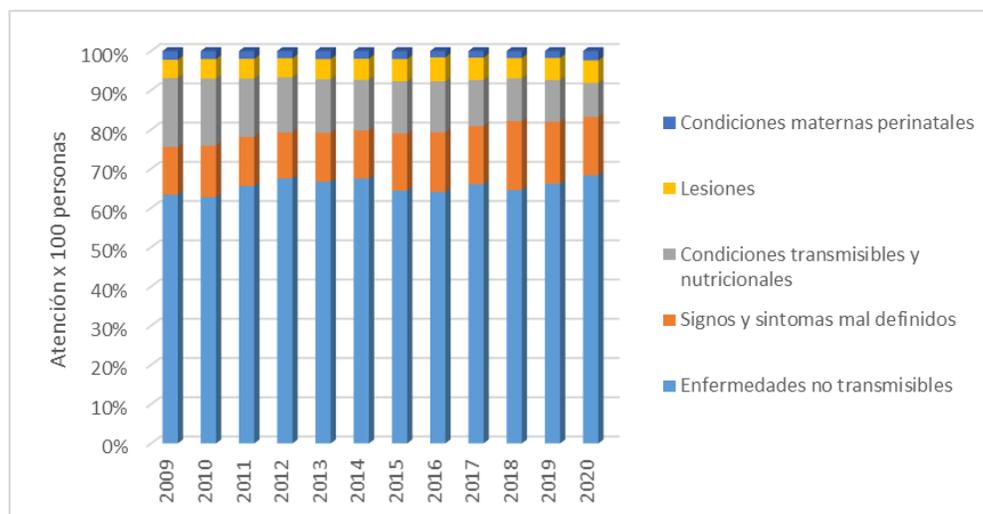
Morbilidad

Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2020 se prestaron 1.137.565.044 atenciones, en promedio una persona recibió 18,9 atenciones. Durante el periodo analizado anualmente en promedio se prestaron 227.513.009 atenciones anuales. El mínimo de atenciones se registró en 2010 (56.934.175) y el máximo de atenciones se ha reportado hasta el momento en 2019 (146.055.382). El 58,3% de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 36,9% en el régimen subsidiado y el 4,9% de las atenciones se registró en población de régimen excepción/especial, medicina prepagada, no definido y población pobre no asegurada.

Las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta enfermedades no transmisibles y aportan el 65,9% de las atenciones realizadas, con una razón de 14 atenciones por persona, le siguen los signos y síntomas mal definidos que demandaron el 14,3% de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales el 12,4% de las atenciones y responden a una razón de 4 atenciones por persona. Las lesiones demandaron el 5,4% de las atenciones para una razón de 3 atenciones por persona; las condiciones maternas y perinatales causaron el 1,9% de las atenciones con una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas muestran una tendencia creciente. (Gráfico 87)

Gráfico 87. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS

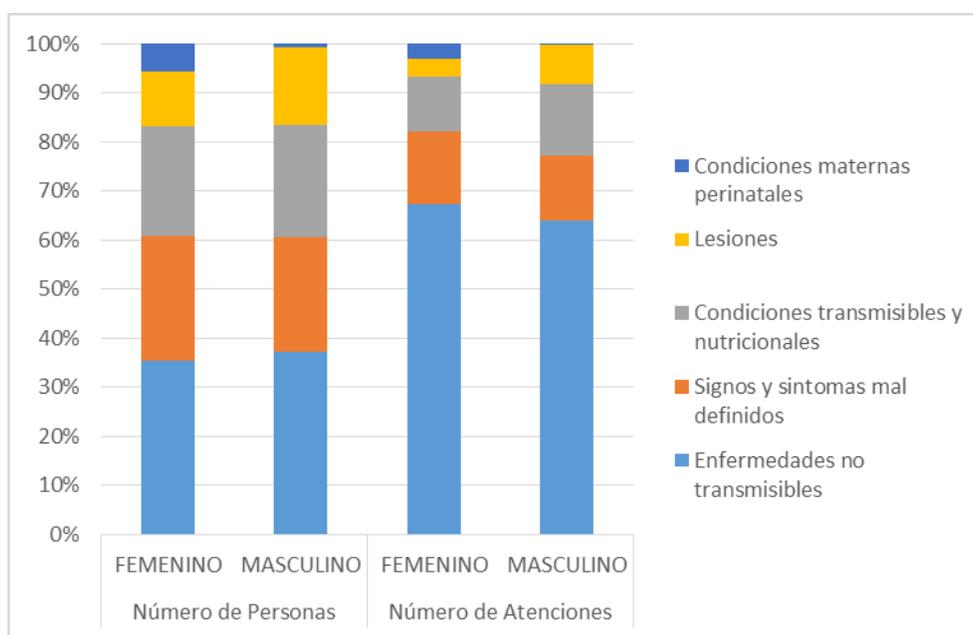


La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2009 y 2020, la proporción según sexo es de un 61,1% en las mujeres y un 38,8% en los hombres, para una razón de mujer: hombre de 1,6. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 41,2% del total de las atenciones prestadas, seguidas por los signos y síntomas mal definidos con el 9,1% de las atenciones. Con un comportamiento similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 24,8% y a diferencia de las mujeres el segundo lugar lo aportaron las atenciones por condiciones transmisibles y nutricionales con 5,6%. (Gráfico 88)

Gráfico 88. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS

El acumulado de las atenciones en los servicios de salud entre 2009 y 2020 muestra que el 92,7% de las atenciones fueron en consulta con media anual de 87.859.606 atenciones. El 5,3% en urgencias; y el 2,0% en hospitalización.

La tendencia anual durante el periodo 2009 a 2020 muestra fluctuaciones especialmente en relación a las atenciones realizadas por consulta externa y hospitalización, se observa más estable en el caso de urgencias; sin embargo se evidencia para el año 2019 un aumento en las atenciones para todos los servicios; lo anterior se puede asociar a la emergencia sanitaria por la COVID-19. En cuanto a las hospitalizaciones, se observa un pico alto por las enfermedades no transmisibles que son la causa más frecuente de hospitalización para ese

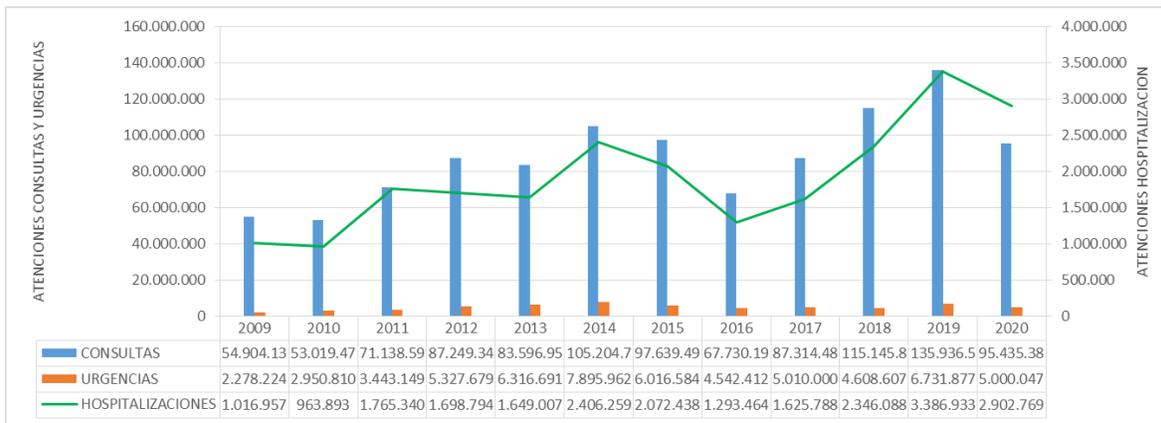


La salud
es de todos

Minsalud

año y presentan un comportamiento similar en los demás años, sin embargo, el número más alto de atenciones en este servicio se presenta en el año 2019 con 3.386.933. En consulta externa, se observa también que en el año 2019 es en el cual se ha reportado el mayor número de atenciones con 135.936.572 y el motivo principal de consulta también corresponde a las enfermedades no trasmisibles que para 2019 corresponde al 93,1% del total de atenciones reportadas en ese año. Para el servicio de urgencias el único pico se presenta en el 2014 con 7.895.962 atenciones sin embargo el año 2019 presenta también un aumento importante en relación con los años anteriores con 6.731.877 atenciones, con respecto al motivo de atención siguen siendo las enfermedades no transmisibles las que ocupan el primer lugar de consulta en este servicio. (Gráfico 89)

Gráfico 89. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención, 2009-2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS

Morbilidad atendida por ciclo vital

Primera infancia (0 a 5 años)

Entre 2009 y 2020 se atendieron a 102.623.380 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 8.551.948, el mínimo de atenciones se registró en 2016 (6.506.034) y máximo en 2019 (12.853.420).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2020 la primera causa de consulta en este grupo de edad son las condiciones transmisibles y nutricionales con un 38,6% (39.644.948) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,7% (37.648.447) de las atenciones, estas últimas presentan un aumento en la demanda de atención en el año 2019. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 29)



La salud
es de todos

Minsalud

Infancia (6 a 11 años)

Entre 2009 y 2020 se atendieron a 64.700.485 niños y niñas en este grupo de edad, con una media anual 5.391.707, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (3.432.177) y máximo en 2019 (7.936.056).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,3% (35.145.686) de la demanda, luego se encuentran, las condiciones transmisibles y nutricionales con 21,8% (14.098.342) de las atenciones, sin presentar diferencias importantes según sexo. (Tabla 29)

Adolescencia (12 a 17 años)

En el periodo de observación 2009 - 2020 se atendieron a 110.705.089 adolescentes y una media anual 9.225.424, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (5.817.761) y máximo en 2019 (13.867.054).

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de atención durante el periodo, generando el 57,9% (64.139.656) de la demanda. En segundo lugar se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 18,4% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales con el 13,5% (14.947.313) de las atenciones. Por sexo hubo mayor número de atenciones en mujeres que en hombres. (Tabla 29)

Juventud (18 a 28 años)

Entre 2009 y 2020 se atendieron a 173.910.560 jóvenes, con una media anual 14.492.547, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (9.432.214) y máximo en 2019 (21.860.661).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 55,76% (96.981.042) de la demanda. En segundo lugar se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 17% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 13,6% (23.674.185) de las atenciones, por sexo el número de atenciones en mujeres duplica el número de atenciones que en hombres. (Tabla 29)

Adulthood (29 a 59 años)

Entre 2009 y 2020 se atendieron a 457.063.594 adultos entre 29 y 59 años de edad, con una media anual de 38.088.633, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (22.677.472) y máximo en 2019 (57.964.432).



La salud
es de todos

Minsalud

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con el 70,8% (323.777.586) de la demanda. En segundo lugar se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 13,1% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales que aportaron el 9,4% (43.124.370) de las atenciones. Por sexo hubo mayor número de atenciones en mujeres que en hombres. (Tabla 29)

Persona mayor (mayor de 60 años)

Entre 2009 y 2020 se atendieron a 267.094.105 adultos mayores, con una media anual 22.257.842, el mínimo de atenciones se registró en 2009 (9.274.509) y máximo en 2019 (39663478).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención, generando el 81,2% (216.951.676) de la demanda, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5% (13.262.348) de las atenciones. (Tabla 29)

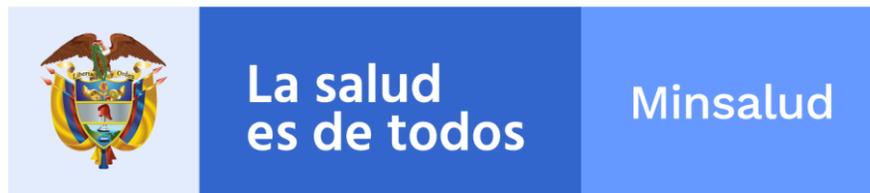


Tabla 29. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2020

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										Mujeres										Total																		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones perinatales	2,31	2,30	2,88	2,44	2,32	2,42	2,91	1,74	1,77	1,81	2,26	4,81	2,55	2,44	2,46	2,87	2,45	2,34	2,42	3,05	1,90	1,75	1,83	3,02	5,00	1,98	2,37	2,37	2,87	2,44	2,33	2,42	2,98	1,82	1,76	1,82	2,62	4,90	2,27
	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,36	44,91	45,43	44,63	41,77	39,20	37,84	38,84	37,72	35,16	33,39	24,46	-8,93	45,79	44,17	45,08	44,30	41,67	38,06	37,67	38,58	37,42	34,86	32,38	23,79	-8,58	46,09	44,56	45,26	44,47	41,72	39,14	37,76	38,71	37,58	35,01	32,90	24,14	-8,76
	Enfermedades no transmisibles	33,18	32,75	30,99	33,48	38,07	38,34	37,11	36,83	37,67	37,41	39,02	43,08	4,05	34,09	33,69	31,70	34,17	36,46	38,82	37,41	38,97	37,85	37,51	39,26	43,94	4,68	33,61	33,19	31,32	33,80	36,26	38,56	37,25	38,90	37,76	37,46	39,13	43,49	4,35
	Lesiones	4,41	4,51	4,77	4,70	4,83	4,81	5,00	5,07	5,30	4,74	5,66	7,65	1,99	3,65	3,72	3,97	3,91	4,06	4,02	4,13	4,29	4,57	4,19	4,84	6,58	1,74	4,05	4,14	4,40	4,33	4,47	4,44	4,59	4,70	4,96	4,48	5,27	7,14	1,87
	Condiciones mal clasificadas	13,74	15,53	15,93	14,76	15,00	15,22	17,14	18,53	17,54	20,88	19,67	20,01	0,34	14,03	15,96	16,38	15,17	15,46	15,67	17,74	19,26	18,41	21,62	20,51	20,70	0,19	13,88	15,73	16,14	14,95	15,22	15,44	17,42	18,87	17,95	21,23	20,07	20,33	0,27
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas	0,07	0,13	0,05	0,05	0,06	0,11	0,26	0,05	0,01	0,02	0,06	0,05	-0,01	0,20	0,19	0,10	0,07	0,11	0,13	0,30	0,11	0,03	0,08	0,12	0,16	0,04	0,14	0,16	0,08	0,06	0,08	0,12	0,28	0,08	0,02	0,05	0,09	0,10	0,01
	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,82	28,80	24,80	23,95	22,63	21,12	21,54	21,03	19,66	17,81	17,41	14,06	-3,35	30,81	29,82	26,01	25,06	23,57	22,03	22,15	20,55	18,66	18,24	14,86	-3,38	30,31	29,30	25,39	24,49	23,09	21,57	21,91	21,57	20,09	18,22	17,81	14,44	-3,36	
	Enfermedades no transmisibles	49,59	48,17	53,31	55,65	55,09	56,82	54,02	53,20	54,81	53,86	55,81	57,64	1,83	50,00	48,90	53,57	55,71	55,47	57,26	54,27	52,92	54,09	53,22	55,02	56,74	1,72	49,70	48,53	53,44	55,63	55,27	57,03	54,14	53,07	54,31	53,55	55,43	57,21	1,78
	Lesiones	6,86	7,35	7,33	6,68	7,12	7,07	7,28	8,04	7,81	6,89	7,40	9,25	1,85	4,41	4,74	4,75	4,39	4,73	4,73	5,03	5,72	5,74	5,11	5,63	7,11	1,47	5,64	6,07	6,07	5,56	5,95	5,93	6,18	6,81	6,03	6,55	8,22	1,67	
	Condiciones mal clasificadas	13,86	15,55	14,50	13,76	15,10	14,87	16,90	17,68	18,02	21,42	19,33	19,01	-0,32	14,58	16,35	15,58	14,76	16,13	15,84	18,11	19,10	19,58	22,93	20,99	21,13	0,14	14,21	15,94	15,03	14,25	15,60	15,35	17,49	18,37	18,78	22,15	20,13	20,02	-0,10
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones maternas	0,11	0,12	0,05	0,05	0,05	0,07	0,11	0,04	0,04	0,06	0,08	0,09	0,01	5,11	4,73	4,83	5,06	5,40	5,37	4,82	4,37	4,64	5,15	4,44	6,23	1,79	3,03	2,77	2,81	2,94	3,18	3,14	2,83	2,54	2,69	2,99	2,57	3,63	1,07
	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,03	20,59	16,94	16,54	15,74	14,78	14,51	14,60	13,78	12,10	11,94	10,52	-1,42	18,39	17,45	14,79	14,12	13,28	12,56	12,51	12,53	11,47	10,12	10,06	8,70	-1,38	19,91	18,78	15,70	15,14	14,30	13,50	13,36	13,40	12,45	10,96	10,87	9,47	-1,40
	Enfermedades no transmisibles	53,72	53,36	57,72	59,52	58,59	59,00	57,37	55,47	57,30	57,40	59,84	61,20	1,35	56,63	56,56	59,38	61,06	59,11	59,59	57,86	55,54	57,10	55,33	58,17	57,81	-0,36	55,42	55,20	58,68	60,41	58,89	59,34	57,48	55,51	57,19	56,21	58,89	59,24	0,36
	Lesiones	9,84	10,44	10,84	10,18	10,88	11,11	11,53	12,27	11,78	9,94	9,97	10,53	0,56	3,87	4,28	4,25	4,02	4,36	4,48	4,82	5,29	5,31	4,74	5,07	5,22	0,16	6,35	6,90	7,05	6,62	7,06	7,27	7,65	8,24	8,06	6,94	7,17	7,47	0,30
	Condiciones mal clasificadas	14,30	15,49	14,45	13,71	14,74	15,04	16,48	17,63	17,10	20,50	18,17	17,67	-0,50	16,00	16,99	16,74	15,74	17,85	18,00	20,28	22,26	21,47	24,66	22,27	22,03	-0,24	15,29	16,35	15,77	14,89	16,56	16,75	18,67	20,30	19,62	22,90	20,51	20,19	-0,32
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones maternas	0,09	0,09	0,05	0,04	0,05	0,04	0,07	0,02	0,02	0,03	0,06	0,05	-0,01	9,72	9,31	9,83	9,20	9,93	9,73	9,23	8,14	8,75	9,10	8,97	12,23	3,26	6,79	6,40	6,62	6,21	6,77	6,47	6,19	5,38	5,80	6,03	5,87	7,99	2,12
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,58	20,03	17,53	16,80	16,95	15,95	16,27	17,38	16,46	15,82	14,92	14,59	-0,33	15,00	15,24	13,72	12,90	12,55	12,20	12,49	13,16	11,78	10,92	10,41	8,85	-1,56	16,70	16,75	14,97	14,18	13,96	13,46	13,74	14,59	13,36	12,58	11,98	10,85	-1,13
	Enfermedades no transmisibles	55,07	54,39	56,43	58,68	57,76	58,02	54,78	52,13	54,28	54,68	56,02	55,37	-0,66	57,43	56,44	57,17	59,93	56,94	58,16	55,19	53,55	54,92	52,87	54,79	52,79	-2,01	56,71	55,79	56,93	59,63	57,20	58,11	55,05	53,07	54,70	53,48	55,22	53,68	-1,54
	Lesiones	11,54	12,21	13,03	12,43	12,95	13,95	15,42	16,34	15,37	13,51	13,59	14,31	0,72	3,20	3,34	3,39	3,42	3,78	4,00	4,41	4,65	4,48	4,05	4,30	4,28	-0,01	5,74	6,14	6,56	6,37	6,72	7,35	8,06	8,62	8,16	7,25	7,53	7,77	0,24
	Condiciones mal clasificadas	12,72	13,29	12,96	12,04	12,29	12,03	13,46	14,13	13,86	15,96	15,40	15,68	0,28	14,65	15,68	15,88	14,54	16,79	15,91	18,69	20,50	20,07	23,06	21,53	21,85	0,32	14,06	14,92	14,92	13,72	15,35	14,60	16,95	18,33	17,97	20,66	19,40	19,70	0,30
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones maternas	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	2,27	2,10	2,11	1,82	2,01	1,99	2,09	1,70	1,82	1,85	1,86	2,42	0,56	1,52	1,40	1,40	1,20	1,33	1,30	1,37	1,12	1,19	1,21	1,20	1,53	0,32
	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,96	13,05	11,22	10,75	11,11	10,85	11,46	11,60	10,90	10,41	10,20	10,65	0,45	10,62	10,67	9,36	8,85	8,76	8,63	9,08	9,14	8,24	7,87	7,51	6,87	-0,64	11,40	11,46	9,99	9,50	9,56	9,40	9,90	9,98	9,15	8,76	8,47	8,27	-0,20
	Enfermedades no transmisibles	68,33	67,13	69,71	71,38	70,29	70,23	67,19	65,92	67,92	67,03	67,86	67,45	-0,41	72,25	71,54	73,55	75,14	73,87	74,00	70,99	70,20	71,63	69,60	71,32	71,90	0,59	70,95	70,07	72,25	73,86	72,66	72,70	69,68	68,73	70,35	68,70	70,09	70,26	0,17
	Lesiones	7,79	8,21	8,17	7,84	8,22	8,67	9,48	9,85	9,21	8,53	8,91	9,09	0,18	3,03	3,14	3,14	3,13	3,45	3,55	3,69	3,88	3,72	3,53	3,76	3,77	0,01	4,61	4,83	4,85	4,73	5,07	5,32	5,68	5,94	5,62	5,28	5,59	5,74	0,15
	Condiciones mal clasificadas	10,90	11,59	10,89	10,02	10,38	10,24	11,87	12,63	11,97	14,03	13,02	12,80	-0,21	11,83	12,55	11,84	11,06	11,91	11,82	14,15	15,08	14,59	17,14	15,55	15,03	-0,52	11,52	12,23	11,52	10,71	11,39	11,27	13,37	14,24	13,69	16,05	14,65	14,21	-0,44
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,06	0,05	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,04	0,04	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,89	6,58	5,46	5,28	5,21	5,12	5,62	5,18	4,89	4,60	4,78	4,63	-0,15	6,16	6,56	5,57	5,31	5,16	5,07	5,50	5,03	4,72	4,45	4,50	3,67	-0,83	6,05	6,57	5,52	5,30	5,18	5,09	5,55	5,09	4,78	4,51	4,61	4,07	-0,55
	Enfermedades no transmisibles	82,37	79,96	81,90	82,49	81,96	81,89	79,42	79,33	80,00	78,49	80,13	81,62	1,49	82,30	80,90	82,72	83,39	83,08	83,04	80,69	80,50	80,85	78,76	80,88	83,69	2,81	82,33	80,54	82,40	83,04	82,63	82,59	80,19	80,05	80,52	78,65	80,58	82,84	2,26
	Lesiones	3,38	3,83	3,60	3,64	3,99	4,19	4,04	4,49	4,05	3,69	4,07	3,88	-0,19	3,16	3,46	3,33	3,34	3,61	3,74	3,43	3,92	3,53	3,32	3,72	3,41	-0,31	3,25	3,60	3,43	3,46	3,76	3,92	3,67	4,14	3,73	3,47	3,86	3,60	-0,26
	Condiciones mal clasificadas	8,35	9,62	9,04	8,58	8,84	8,78	10,91	10,99	11,07	13,22	11,01	9,86	-1,16	8,32	9,03	8,38	7,95	8,13	8,13	10,37	10,54	10,90	13,47	10,89															



Morbilidad atendida por causas y departamentos

Entre 2009 y 2020, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, signos y síntomas mal definidos, lesiones, condiciones transmisibles y nutricionales y, condiciones maternas y perinatales. Bogotá D.C, es la ciudad más poblada, por lo que aporta la mayor demanda de atenciones en salud, generando el 18.5% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas. (Tabla 30)

La relación entre condiciones transmisibles y nutricionales y enfermedades no transmisibles muestra que, a través del tiempo, en general, en todos los departamentos las condiciones transmisibles y nutricionales se han hecho menos frecuentes que las enfermedades no transmisibles.

Cabe resaltar, que entre 2009 y 2020, los territorios de Córdoba, Cesar, Cauca, Chocó, Sucre, Huila, Putumayo, Arauca, Norte de Santander, Casanare, Guaviare, Guainía y Vaupés, según la proporción de las atenciones para este periodo la principal causa de consulta son las condiciones maternas perinatales; la diferencia en puntos porcentuales está alrededor entre 0,01 y 2,9 p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 30)



Tabla 30. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2020

Departamento	Condiciones maternas perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos
11 - Bogotá, D.C.	14,71%	16,81%	19,04%	17,94%	18,25%
05 - Antioquia	12,69%	12,56%	14,16%	14,53%	12,61%
76 - Valle del Cauca	8,60%	7,93%	9,09%	10,54%	7,86%
08 - Atlántico	5,35%	5,56%	5,12%	4,39%	6,98%
25 - Cundinamarca	4,84%	4,46%	5,08%	5,45%	5,36%
68 - Santander	4,08%	4,35%	5,15%	4,51%	4,09%
52 - Nariño	5,35%	5,72%	3,92%	4,41%	2,91%
13 - Bolívar	3,30%	4,60%	3,79%	3,11%	4,84%
-1 - NO DEFINIDO	4,63%	3,56%	3,68%	4,13%	3,44%
23 - Córdoba	5,96%	4,12%	3,17%	2,70%	3,60%
15 - Boyacá	2,48%	2,21%	2,69%	2,56%	2,40%
47 - Magdalena	2,73%	3,07%	2,18%	2,16%	3,37%
73 - Tolima	1,90%	2,25%	2,35%	2,43%	2,35%
19 - Cauca	2,91%	2,65%	2,27%	2,70%	2,02%
41 - Huila	2,77%	2,54%	2,25%	2,34%	2,37%
66 - Risaralda	1,58%	2,18%	2,43%	2,16%	1,38%
54 - Norte de Santander	2,47%	2,33%	2,22%	2,39%	2,00%
17 - Caldas	0,90%	1,55%	2,09%	1,93%	1,53%
20 - Cesar	2,73%	2,05%	1,74%	1,74%	2,44%
50 - Meta	1,37%	1,69%	1,59%	1,53%	2,01%
70 - Sucre	1,83%	1,64%	1,41%	1,23%	2,37%
44 - La Guajira	1,73%	1,83%	0,99%	0,95%	1,82%
63 - Quindío	1,07%	1,19%	1,20%	1,17%	0,81%
18 - Caquetá	1,00%	1,05%	0,66%	0,79%	0,80%
86 - Putumayo	0,79%	0,64%	0,44%	0,63%	0,68%
85 - Casanare	0,57%	0,43%	0,46%	0,53%	0,49%
27 - Chocó	0,72%	0,33%	0,26%	0,36%	0,65%
81 - Arauca	0,52%	0,31%	0,28%	0,36%	0,28%
95 - Guaviare	0,12%	0,11%	0,09%	0,12%	0,08%
99 - Vichada	0,06%	0,10%	0,05%	0,04%	0,06%
91 - Amazonas	0,05%	0,08%	0,05%	0,05%	0,05%
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,08%	0,05%	0,04%	0,08%	0,05%
94 - Guainía	0,07%	0,04%	0,03%	0,03%	0,03%
97 - Vaupés	0,02%	0,02%	0,01%	0,02%	0,01%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

Alteraciones de la salud bucal

Las enfermedades que afectan la salud bucal, continúan presentándose dentro de las primeras causas de morbilidad. La prevalencia de caries dental se identificó en 5,89% de los niños de 1 año llegando a ser en adultos de 64,73%; la prevalencia de fluorosis ha venido en incremento alcanzando un 62,15% en



adolescentes de 15 años; por su parte la prevalencia de enfermedad periodontal llega a ser del 86% en adultos de 34 años; mientras que la prevalencia de edentulismo (pérdida dental) parcial es de 70,4% y el total en los adultos mayores es de 5,2%.

Existen otras condiciones, que si bien tienen prevalencias menores, su atención crónica impacta la carga económica del sistema y de las personas, como en el caso del labio y/o paladar fisurado que se encontró en el 0,07% de la población. (Social, 2013-2015)

Morbilidad en salud mental

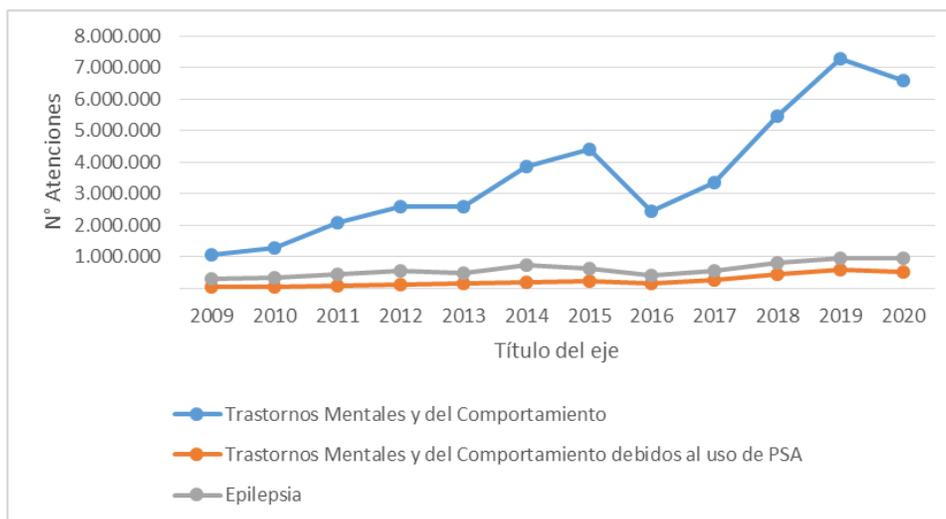
Su marco normativo está dado desde la Ley 1616 de 2013, donde se establece la salud mental como interés y prioridad nacional, derecho fundamental, tema prioritario de salud pública, bien de interés público, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida. Y se define como el estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad⁹⁴.

La salud mental es uno de los temas bandera de la política pública en la actualidad, teniendo como uno de los alcances más importantes el proceso de formulación del CONPES 3992 que permite hacer visible esta problemática en salud, que en muchas de las ocasiones no es fácil diagnosticar, teniendo en cuenta que puede tener una enorme carga oculta de enfermedad y el potencial que existe para progresar en su diagnóstico, tratamiento y control es grande.

A partir del reporte de las atenciones realizadas entre 2009-2020, se encuentra que un aumento significativo en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento con un total de 7.286.499 consultas para el año 2020, lo que muestra la necesidad de priorizar las intervenciones en la población para el manejo adecuado de los procesos relacionados con la salud mental. En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de PSA y la Epilepsia se observa una tendencia incremental una poco más controlada como se puede ver en el Gráfico 90.



Gráfico 90. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

El comportamiento de la atención en salud mental según sexo, demuestra que la diferencia para el último año tiene un mayor aumento en Epilepsia en hombres con un 0,92 p.p. con respecto al año anterior, mientras tanto, en las mujeres es de 0,26 p.p. (Tabla 31); con respecto al dato absoluto se evidencia que la mayor consulta se representa en las mujeres con una tendencia para ambos sexos similar, sin embargo se observa una diferencia importante en el número de atenciones para los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en hombres con un total de 2.618.380 para el periodo de análisis mientras que en las mujeres fueron 695.547 atenciones (Gráfico 91). En relación con la Epilepsia se observa un comportamiento muy similar en aumento sostenido pero mínimo en ambos sexos.



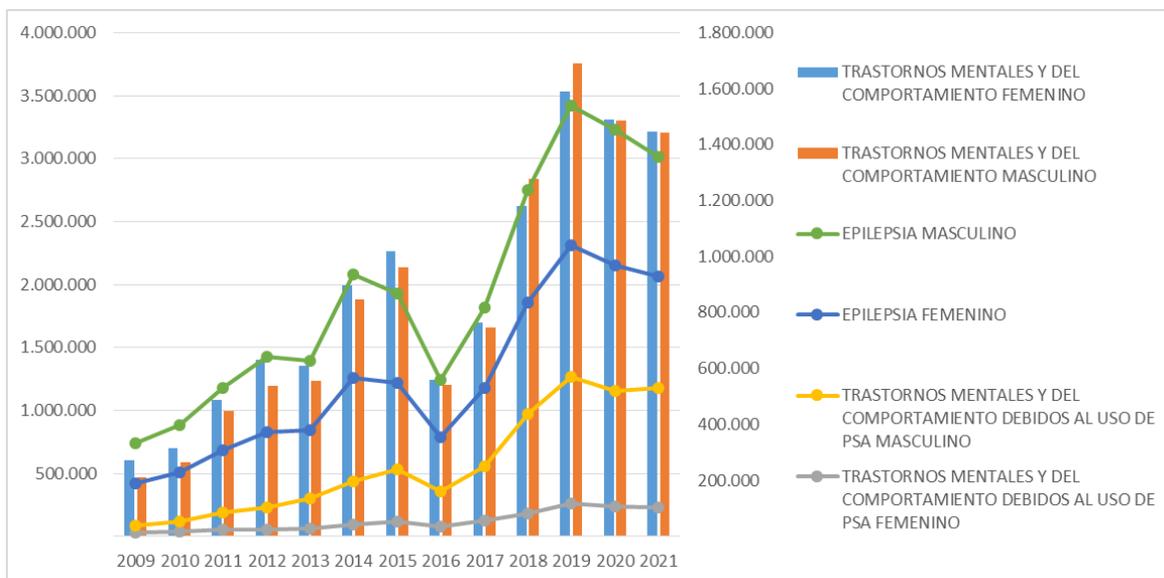
Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020

SEXO	Morbilidad en Salud Mental	Total											Δ pp 2020-2019	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020
TOTAL	Trastornos mentales y del comportamiento	76,3	76,5	79,6	80,2	80,5	80,6	83,5	81,4	80,4	81,5	82,6	82,0	-0,57
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,8	3,1	3,2	3,2	4,2	4,1	4,5	5,3	6,0	6,5	6,5	6,4	-0,04
	Epilepsia	20,9	20,4	17,2	16,6	15,3	15,3	12,0	13,3	13,6	12,0	11,0	11,6	0,61
HOMBRES	Trastornos mentales y del comportamiento	73,1	74,4	77,8	77,5	77,8	78,2	80,9	78,5	77,6	78,9	79,8	78,7	-1,09
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,1	4,5	4,7	5,2	6,6	6,5	7,0	8,1	9,0	9,9	9,7	9,8	0,17
	Epilepsia	22,7	21,1	17,6	17,3	15,6	15,3	12,1	13,4	13,4	11,2	10,6	11,5	0,92
MUJERES	Trastornos mentales y del comportamiento	79,0	78,4	81,4	82,6	83,2	82,9	86,2	84,4	83,4	84,5	85,8	85,6	-0,17
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,7	1,8	1,8	1,4	1,8	1,7	2,0	2,4	2,8	2,6	2,8	2,7	-0,09
	Epilepsia	19,4	19,8	16,8	16,0	15,0	15,4	11,9	13,3	13,8	12,9	11,4	11,7	0,26

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.



Gráfico 91. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

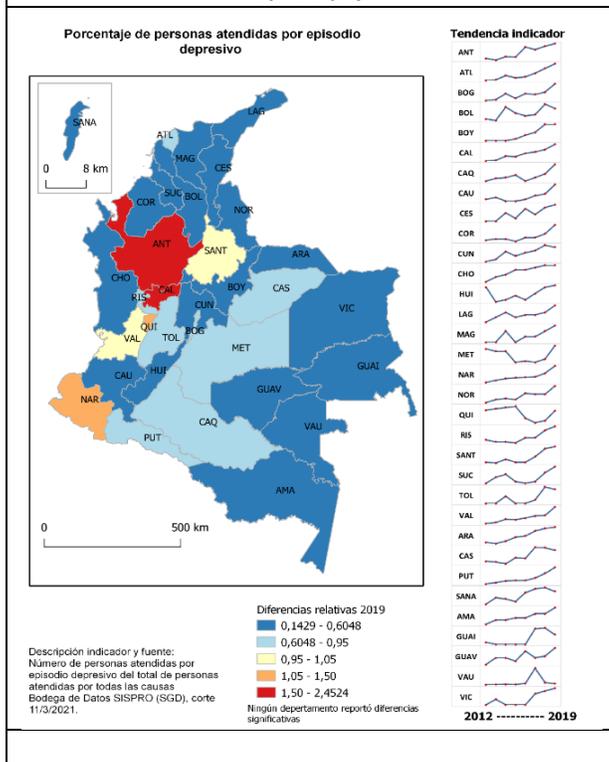
El panorama por departamentos/distritos demuestra que los tres primeros con mayor número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento son en su orden Bogotá (18,6%), Antioquia (13,5%) y Valle del Cauca (9,1%) que acumulan el 41,3% de las atenciones realizadas en el tema, y que puede estar relacionado por la cantidad de población que concentran estas entidades, entre otros fenómenos; en cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas son Antioquia (13,1%), Bogotá (13%), Bolívar (7,1%) y Nariño (6,3%) quienes concentran el 39,6% de las atenciones; por su parte las atenciones por epilepsia se concentran en Bogotá(19,8%), Antioquia (13,3%) y Valle del Cauca (7,7%).

Personas atendidas por episodio depresivo

La tendencia de las personas atendidas por episodio depresivo tuvo un comportamiento fluctuante entre 2012 y 2015. Según observa en el mapa 37, los departamentos con el mayor porcentaje de consultas por episodio depresivo fueron Antioquia, Caldas, Nariño y Quindío en el 2019.



Mapa 36 Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



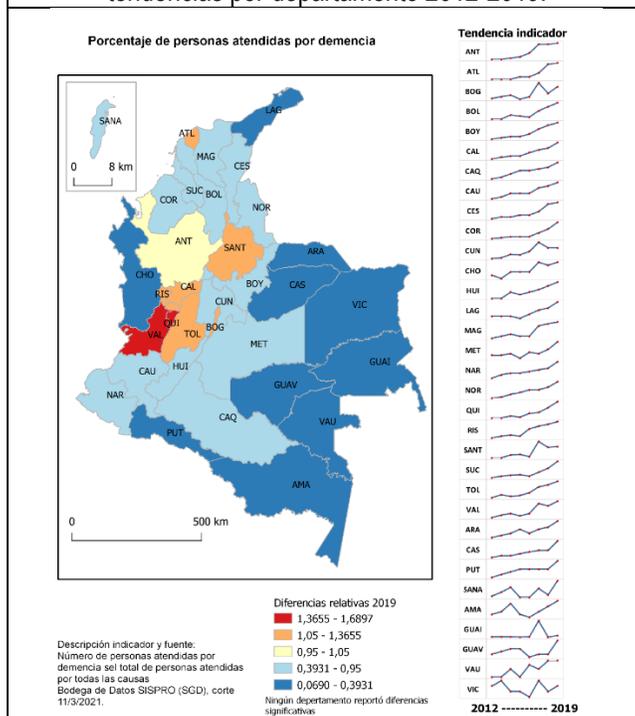
Fuente: elaboración propia de los autores.

Porcentaje de personas atendidas por demencia

La tendencia del porcentaje de personas atendidas por demencia tuvo un comportamiento relativamente estable entre 2012 y 2016. Sin embargo, a partir de este año, el indicador tiende al aumento. El porcentaje más alto se presentó en 2017. Según observa en el mapa 38, el porcentaje de consultas más alto por este evento en 2019 se presentó en los departamentos de Valle del Cauca y Quindío, seguidos por Tolima, Risaralda, Caldas, Bogotá, Santander y Atlántico. Se observa que todos los departamentos tienen una tendencia al incremento en el periodo observado.



Mapa 37 Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por violencia en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Intento de suicidio

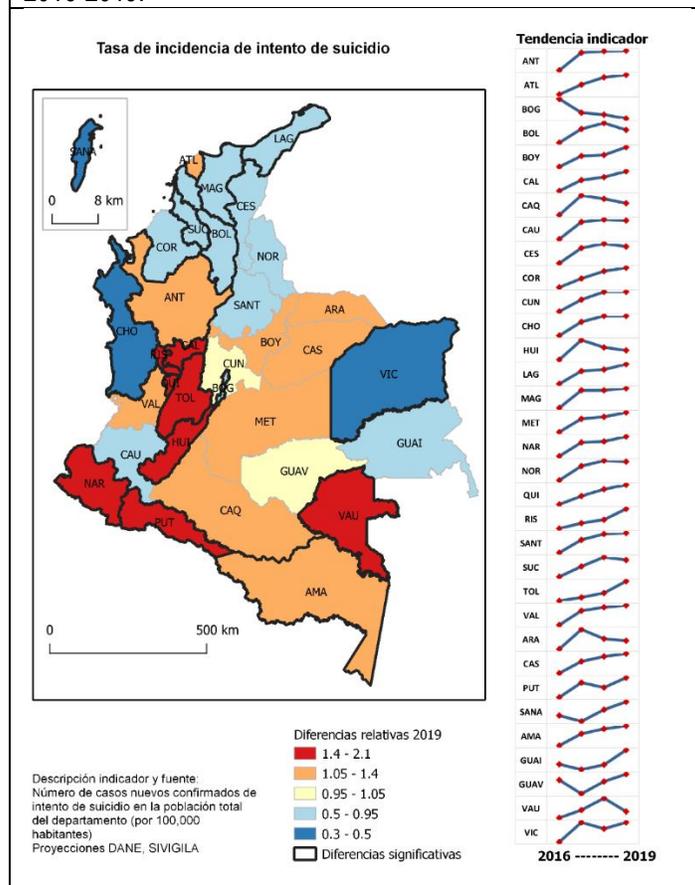
La tendencia nacional de la tasa de incidencia del intento de suicidio viene en incremento, en particular desde 2017. En el año 2017, la tasa estuvo entre 40 casos por cada 100.000 habitantes y para 2019 supera los 60 casos por cada 100.000 habitantes. En el mapa 39 se puede observar que Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila, Nariño, Putumayo y Vaupés presentaron las tasas más altas y con una diferencia estadísticamente significativa de la tasa nacional.

Se observa que esta tasa ha venido en aumento según el estratificador de años promedio de educación. Para todos los años, el quintil con mayor promedio de años de educación es el que tiende a presentar las tasas más bajas comparado con el resto de quintiles. Aunque el año con menor brecha entre quintiles es 2017, no se observa un patrón consistente para los quintiles inferiores.

De acuerdo con el producto interno bruto per cápita, se observan grandes distancias entre quintiles con respecto al valor de la tasa. Mientras en 2016 y 2017, se puede identificar una brecha entre el quintil más bajo que muestra las tasas de incidencia más altas con respecto al segundo y quinto quintil, este patrón se invierte en 2018. En este año, el quintil más bajo de riqueza presenta las tasas de incidencia de intento de suicidio más bajas y la brecha con quintiles superiores es más marcada. Es importante describir el comportamiento de la tasa de incidencia en el quintil mediano, el cual muestra un aumento progresivo hacia 2018 presentando las tasas más altas y la mayor brecha con otros quintiles en ese año.



Mapa 38 Diferencias relativas de tasa de incidencia de intento de suicidio Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2016-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Eventos de alto costo

El Ministerio de Salud y Protección Social define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud pública directamente relacionados con el alto costo, puntualizando sobre la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mielocítica aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide, la hemofilia y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En la actualidad, los sistemas de información en Colombia se encuentran en fase de desarrollo y fortalecimiento, por lo cual no se cuenta con información para todos los eventos. La Cuenta de Alto Costo (CAC) dispone de



los datos e información de la situación de salud de la ERC y de la situación del VIH-SIDA la cual se presenta a continuación:

Enfermedad renal crónica

La ERC es un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2010, la enfermedad pasó al puesto 18 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990; así mismo, se reportó como la tercera causa que mayor cantidad de años de vida perdidos genera por muerte prematura⁹⁵. En Estados Unidos “los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con ERC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años”⁹⁶. “En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares”⁹⁷.

En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, esta enfermedad pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en los puestos 9 en 2007 y 27 en 1990⁹⁸; con una diferencia del 47,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 9 en 2017⁹⁸ y su incremento fue del 29,5%.

La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no trasmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la ERC es creciente en Colombia, a pesar de que existen políticas que orientan el proceso de prevención y manejo. En el país, las principales causas de ERC las constituyen las enfermedades precursoras como la Hipertensión Arterial (HTA) y otros tipos de enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus tipo II y la uremia, entre Otras enfermedades asociadas con la ERC son las enfermedades autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH.⁹⁹.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2020 en Colombia habían 792.372 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con enfermedad renal crónica en estadio entre 1 y 5, de las cuales el 42.3% (335.183) estaban clasificadas en estadio 2 o menor¹⁰⁰. (Tabla 32).



Tabla 32. Porcentaje de personas con ERC según estadios, 2016 – 2020

Estadio	2016	2017	2018	2019	2020
1	22,14	22,09	21,14	16,36	15,09
2	28,24	28,14	30,98	21,56	24,60
3	44,99	43,48	40,26	50,89	43,43
4	5,26	5,17	4,87	6,26	6,28
5	2,92	2,84	2,73	4,92	4,56

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016 - 2020.

Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia son las Entidades Territoriales donde habitan el mayor número de personas con ERC, aportan el 50,7% del total de los pacientes con diagnóstico de ERC. Mientras que Arauca, Guaviare, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Vichada, y Vaupés contribuyen con el 0,13%. (Tabla 33)



Tabla 33. Número de casos de la ERC según departamentos, 2020

ENTIDAD TERRITORIAL	CASOS ERC
Bogotá, D.C.	197858
Valle del Cauca	114342
Antioquia	89555
Cundinamarca	50007
Atlántico	34795
Bolívar	33364
Santander	27943
Nariño	22048
Meta	21741
Risaralda	21599
Huila	19985
Norte de Santander	19008
Sucre	17552
Tolima	17416
Córdoba	15133
Boyacá	14936
Magdalena	14307
Cauca	12280
Caldas	10390
Cesar	9806
La Guajira	9065
Quindío	7869
Putumayo	5398
Casanare	2513
Caquetá	1496
Chocó	912
Arauca	544
Guaviare	234
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	159
Amazonas	71
Guainía	27
Vichada	18
Vaupés	1
Colombia	792372

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2020.



Hipertensión arterial

Las principales precursoras de la ERC son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, aunque se suman otros factores como los síndromes cardiovasculares, la obesidad, la apnea del sueño y la hipoxemia nocturna, entre otros.

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. “La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo”¹⁰¹.

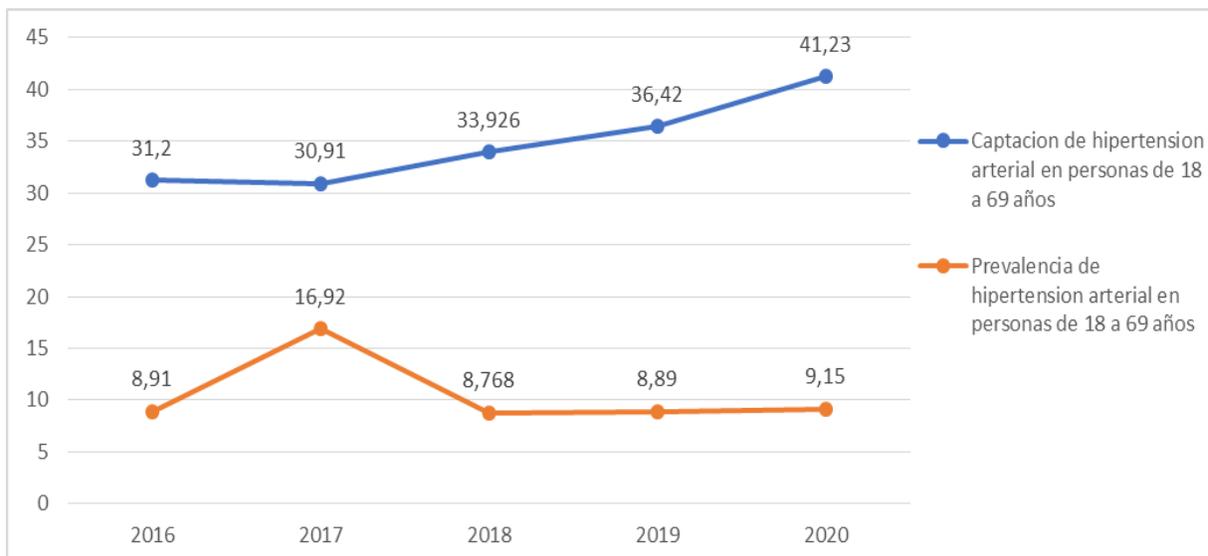
En el mundo para 2017, las enfermedades cardiovasculares causan cerca de 232,85 de muertes por cada cien personas año, con un intervalo de confianza al 95% de 229,4 y 236,15 y entre ellas las complicaciones de la hipertensión general el 1,65% (IC95%, 1,22-1,77)⁹⁸ de las muertes totales son atribuidas por esta causa. “Para 2015, en América Latina y el Caribe se habían diagnosticado con hipertensión aproximadamente el 20% y 35% de la población adulta; Para el mismo año según la Organización Mundial de la Salud, en Colombia la prevalencia de tensión arterial en adultos fue de 16,9% en hombres y de 21,5% en mujeres, por debajo de la reportada por América Latina 23,7 en mujeres y 18,0 en hombres⁹⁷.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el año 2020 había un total 2.549.819 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial (41.23%) por los servicios de salud, con un porcentaje de personas del régimen contributivo de 61,5% y del subsidiado de 37,4%.

La Captación de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 se mantiene en aumento desde el 2018 presentando para el año 2020 un valor de 41.23; sin embargo, aún es un valor que no impacta en la reducción de la carga de enfermedad cardiovascular. Al revisar la Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años se observa que luego de un repunte que se dio en el año 2017, su tendencia es al incremento; presentando para el año 2020 una prevalencia de 9,15 por cada 100 afiliados (Gráfico 92)



Gráfico 92. Captación y Prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años, 2016 - 2020



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016-2020.

Diabetes mellitus

En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, la diabetes mellitus pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 11 en 1990⁹⁸, se estima que 34,18 (IC95% 33,48 – 34,91) muertes por cada cien mil personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030¹⁰².

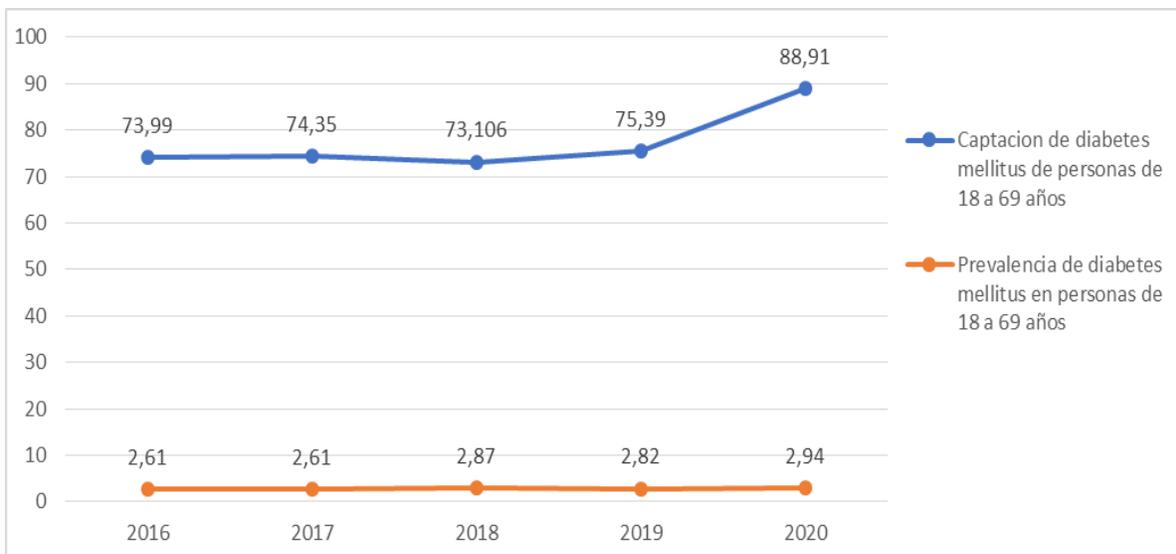
De acuerdo con las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia la Diabetes Mellitus pasó al 6° lugar como causa de muerte más frecuente en 2017 después de haber estado en la posición 7° en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 (IC95% 26,39 -31,91), una diferencia del 32,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras el incremento fue del 46,38% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11° en 2007 al lugar 7° en 2017⁹⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud para 2014, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas (≥ 126 mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 8,3% en hombres y 8,7% en mujeres, siendo más bajas que las de América Latina que alcanzaron valores de 8,9% y 9,6%, respectivamente⁸⁰.



De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el año 2020 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,94 por cada 100 afiliados en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 88,91%, mientras que, para el año 2019, presentaba una prevalencia de 2,82, con un porcentaje de captación de 75,39 por cada 100 personas afiliadas de 18 a 69 años. (Gráfico 93)

Gráfico 93. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016-2020.

Para 2020 la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años fue más alta en el Valle del Cauca (4,19), seguido de Risaralda (4,01) y Antioquia (3,48), no hay diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia en servicios de salud nacional y alguna entidad territorial. En tanto, en Arauca, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias son menor al 1,0 por debajo de la nacional (Tabla 34).



Tabla 34. Prevalencia y casos de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años según Entidad Territorial, 2020

ENTIDAD TERRITORIAL	CASOS	PREVALENCIA
Valle del Cauca	125386	4,19
Risaralda	26298	4,01
Antioquia	152781	3,48
Quindío	12364	3,43
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1358	3,42
Atlántico	54682	3,27
Bolívar	43184	3,21
Huila	21901	3,11
Bogotá, D.C.	164674	3,02
Caldas	17966	3,00
Santander	40695	2,88
Meta	17127	2,73
Cundinamarca	40555	2,62
Tolima	20651	2,58
Norte de Santander	22821	2,36
Sucre	13532	2,33
Boyacá	16129	2,21
Córdoba	22450	2,20
Caquetá	5051	2,10
Magdalena	16573	2,05
Cauca	16345	2,03
Casanare	4903	1,94
Cesar	13548	1,92
Putumayo	3534	1,80
La Guajira	8680	1,71
Nariño	15950	1,70
Chocó	3854	1,62
Guaviare	611	1,21
Arauca	1579	0,98
Amazonas	325	0,78
Guainía	121	0,45
Vichada	159	0,34
Vaupés	27	0,15

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2020.



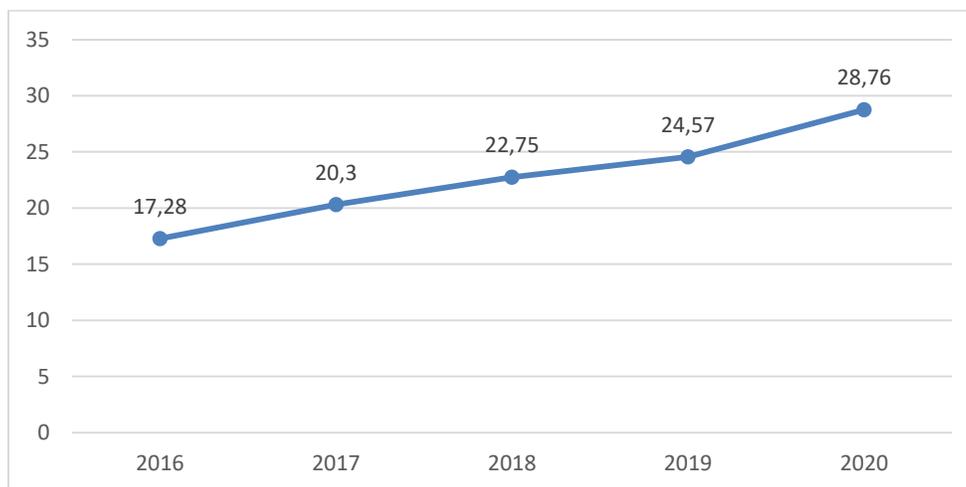
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

De acuerdo a las estimaciones del Estudio Carga Global de la Enfermedad de 2017, el VIH/SIDA pasó al puesto 14 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 18 en 1990, se estima que 14,05 (IC95% 12,87 – 15,48) muertes por cada cien mil personas por esta causa.⁹⁸ Este mismo estudio estimo para Colombia, se trasladó al lugar 13 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 16 en 2007, con una tasa de mortalidad de 5,63 por cada 100.000 (IC95% 5,31 – 6,16), una diferencia del 98,1% entre 2007 y 2017.

Según la Organización Mundial de la Salud para 2016, en Colombia la tasa de incidencia para VIH en adultos fue de 16,9, siendo más bajas que las de América Latina (15,7), Ecuador (21,3), Bolivia (24,7) y República Bolivariana de Venezuela (25,0).

Según los datos entregados por la Cuenta de Alto Costo, la incidencia reportada para el año 2020 en la base de Indicadores VIH Nacional 2016-2020, fue de 28,76; así mismo al revisar el documento Situación VIH en Colombia, 2020 la incidencia cruda del VIH fue de 25,36 por 100.000 habitantes y al ajustarla por la edad fue de 25,15 por 100.000 habitantes. Al compararla por el sexo, se muestra una mayor incidencia en los hombres, con una incidencia ajustada de 41,42 por 100.000 habitantes. (Gráfico 94). Para este mismo periodo, los casos incidentes se concentran entre los 25 a 34 años de edad, le siguen el grupo de 15 a 24 años y de 35 a 44 años¹⁰³.

Gráfico 94. Incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2016-2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores VIH Nacional 2016-2020.



De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, los departamentos con las mayores incidencias, tanto cruda como ajustada, fueron Risaralda y Quindío. Las regiones de Bogotá D.C., Central y Pacífica presentaron una mayor incidencia ajustada comparada con la estimada a nivel nacional. (Tabla 35)

Tabla 35. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2020

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	77753	99	0,13	0,15	7	9	5,30
Antioquia	6550206	21493	0,33	0,26	2234	34,11	22,52
Arauca	280109	279	0,10	0,10	38	13,57	16,93
Atlántico	2638151	7586	0,29	0,18	745	28,24	37,41
Bogotá, D.C.	7592871	27840	0,37	0,32	2747	36,18	34,13
Bolívar	2130512	4807	0,23	0,29	453	21,26	19,56
Boyacá	1230910	878	0,07	0,05	100	8,12	5,14
Caldas	1008344	2051	0,20	0,25	179	17,75	27,07
Caquetá	406142	437	0,11	0,08	63	15,51	9,80
Casanare	428563	783	0,18	0,20	83	19,37	15,98
Cauca	1478407	1626	0,11	0,16	172	11,63	5,87
Cesar	1252398	2482	0,20	0,25	246	19,64	25,14
Chocó	539933	315	0,06	0,05	29	5,37	7,79
Córdoba	1808439	4217	0,23	0,30	389	21,51	26,37
Cundinamarca	3085522	3318	0,11	0,12	363	11,76	8,06
Guainía	49473	19	0,04	0,10	3	6,06	5,89
Guaviare	84716	122	0,14	0,21	5	5,90	4,59
Huila	1111844	2000	0,18	0,19	249	22,40	26,19
La Guajira	927506	1120	0,12	0,15	128	13,80	12,32
Magdalena	1388832	3002	0,22	0,14	278	20,02	25,20
Meta	1052125	2406	0,23	0,13	253	24,05	16,14
Nariño	1628981	1800	0,11	0,09	232	14,24	11,04
Norte de Santander	1565362	3517	0,22	0,21	288	18,40	15,10
Putumayo	353759	358	0,10	0,13	44	12,44	9,41
Quindío	547855	2444	0,45	0,44	219	39,97	58,00
Risaralda	952511	3445	0,36	0,25	402	42,20	38,63
San Andrés	928984	101	0,16	0,20	194	20,88	29,94
Santander	2237587	4721	0,21	0,17	529	23,64	17,97
Sucre	62482	1977	0,21	0,16	6	9,60	12,08
Tolima	1335313	2219	0,17	0,21	241	18,05	28,03
Valle del Cauca	4506768	15891	0,35	0,35	1606	35,64	48,24
Vaupés	42721	17	0,04	0,14	0	0,00	0,00
Vichada	110599	120	0,11	0,10	3	2,71	3,30
Colombia	49.395.678	123.490	0,25	0,25	12.528	25,36	25,15

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2020.

Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los datos de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas del MSPS, entre 2008 y 2018, Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 70,7%, al pasar del 5,8% al 1,7% en los niños y niñas expuestos al VIH, reportados a la



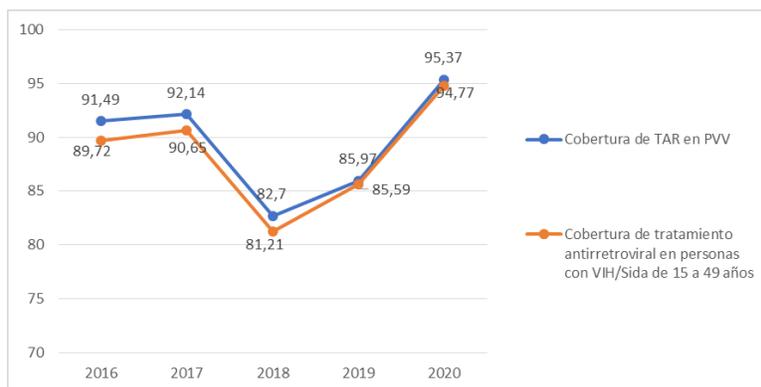
estrategia nacional. De las 14 niñas y niños infectados con VIH en el 2018, el 64,2% fueron hombres y 35,8% mujeres; el 35,7% recibieron alimentación mixta (leche materna más fórmula láctea); el 57,1% no recibió profilaxis ARV en el intraparto, 50,0% de sus madres no tuvieron intervención del control prenatal y al 50,0% se les realizó el diagnóstico de VIH posterior al parto. El 60% de las gestantes tenían cargas virales entre 10.001 a 50.000 copias/ml. El 85,7% de los binomios están en el régimen subsidiado y el 14,3% en el contributivo¹⁰⁴.

Por su parte al revisar los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, en 2018, se registraron 761 mujeres en gestación con VIH. Para 2018 la prevalencia del VIH en las mujeres gestantes fue del 0,18 %. La edad media fue de 27,4 años. El rango de edad estuvo entre 15 y 49 años. El grupo de 20 a 24 años concentro el 28,8% de los casos, seguido de las mujeres entre los 25 a 29 años de edad con el 28,4% y el 20,0% en mujeres gestantes con VIH entre los 30 a 34 años de edad. Según el estadio clínico el 71,5% (544) se encuentra en estadio 1 y 2 del VIH, el 26,3% (200) de los casos se reportaron en estadio 3. Para 2018, se registraron 975 niños y niñas menores de 18 meses hijos de madres con VIH, el 51,7% (504) son niños y el 48,3% (471) niñas. Tan solo 20 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, manteniendo el mismo comportamiento de 2017 y se disminuyó en tres casos con respecto al 2016 (23). De los casos 19 (95%) se presentaron en el régimen subsidiado y 1 en el contributivo. El 55,0% (11) de los casos de transmisión vertical ocurrieron en niñas. Los departamentos con mayor porcentaje de transmisión materno infantil de VIH para 2018 fueron Atlántico (6), Valle del Cauca (3) y Santander (3).

Cobertura de tratamiento antirretroviral

Según los datos de la Cuenta de Alto Costo la cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA ha presentado una recuperación luego de una disminución importante presentada en el año 2019, con una leve pero progresiva tendencia al aumento en la cual se observa que para el último año reportado (2020), la cobertura se encuentra sobre el 94%.

Gráfico 95. Cobertura de TAR, 2016-2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores VIH Nacional 2016-2020.



De acuerdo con los datos de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas del MSPS, para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 88,1% (718) recibieron la terapia antirretroviral¹⁰⁴.

Leucemia y mieloide aguda y linfocítica aguda pediátricas

“Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. Son enfermedades neoplásicas que se deben a mutación somática de la célula progenitora, según su estirpe celular afectada, ya sea la línea mieloide o la linfocítica, su evolución varía desde las que conducen rápidamente a la muerte hasta las que evolucionan con lentitud y se les conoce como agudas o crónicas, respectivamente”¹⁰⁵.

Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC), para la población menor de 19 años de edad se estima una tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, en hombres fue de 3,5 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 2,7 por cada 100.000 mujeres año. En Colombia la tasa ajustada por la edad estimada para este evento fue de 5,2 por cada 100.000 persona año, en hombres fue de 5,6 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 4,8 por cada cien mil mujeres año¹⁰⁶.

Colombia es de los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, al igual que Chile, Argentina, Canadá, Alemania y Australia; además, tiene alta tasa de letalidad, pues en el 2002 mientras que en Estados Unidos por cada cinco casos incidentes se produjo una muerte, en Colombia la relación es de 3:1. El acceso a tratamientos adecuados y oportunos mejora la supervivencia y disminuye las tasas de mortalidad, por lo cual el sistema de salud debe ser capaz de proveer un diagnóstico celer y un tratamiento eficiente. Dada la importancia de la vigilancia del evento, en Colombia se inició en 2008 la vigilancia centinela de leucemias agudas pediátricas en 23 departamentos y se espera que en el futuro se pueda contar con el Registro Nacional de Cáncer Infantil ordenado en la Ley 1388 de 2010. En el 2013 se notificaron 436 casos confirmados de leucemia aguda pediátrica; el porcentaje de casos reportados en el régimen subsidiado (46,3) fue un 14% mayor que en el contributivo (40,6). En total, se presentaron 64 muertes de las cuales Bogotá aportó la mayor cantidad con el 25% (16), seguido de Antioquia con el 12,5% (8), Valle del Cauca con el 9,4% (6) y Meta con el 7,8% (5)¹⁰⁷.



Por tipo, la Leucemia Linfóide Aguda (LLA) es la forma de cáncer más común en niños menores de 15 años en los países latinoamericanos¹⁰⁸, corresponde al 76% de todas las leucemias y uno de cuatro niños menores de 15 años la padecen¹⁰⁹. Durante 2013, en Colombia se presentaron 362 casos de LLA y 41 muertes, lo cual significa el 64,1% del total de la mortalidad por leucemias pediátricas. La tasa de incidencia de LLA en menores de 15 años para 2012 fue de 2,99 por cada 100.000 menores de 15 años, con un aumento del 37% desde 2009, lo cual se traduce en un incremento de 0,8 muertes por cada 100.000 menores durante el cuatrienio¹⁰².

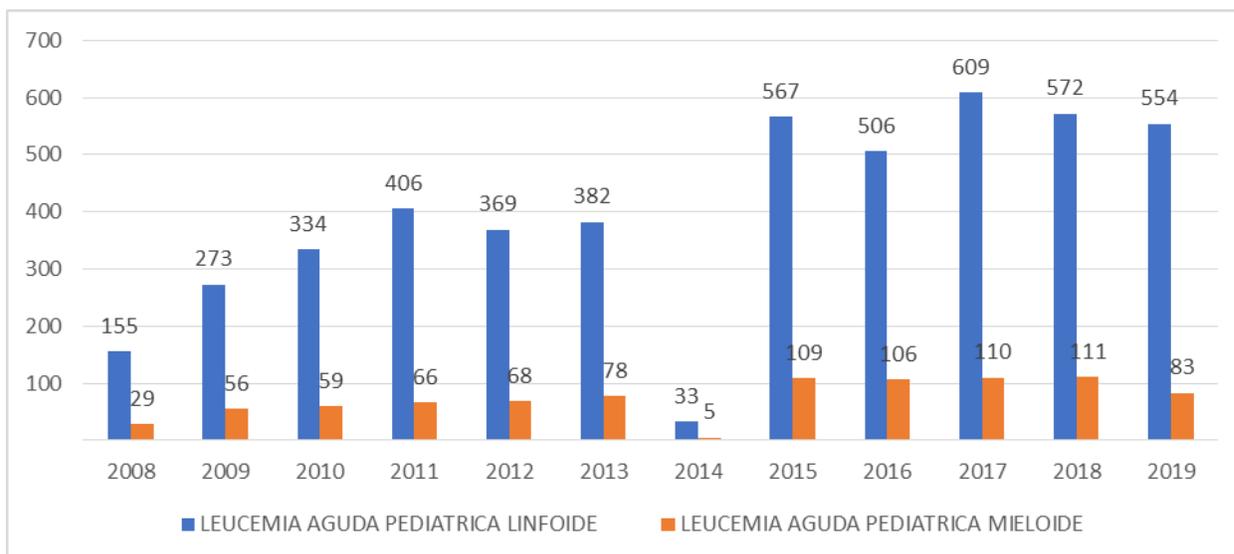
La oportunidad en la atención se considera alta, dado que para 2013 el 90% (326) de los pacientes recibieron atención médica por primera vez antes de los 53 días, el 7,5% (27) entre 54 y 106 días y solo el 2,5% (9) después de 107 días. Así mismo, aunque al 80,7% (292) de los casos sospechosos se les realizó cuadro hemático antes de los dos días siguientes a la primera consulta, para 6,3% (23) se tardó más de 10 días. En general, el 78,2% (341) de los casos confirmados como leucemia iniciaron tratamiento durante los dos días siguientes al diagnóstico definitivo, considerándose de alta oportunidad. El 6,9% (30) tardó entre tres y cuatro días y se consideraron de oportunidad media. El 10,3% (45) tuvo tiempos de 34, 38 y 90 días, considerándose de baja oportunidad¹⁰⁷.

Entre 2008 y 2019, se reportaron al SIVIGILA 4.760 casos de Leucemia Aguda Linfóide Pediátrica (LAL), con un promedio de 397, el mínimo de casos se registró en 2014 (33) y el máximo de los casos se reportó en 2017 (609), el evento describe una tendencia creciente. (Gráfico 96). Bogotá, D.C. (831), Antioquia (512), Valle del Cauca (433), Santander (301) y Cundinamarca (282), son los territorios donde más registran casos por este evento para este mismo periodo de análisis.

En relación con la Leucemia Aguda Mieloide Pediátrica (LAM), se destaca que registra menos casos que la LAL. Entre periodo 2008 y 2019, se registraron al SIVIGILA 880 casos, con una media anual de 73, en 2014 (5) con menor número casos y en 2018 el máximo con 111 eventos reportados. Los departamentos que más reportaron casos durante este período fueron, Bogotá, D.C. (167), Antioquia (93), Valle del Cauca (77), Cundinamarca (63) y Bolívar (47).



Gráfico 96. Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2019



Fuente: elaborado a partir de los datos del cubo de SIVIGILA, MINSALUD, consulta del 12 de julio del 2021.

De acuerdo a los datos reportados por la Cuenta de Alto Costo, para 2017, se reportaron, 1.944 personas menores de 18 años de edad con leucemias agudas, de los cuales, 1.754 corresponden a Leucemia Aguda Linfocítica y 190 a Leucemia Mieloide Aguda (LMA). En este mismo año, se reportaron 227 casos incidentes para LAL y 44 casos incidentes LMA. Las leucemias (LLA, LMA) ocuparon el primer lugar en frecuencia entre los cánceres pediátricos.¹¹⁰

La edad media de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA fue de 9,46 años y la mediana de 10,0 años. Del total de casos reportados con diagnóstico de LLA (1.754), el 44,4% (779) corresponden a las niñas y el 55,9 (975) a los niños, con una razón niña: niño de 0,80. La prevalencia de la LLA en la población pediátrica fue de 113,5 casos por cada millón de habitantes menores de 18 años. En Valle del Cauca, Santander, Caldas, Nariño, Risaralda, Huila, Vichada, Quindío y Casanare, registran las mayores prevalencias de LLA con estimaciones de 143,5 a 204,5.

Eventos de notificación obligatoria

Durante el periodo comprendido entre 2007 y 2019, no se notificaron casos de cólera, ébola, difteria, encefalitis, parálisis flácida, rotavirus, sarampión ni rubeola congénita.



Causa de muerte	2018	2019	Comportamiento												
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Letalidad de leishmaniasis visceral	12,50	20,00	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad de Lepra	0,78	2,27	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad de leptospirosis	6,17	53,85	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Letalidad de lesiones por pólvora y explosivos	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	-	-	-	-	-
Letalidad de Malaria	0,03	0,02	↗	↘	↘	↘	↗	-	↘	↗	↗	-	↘	↘	↘
Letalidad de malaria asociada	1,24	1,19	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Letalidad de malaria falciparum	0,02	0,01	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	-	↗	-	↘	↘
Letalidad de malaria malarie	-	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de malaria vivax	0,01	0,01	↗	-	↘	-	↗	-	↘	↗	-	↘	-	↘	-
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	1,85	6,03	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	6,67	9,30	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad de Meningitis Streptococopneumoniae (Spn)	4,06	4,80	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Letalidad de meningitis tuberculosa	12,50	13,33	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Letalidad de parálisis flácida aguda (polio)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de parotiditis	0,01	0,01	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	↘	-	-	↗	-
Letalidad de Peste (bubónica/neumónica)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de rotavirus	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de rubeola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de sarampión	0,00	0,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Letalidad de sífilis congénita	1,70	2,00	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Letalidad de Sífilis gestacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Síndrome de rubeola congénita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tétanos accidental	46,34	34,29	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad de tétanos Neonatal	40,00	0,00	↗	-	↘	↗	-	-	-	-	↘	↗	↘	↗	↘
Letalidad de Tifus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tosferina	0,24	1,00	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	7,58	6,70	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	9,45	13,90	-	-	-	-	-	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7,76	7,74	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Letalidad de Varicela	0,04	0,03	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-	↘	-	↘	↗	↗	↘

Tasas de incidencia PDSP



Causa de muerte	2018	2019	Comportamiento																
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019				
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	146,99	448,01	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗				
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	1,77	4,88	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗				
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,10	0,18	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘					
Tasa de incidencia de Chagas	0,73	0,50	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘				
Tasa de incidencia de sífilis congénita	1,54	2,41	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗					

Fuente: Indicadores de Letalidades e Indicadores de Incidencias dispuestos en el Sistema de Gestión de Datos del MSPS <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis2/>

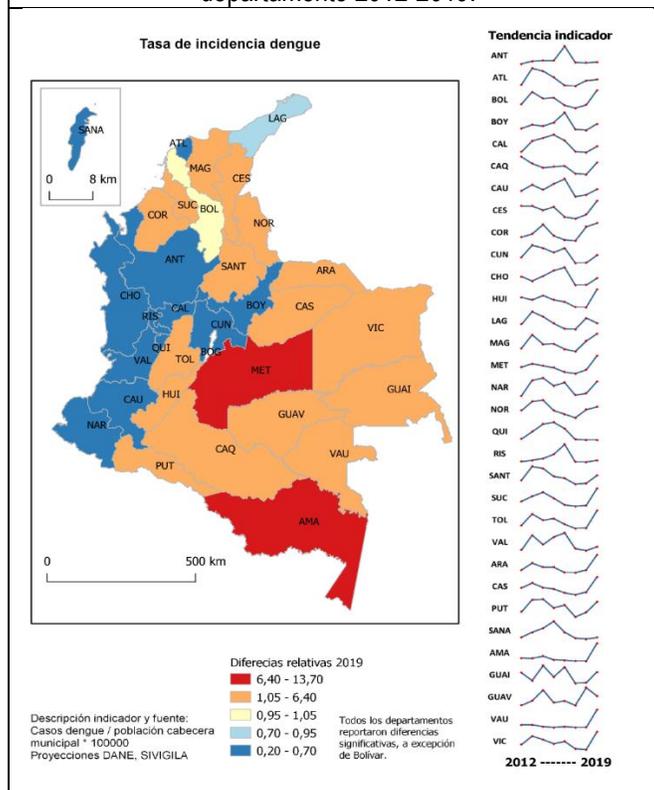
Dengue

La evolución de la tasa de incidencia de dengue en Colombia durante el periodo de estudio pasó de 155 casos por 100.000 habitantes en 2012, a 358 en 2013 para luego descender hasta 70 en 2017. En los últimos dos años, la tasa de incidencia volvió a incrementar reportando 330 casos por 100.000 habitantes en 2019, superando la tasa al inicio del periodo.

El mapa 39, muestra las diferencias relativas para 2019, donde se evidencia que la mayoría de los departamentos ubicados al norte y oriente del país tuvieron tasas de incidencia superiores con relación al país sin embargo las diferencias no fueron significativas estadísticamente.



Mapa 39 Diferencias relativas de tasa de incidencia de dengue en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

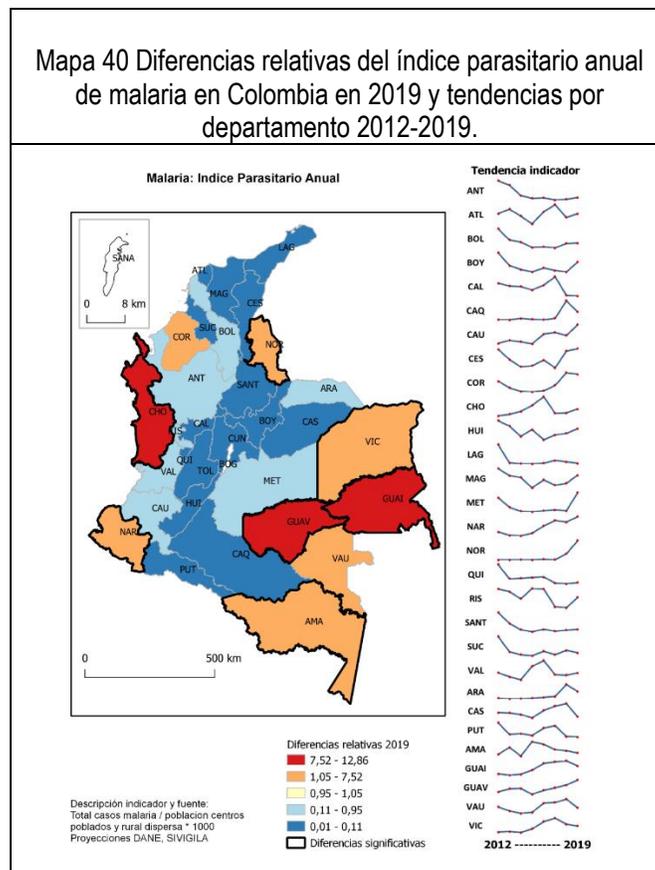
El análisis de equidad para la tasa de incidencia de dengue para los estratificadores de PIB per cápita y promedio de años de estudio, mostró una brecha importante entre las tasas reportadas por los diferentes quintiles para los dos estratificadores. Sin embargo, no es claro un gradiente en la medida que los quintiles cambian de orden de un año a otro. Para algunos años y en ambos estratificadores, los dos quintiles más altos reportaron tasas de incidencia superiores a los quintiles más bajos. Entre 2014 y 2016, los quintiles más bajos de educación, reportaron las incidencias de dengue más bajas en comparación al resto de quintiles. Este comportamiento puede estar relacionado a que los determinantes que influyen en dengue están más relacionados con el área de residencia (urbano o rural), con la presencia del vector y con la presencia de acueducto y para el presente análisis estos ejes de desigualdad se usaron como variables de ajuste.



Malaria

La evolución del índice parasitario anual de malaria (IPA) en Colombia durante el periodo de estudio pasó de 5.3 casos por 1000 habitantes en 2012, a 3.6 en 2014 para luego aumentar hasta 7.1 en 2016. En los últimos dos años, el IPA se mantuvo relativamente similar a lo observado al inicio del periodo.

El mapa 40, muestra las diferencias relativas para 2019, donde se resalta que los departamentos al occidente y oriente del país reportaron índices significativamente más altos en comparación al índice nacional (Chocó, Norte de Santander, Nariño, Vichada, Guainía, Guaviare y Amazonas). Los departamentos ubicados al sur, centro y norte de Colombia reportaron índices inferiores al nacional, sin reportar diferencias significativas dado que la presencia del vector es la que determina la transmisión de malaria.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Se encontró una brecha que varía de manera importante según los años, especialmente en el caso de PIB per cápita. Sin embargo, para ambos estratificadores, se observa un gradiente entre los quintiles más bajos y más altos donde los primeros acumularon los índices parasitarios más altos en todos los años de estudio debido a que la presencia del vector está más relacionada con la pobreza y la ruralidad.



Morbilidad población migrante

En el país los fenómenos migratorios han tenido gran relevancia, en particular presentan efectos políticos, sociales y económicos en la población. Por tal razón, se hace importante reconocerlos como insumo en la planeación integral y para construir, ejecutar y seguir los planes, proyectos y programas establecidos.

Colombia en 2020 registró un total de 1.482.199 atenciones en salud realizadas a 693.832 personas migrantes, de las cuales el mayor número de atenciones se registró en el servicio de Consulta externa con 519.802 representando un 35%, seguidas de procedimientos con 425.698 atenciones (29%) y medicamentos con 321.656 atenciones (22%) como lo muestra la Tabla 37.

Tabla 37. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2020.

Tipo de atención	Total migrantes atendidos	Distribución %
Consulta Externa	421168	35%
Procedimientos	353705	29%
Medicamentos	252531	21%
Servicios de urgencias	74595	6%
Hospitalización	74202	6%
Nacimientos	31504	3%
Total	1.207.705	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 30/06/2021.

El 54% de las atenciones reportadas por los servicios de salud se concentran en 5 departamentos Bogotá, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca y La Guajira, lugares donde se asume que se presenta mayor afluencia de migrantes. Frente a los tipos de atención el comportamiento de la mayoría de los departamentos es similar al descrito en el consolidado nacional (Tabla 38).

Tabla 38. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2020.

Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias
05 - Antioquia	72117	11107	35716	62569	5819	17242
08 - Atlántico	10955	3220	11156	11728	31	3730
11 - Bogotá, D.C.	96381	17079	38634	74826	8459	6444
13 - Bolívar	15974	3226	9215	11013	196	4134
15 - Boyacá	5572	1824	4823	4849	590	3149
17 - Caldas	1562	348	469	1637	188	128
18 - Caquetá	348	112	352	378	49	84
19 - Cauca	5085	1397	4194	5078	595	709
20 - Cesar	12673	2627	14935	10304	1534	3380
23 - Córdoba	3369	543	1827	2807	187	2115
25 - Cundinamarca	14677	3159	7711	12391	537	4120
27 - Chocó	315	20	262	282	6	8



Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias
41 - Huila	1928	490	1353	1862	295	747
44 - La Guajira	17069	2309	19661	16869	857	4107
47 - Magdalena	16266	3853	13584	11792	1380	4097
50 - Meta	8083	1806	5272	8129	506	600
52 - Nariño	17083	1190	6129	9697	103	1107
54 - Norte de Santander	46038	9746	27894	36486	5703	4481
63 - Quindío	1779	421	885	1659	252	207
66 - Risaralda	12584	1218	4568	10142	505	533
68 - Santander	12214	1795	12982	13013	1124	1895
70 - Sucre	999	453	884	955	140	375
73 - Tolima	5006	439	1979	4517	134	1737
76 - Valle del Cauca	28784	1718	14884	25412	244	3751
81 - Arauca	9936	2647	8098	8729	1273	3447
85 - Casanare	3664	769	2876	3851	365	517
86 - Putumayo	3169	288	2580	3074	113	1343
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	129	9	115	82	1	6
91 - Amazonas	143	58	130	620	27	27
94 - Guainía	22	15	16	21	0	1
95 - Guaviare	246	5	219	264	74	1
97 - Vaupés	8	4	6	7	0	1
99 - Vichada	1619	487	884	1424	224	576
05837 - Turbo	149	14	180	139	6	12

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 30/06/2021.

En el país en 2020 se atendieron 623039 personas migrantes, siendo Venezuela el país que mayor número aporta con un 82%, cifra que no se puede perder de vista teniendo en cuenta que esta población en la mayoría de los casos no hacen parte del sistema de seguridad social en salud de Colombia, generando algunas sobrecargas en los prestadores de salud que asumen el costo de estas atenciones en el marco del gran fenómeno migratorio actual (Tabla 39).



Tabla 39. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2020.

País de procedencia del migrante	2020	Distribución
República Bolivariana de Venezuela	513973	82%
Sin identificador de país	73856	12%
Otros	27015	5,4%
Ecuador	3791	0,6%
Perú	1905	0,3%
Brasil	1654	0,2%
Panamá	695	0,1%
Nicaragua	150	0,02%
Total	623.039	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 10/06/2021.

La distribución de la prestación en salud a estas personas según el lugar donde reciben la atención se acumula en un 53% en cuatro departamentos del país especialmente como se observa en la Tabla 40.

Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2020.

Departamento	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Otros	Panamá	Perú	Venezuela	Sin identificador de país	Total
05 - Antioquia	146	357	13	4521	118	288	77377	15572	98392
08 - Atlántico	30	136	1	782	19	33	15869	1868	18738
11 - Bogotá, D.C.	739	1520	67	11682	288	976	93971	15755	124998
13 - Bolívar	3	9	0	102	4	6	17742	1102	18968
15 - Boyacá	1	18	7	76	1	15	6682	474	7274
17 - Caldas	16	23	2	264	3	29	1347	636	2320
18 - Caquetá	1	12	0	16	0	4	448	24	505
19 - Cauca	3	34	1	79	2	7	5784	526	6436
20 - Cesar	2	7	0	39	2	1	16124	4536	20711
23 - Córdoba	1	6	1	28	1	3	3857	291	4188
25 - Cundinamarca	34	80	4	842	11	51	14436	2923	18381
27 - Chocó	1	0	0	4	0	1	372	4	382
41 - Huila	8	59	3	96	1	20	2043	303	2533
44 - La Guajira	2	25	0	80	2	6	27930	858	28903
47 - Magdalena	2	7	0	106	1	4	18214	2134	20468
50 - Meta	5	30	0	116	1	17	8237	1736	10142
52 - Nariño	5	293	0	132	1	23	14209	5847	20510
54 - Norte de Santander	6	38	1	154	1	29	49518	6875	56622
63 - Quindío	6	21	1	223	1	13	1470	439	2174
66 - Risaralda	51	185	18	1397	62	58	12820	891	15482
68 - Santander	16	70	0	1450	7	36	17987	1171	20737
70 - Sucre	2	4	1	19	0	1	1031	74	1132
73 - Tolima	6	30	0	256	2	15	5433	1362	7104
76 - Valle del Cauca	100	531	27	3878	149	172	31103	3685	39645
81 - Arauca	0	11	0	4	0	1	12193	89	12298
85 - Casanare	2	7	0	11	0	0	4650	65	4735
86 - Putumayo	1	139	0	23	0	23	3271	936	4393
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4	3	2	33	2	1	12	146	203
91 - Amazonas	431	1	0	10	0	45	86	72	645
94 - Guainía	0	0	0	0	1	0	21	2	24
95 - Guaviare	0	0	0	1	0	0	269	54	324



La salud
es de todos

Minsalud

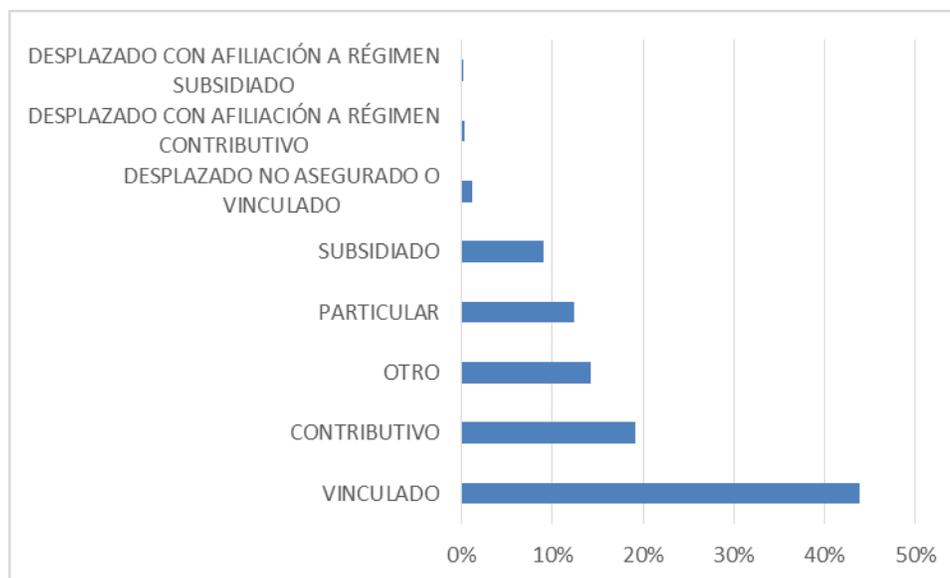
Departamento	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Otros	Panamá	Perú	Venezuela	Sin identificador de país	Total
97 - Vaupés	6	0	0	1	0	0	2	0	9
99 - Vichada	0	1	0	6	0	0	1909	4	1920
05837 - Turbo	0	1	0	4	0	0	214	24	243

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

Colombia en el año 2020 registró un total de 643.548 personas migrantes atendidas según régimen de seguridad social en salud, es importante precisar que este dato difiere del número de personas únicas atendidas, en el entendido que existen personas que cambiaron de régimen de afiliación en periodo de tiempo analizado.

La distribución porcentual según afiliación evidencia que el 44% se registró en el régimen Vinculado con 281795 personas migrantes atendidas seguida del régimen contributivo con 122788 personas (19%) y otro con 91821 personas (12%). En el Gráfico 97 se registra la distribución de personas migrantes atendidas según el régimen de afiliación en salud en el país.

Gráfico 97. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2020



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 10/06/2021.



Discapacidad auto declarada registrada

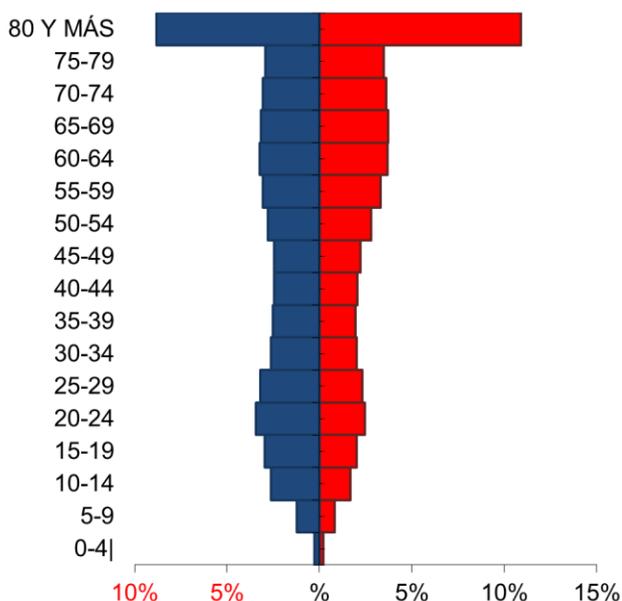
La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”¹¹¹. “El PDSP reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social”¹¹². Así mismo, aborda de manera transversal la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes; esto plantea las metas y estrategias que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales¹¹².

Según el Informe Mundial de la Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial el 15% de la población mundial vive con discapacidad, es decir entre 110 y 190 millones de personas en el mundo. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. Los países de ingreso alto registran una prevalencia de la discapacidad moderada y grave de 3,2, en comparación con países de ingreso bajo y mediano en las Américas fue de 3,1.¹¹³

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia en 2021 las personas con discapacidad registradas fueron 1.555.708. Se distribuye el 51% en hombres (790962) y 49% mujeres (763288). El 19,7% (304697) de las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más, le siguen el grupo de edad de 60 y 64 con el 6,9% (107186). (Gráfico 98) Las alteraciones con mayor auto reporte corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,5%, seguida de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,6%. (Tabla 41)



Gráfico 98. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2021



*Corte a Julio de 2021. Consultado el 12 de julio de 2021. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Tabla 41. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2021

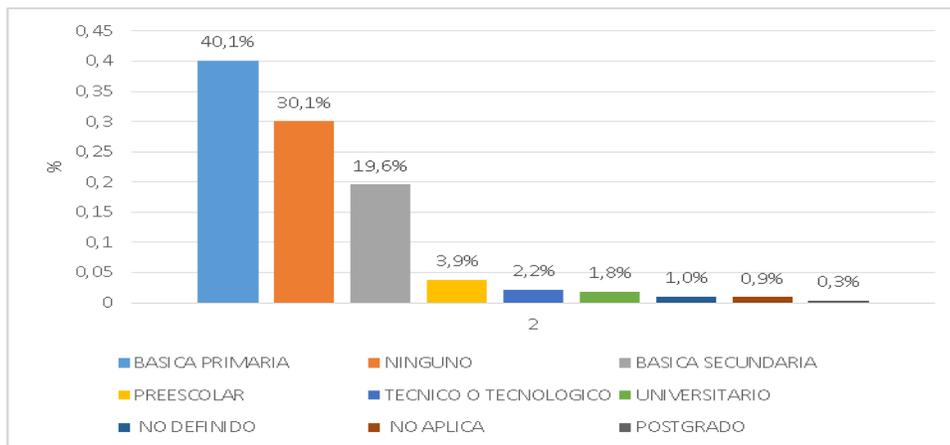
Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	769.857	49,5
El sistema nervioso	693.582	44,6
Los ojos	516.143	33,2
El sistema cardiopulmonar y las defensas	330.776	21,3
La voz y el habla	303.936	19,5
Los oídos	249.689	16,0
La digestión, el metabolismo, las hormonas	176.705	11,4
El sistema genital y reproductivo	116.416	7,5
La piel	57.172	3,7
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	44.038	2,8
Total	1.555.708	

*Corte a Julio de 2021. Consultado el 12 de Julio de 2021. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Del 100% (1.555.708) de los registros con información de último año de educación alcanzado, el 40,1% (624.580) de las personas en condición de discapacidad alcanzaron la básica primaria, el 30,1% (467.755) se clasifican como sin ningún nivel educativo. Solo el 1,8% (28.574) alcanzó el nivel universitario y el 0,3% (5.440) alcanzo a finalizar un posgrado. (Gráfico 99)



Gráfico 99. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2021

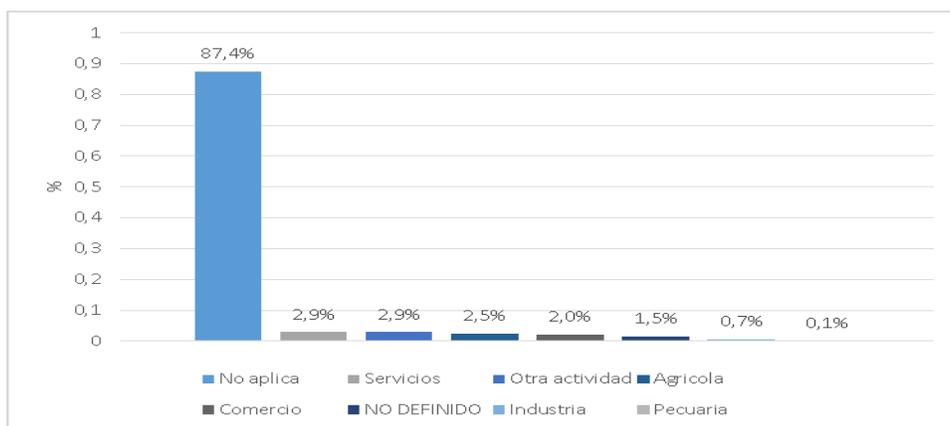


*Corte a Julio de 2021. Consultado el 12 de Julio de 2021. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Solo el 12,6% (196.019) de los registros consigna información sobre actividad económica en la cual trabaja, resultando los servicios como los más frecuentes, con un 2,9% (45.105) y otra actividad con un 2,9% (44.752). (Gráfico 100).

El 10,4% (161.969) de las personas en condición de discapacidad registradas declararon tener personas a cargo. El 38,4% (596.617) habita en vivienda propia totalmente pagada, el 24,6% (382.486) vive en arriendo y el 20,1% (313.381) en vivienda de familiar sin pagar arriendo.

Gráfico 100. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2021



*Corte a Julio de 2021. Consultado el 12 de Julio de 2021. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.



La salud
es de todos

Minsalud

Del 96,6% (1.475.696) de los registrados que respondieron la pregunta sobre ser beneficiarios de programas, solo el 13,5% declararon recibirlos. El 4,74 (70.064) del total de registrados reciben beneficios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Análisis de la Morbilidad por COVID-19

Según la OMS, la declaración de pandemia se da posterior a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Cuando surge un nuevo virus que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él (OMS., 2010). Siendo un importante motivo de preocupación para la salud pública, pues causan grandes estragos sociales y económicos y se cobran numerosas vidas (-OMS, s.f.).

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cabeza del director Tedros Adhanom, declaró la pandemia del nuevo coronavirus SARSCoV-2, después de que el número de casos de infectados fuera de China se haya multiplicado por 13 en dos semanas y el de los países afectados se haya triplicado en ese mismo periodo. El 2 de marzo de 2020 Colombia elevó el riesgo nacional de moderado a alto.

El nuevo virus SARSCoV-2 se transmite de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar, pudiendo traspasar fronteras geográficas a través de pasajeros infectados y la sintomatología suele ser inespecífica con fiebre, escalofríos y dolor muscular, pero puede desencadenar en una neumonía grave e incluso la muerte.

Cuando hay una pandemia, una respuesta apropiada y eficaz requiere que determinemos y caractericemos los factores que enlentecen o aceleran la transmisión y los grupos poblacionales que son más vulnerables. Los datos desglosados de alta calidad, accesibles, fiables, oportunos, abiertos y fidedignos son fundamentales para generar información valiosa para la toma de decisiones en tiempo real. Las investigaciones indican que los adultos mayores corren un riesgo más alto de sufrir complicaciones de salud. La edad parece ser un factor determinante crucial, de manera que las medidas de respuesta y control actuales se han aplicado centrándose en ello (OPS, s.f.).

La pandemia de COVID-19 pone de relieve la importancia del desglose de datos para asignar recursos de salud limitados y planificar las políticas durante la crisis y después de esta. La morbilidad y la mortalidad por COVID-



La salud
es de todos

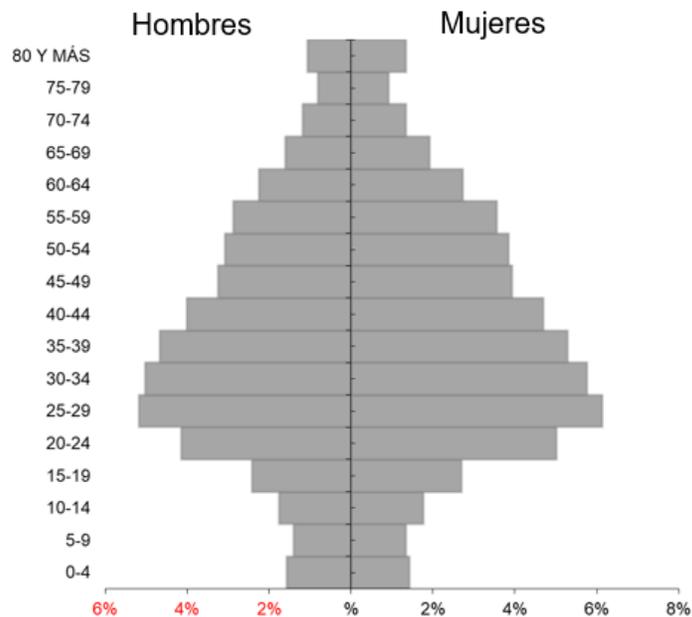
Minsalud

19 varían enormemente según el grupo etario; por consiguiente, los datos poblacionales exactos son indispensables para determinar el tamaño relativo de cada grupo etario (OPS, s.f.).

Por ello, teniendo en cuenta el papel del ASIS en los procesos de planeación y toma de decisiones, se llevará a cabo análisis de la afectación de la morbilidad por rangos de edad, preexistencias en salud y el ámbito de la atención de los casos.

Al revisar el comportamiento de la morbilidad por COVID-19, para Colombia hasta el 14 de septiembre de 2021 de la población total contagiada (7.698.627) el 46.2% está representado por los hombres (3.563.207) y 53.72% en mujeres (4.135.420). El 11,31% (870755) de los contagios se presentó en las personas de 25 a 29 años, seguido por el grupo de edad de 30 a 34 con el 10,78% (830079) y el grupo de 35 a 39 años con el 9,96% (766409). (Gráfico 101).

Gráfico 101. Pirámide poblacional de la morbilidad por Covid - 19. Colombia, a 2021.



Fuente: Datos disponibles en el cubo SegCovid del MSPS. Corte a septiembre de 2021. Consultado el 14 de septiembre de 2021.



Al observar los datos del número de casos confirmados de Covid - 19 por antecedente reportado, se identifica que los principales antecedentes que las personas contagiadas con covid presentaron fueron: tener al menos una comorbilidad con un 33,62% (1.875.389), seguido de ser Mayor de 59 años con un 16,96% (945.780) y sobrepeso y obesidad con 15,66% (873.403). (Tabla 42)

Tabla 42. Casos confirmados de Covid - 19 por antecedente reportado, a 2021

COLOMBIA	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad País	
		Año	Proporción
	Artritis	19.221	0%
	Asma	237.936	4%
	Cáncer	52.179	1%
	Comorbilidades (al menos una)	1.875.389	34%
	Diabetes	273.787	5%
	Enfermedades Huérfanas	11.384	0%
COLOMBIA	EPOC	244.790	4%
	ERC	183.830	3%
	Hipertensión	824.565	15%
	Sobrepeso y Obesidad	873.403	16%
	Terapia Reemplazo Renal	11.750	0%
	VIH	24.000	0%
	Mayor de 59	945.780	17%
	Total	5.578.014	100%

Fuente: Datos disponibles en el cubo SegCovid del MSPS. Corte a septiembre de 2021. Consultado el 14 de septiembre de 2021.

Revisando los datos del número de casos confirmados de Covid - 19 por ámbito de atención, se identifica que en el 96,53% (7764399) no se reporta el ámbito de atención en el que fue atendido; mientras que el 3,47% restante se distribuye entre los diferentes ámbitos donde la persona contagiada recibió la atención; es así como de este restante la mayoría de casos fueron reportados en hospitalización: 155.530 casos, seguido de Cuidado intensivo con 62.254 casos y Cuidado intermedio con 23.811 casos, lo cual evidencia el nivel de complejidad donde los casos fueron diagnosticados y atendidos, así como la severidad de los cuadros que presentaron las personas contagiadas. (Tabla 43)



Tabla 43. Casos confirmados de Covid - 19 por ámbito de atención, a 2021

COLOMBIA	Ámbito de atención	Total de casos según ámbito	
		Año	Proporción
	Consulta Externa	76	0,00%
	Cuidado Intensivo	62254	0,77%
	Cuidado Intermedio	23811	0,30%
	Domiciliaria	13838	0,17%
COLOMBIA	Hospitalización	155530	1,93%
	No Reportado	7764399	96,53%
	Otro	272	0,00%
	Urgencias	22975	0,29%
	Total	8043155	100%

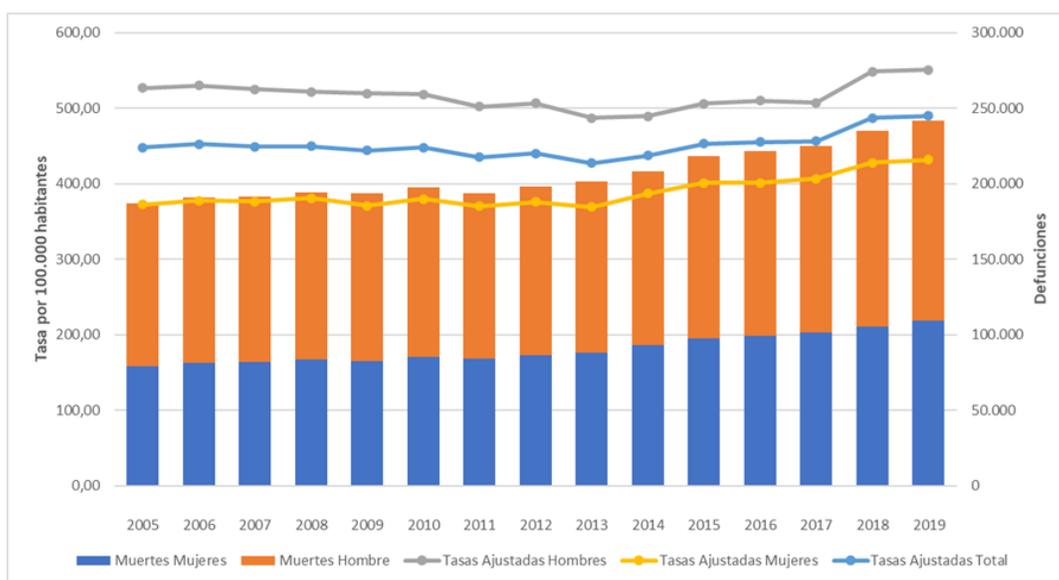
Fuente: Datos disponibles en el cubo SegCovid del MSPS. Corte a septiembre de 2021. Consultado el 14 de septiembre de 2021.



Mortalidad

Entre 2005 y 2019 en Colombia se produjeron en promedio 206.534 defunciones no fetales anuales, con una desviación estándar de 17.553. En este periodo, la tasa de mortalidad cruda ha oscilado entre 427 y 489 muertes por cada 100.000 personas. Por sexo se observa en la serie de tiempo, un mayor número de muertes en los hombres con respecto a las mujeres, la tendencia se muestra estable en ambos casos. La tendencia de la brecha de la desigualdad por sexo muestra que se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 102).

Gráfico 102. Mortalidad general, 2005-2019

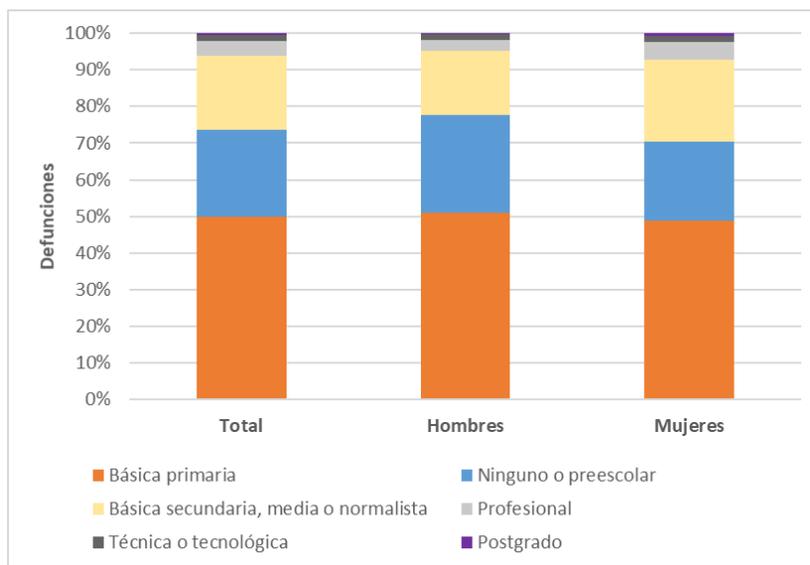


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

El sistema de información de la mortalidad en Colombia presenta subregistro para variables que generan gradiente como el nivel educativo, régimen de afiliación y etnia. Entre 2008 y 2019 el 77,3% de los registros tenía información por nivel educativo; de estos, el 49,8% (983.879) de las muertes ocurrió en aquellos que habían alcanzado la básica primaria, seguido del 23,9% (471.719) de la categoría ningún nivel educativo o preescolar, el 20% (395.828) que lograron la básica secundaria, media o normalista y del 4% (79.147) lograron ser profesionales (Gráfico 103).



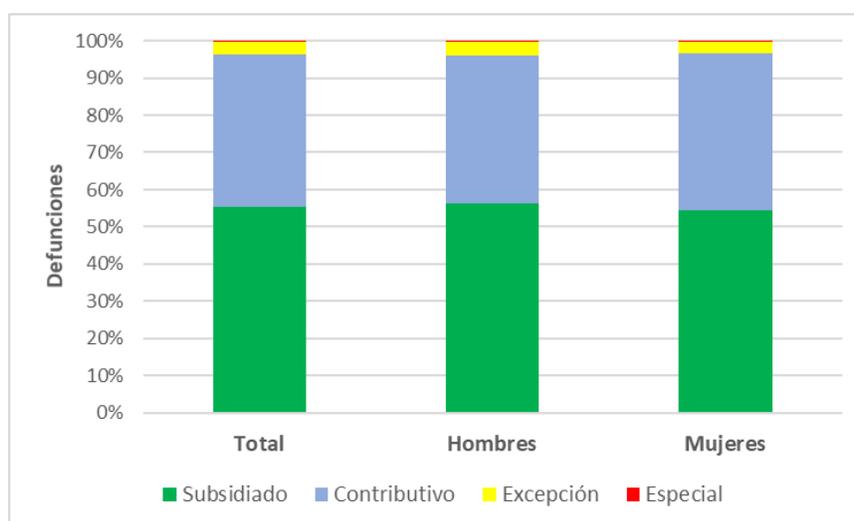
Gráfico 103. Mortalidad según nivel educativo, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

Alrededor del 87,6% de los registros tenía información de régimen de afiliación. De estos, el 55,4% (1.245.299) de las muertes ocurrió en el régimen subsidiado, el 40,9% (918.168) en el contributivo, el 3,3% (74.817) en el régimen de excepción y el 0,4% (8.690) para el régimen especial (Gráfico 104).

Gráfico 104. Mortalidad según régimen de afiliación, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

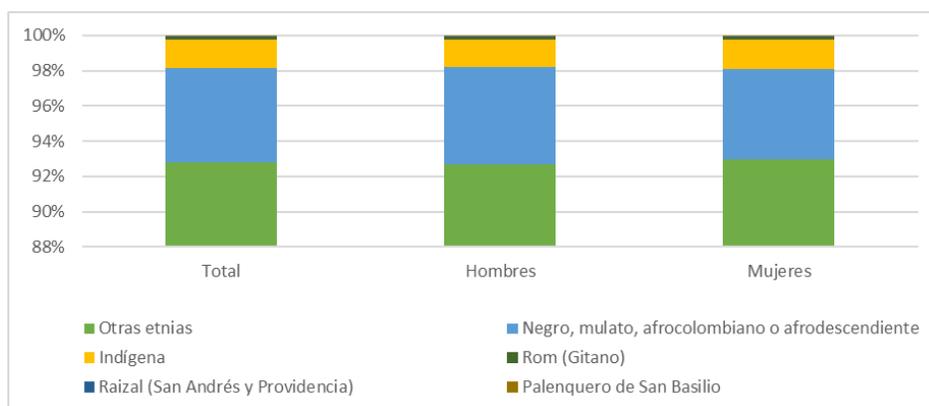


La salud
es de todos

Minsalud

El 94,1% de los registros tenía información de etnia; de estos, el 92,8% (2.229.074) de las muertes fue clasificado como de otras etnias, el 5,4% (128.816) como negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente, dejando un 1,6% (38.725) para indígenas, 0,1% Rom, 0,1% raizales y 0,04% palenqueros (Gráfico 105).

Gráfico 105. Mortalidad según etnia, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

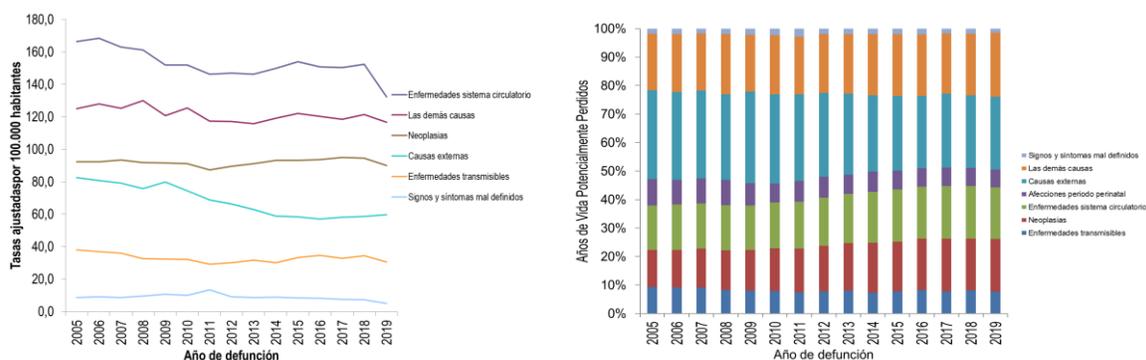
Mortalidad general por grandes causas

Entre 2005 y 2019 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Para este evento, de 2005 a 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentaron una tendencia decreciente pasando de 166,42 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, seguida de una corta estabilización entre 2011 y 2013, un aumento hasta 2018 llegando a 152,42 y un descenso marcado al final del periodo observado. Para 2019 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 132,22 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 31,03% (75.826) de las defunciones y el 18,1% (898.774) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 116,61 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total del 8,36%. Para 2019 estas causas produjeron el 26,8% (65.559) de todas las muertes y el 22,5% (1.116.743) de los AVPP (Gráfico 106).



De la misma manera, para 2019 las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en el primer lugar como causa del 31,03% de las muertes; las demás causas en segundo lugar con un 26,83% (65.559); y las neoplasias en tercer lugar con un 20,0%. Las causas externas presentaron un aumento con respecto al 2018, pasando de 29.283 a 30.649 muertes, aportando en ese último año el 12,54% de los fallecimientos y el 25,51% (1.264.943) de los AVPP. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6,90% (16.851) de las muertes; y en los últimos lugares estuvieron las afecciones originadas en el periodo perinatal que produjeron el 1,58% de las defunciones (3.851), y los signos y síntomas mal definidos con 1,12% (2.739) (Gráfico 107).

Gráfico 106. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2019

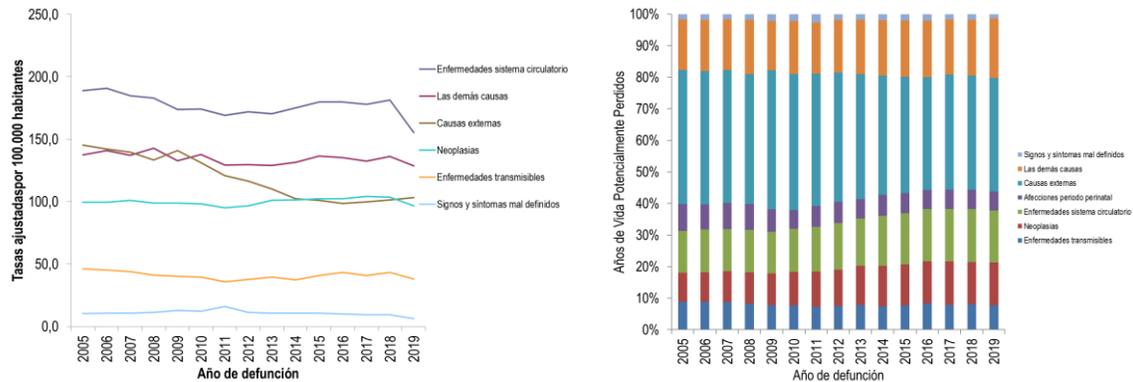


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2019 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 189,01 a 155,44 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2019 provocaron el 16,45% (490.220) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubica en segundo lugar de frecuencia de mortalidad con una tendencia a la disminución haciendo leves fluctuaciones que la llevan a pasar de una tasa de 137,39 en 2005 a una de 128,83 muertes por cada 100.000 personas en 2019; el mismo año, las causas externas produjeron el 36,08% (1.074.737) de los AVPP y las defunciones por esta causa han disminuido llevándolas al tercer lugar de frecuencia. Las neoplasias por su parte, han mostrado un comportamiento estable durante todo el periodo observado, donde la tasa en 2005 era de 99,60 y en 2019 fue de 96,68 muertes por cada 100.000 personas. Los signos y síntomas mal definidos fueron la causa de mortalidad menos frecuente, y para 2019 aportaron el 1,16% (1.562) de las muertes (Gráfico 107).



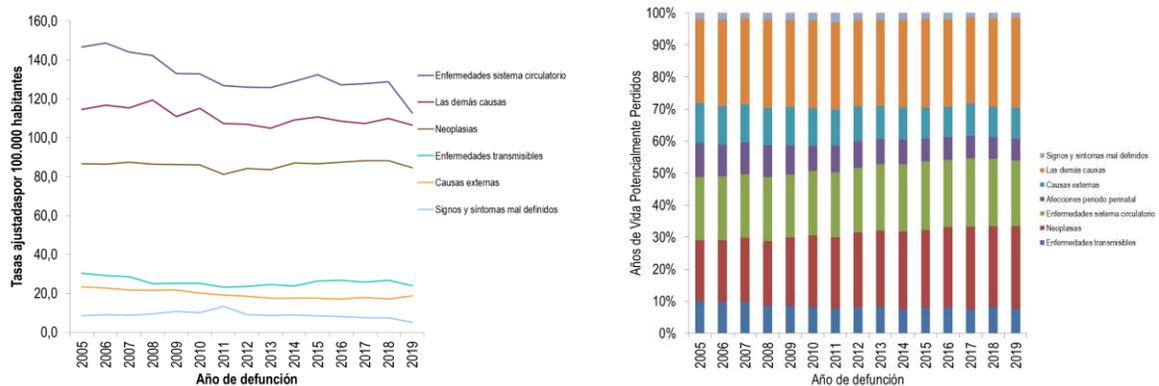
Gráfico 107. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

Entre 2005 y 2019 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 112,73 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 20,64% (408.553) de todos los AVPP en este sexo. Las demás causas ocuparon el segundo lugar de frecuencia, produjeron el 26,83% (65.559) de las muertes y generaron el 28,27% (559.770) del total de AVPP en mujeres y las neoplasias ocuparon el tercer lugar de frecuencia, se atribuyeron el 22,73% (24.932) de las muertes y generaron el 25,79% (510.531) de los AVPP, la reducción en sus tasas ajustadas entre 2005 y 2019 fue apenas del 1,96% (Gráfico 108).

Gráfico 108. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

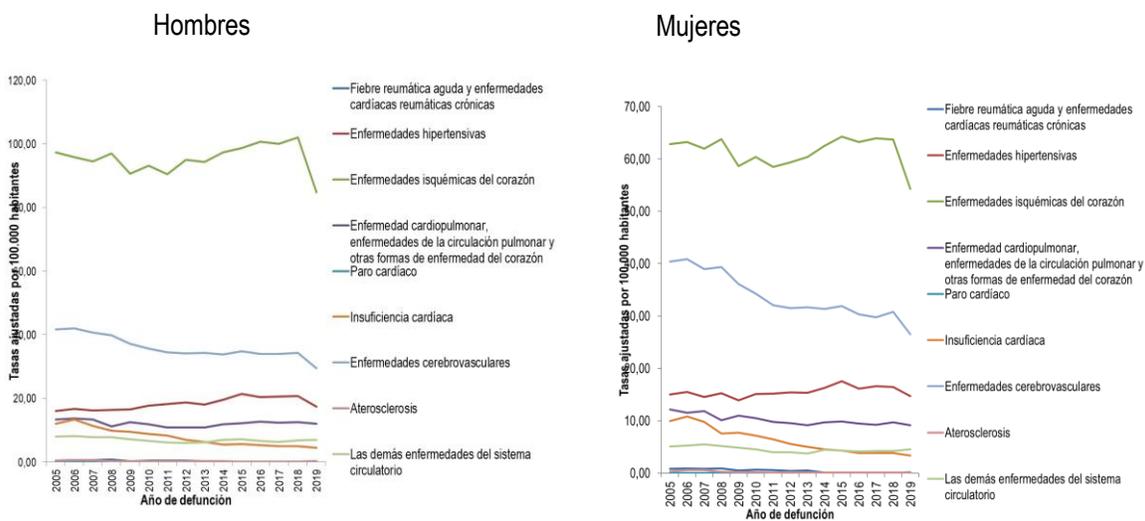


Mortalidad específica por subgrupos

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2005 y 2019 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres produciendo 959.805 defunciones, de estas 12,66% (75.826) se presentaron en 2019, y sus tasas ajustadas de mortalidad oscilaron entre 78,89 y 68,17 muertes por cada 100.000 habitantes. En 2019, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 51,7% (39.179) de las muertes dentro del grupo; seguidas por las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 20,9% (15.882) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12,3% (9.346) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos. (Gráfico 109)

Gráfico 109. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2019

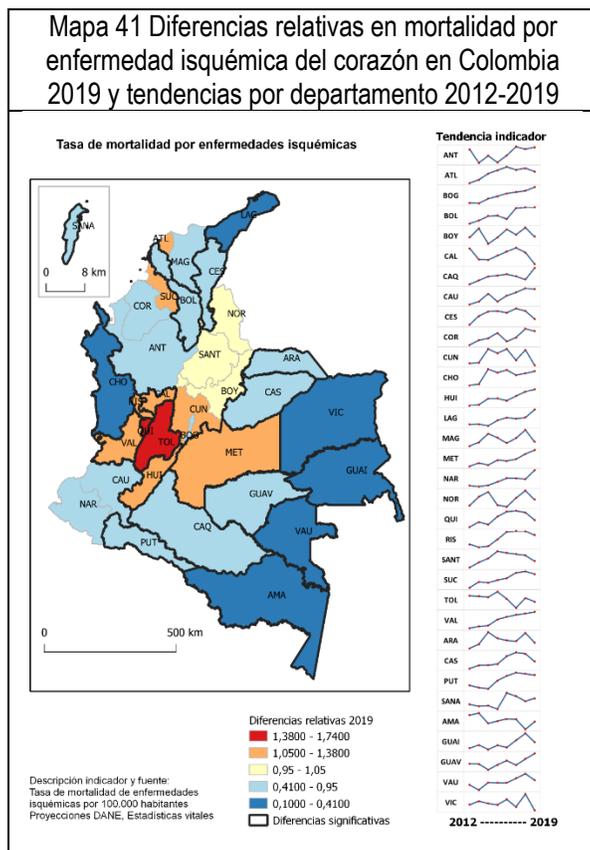


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 8 de noviembre de 2021.



Enfermedad isquémica del corazón

Durante el periodo 2012-2019, se observó un incremento en la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica de corazón, pasando de 67,2 en 2012 a 80,6 x 100.000 habitantes en 2018, con un ligero incremento en 2019 para cerrar en 79,3 por x 100.000 habitantes. Para 2019, las tasas de mortalidad más altas por enfermedad isquémica se observaron en los tres departamentos del eje cafetero y el Tolima. Las diferencias relativas más altas con relación al país también fueron estadísticamente significativas en Meta, Huila y Valle así como, las más bajas en los departamentos de la Orinoquía y Amazonia, Chocó y Atlántico, César, Bolívar, Sana Andrés y la Guajira (mapa 41).



Fuente: elaboración propia de los autores.

En el caso de las desigualdades no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque los departamentos con mayor ingreso y educación tienen las tasas de mortalidad más altas.

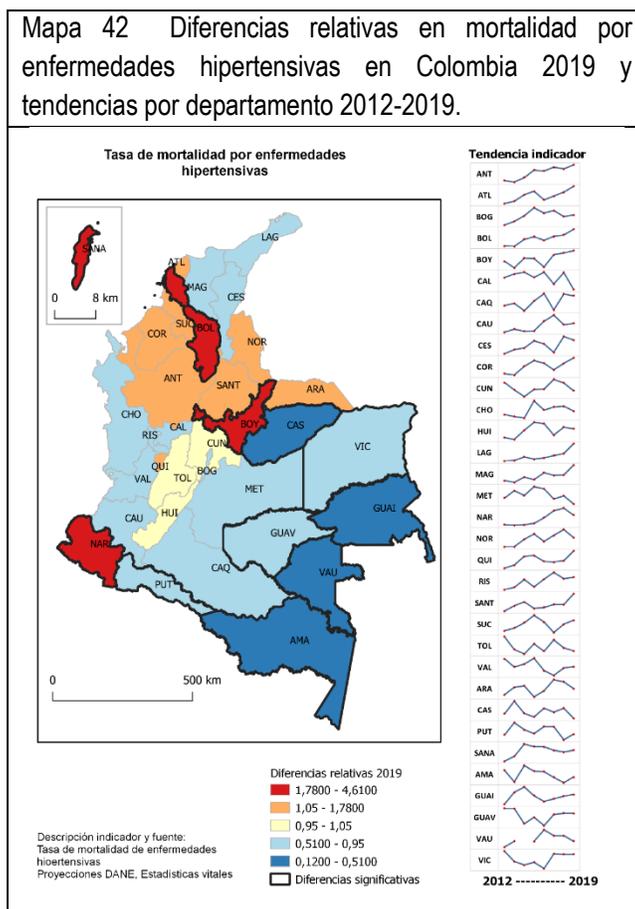


Enfermedades hipertensivas

La tendencia de la mortalidad por enfermedad hipertensiva en Colombia muestra un aumento entre 2013 y 2015, periodo en el que pasó de 15 casos por 100.000 habitantes en 2013 a 18,1 en 2015, luego de un descenso en 2016 continuó aumentando para terminar el periodo en 18,9 casos X 100.000 habitantes.

En el mapa 42, se observa que la mortalidad por enfermedades hipertensivas durante 2019 fue más alta en Bolívar, Boyacá, Nariño y San Andrés, con diferencias estadísticamente significativas con relación a la tasa nacional. Mientras fue más baja, y estadísticamente significativa en Amazonas y los departamentos de la Orinoquía exceptuando Arauca. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque los departamentos con mayor ingreso y educación tienen las tasas de mortalidad más altas.

Mapa 42 Diferencias relativas en mortalidad por enfermedades hipertensivas en Colombia 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



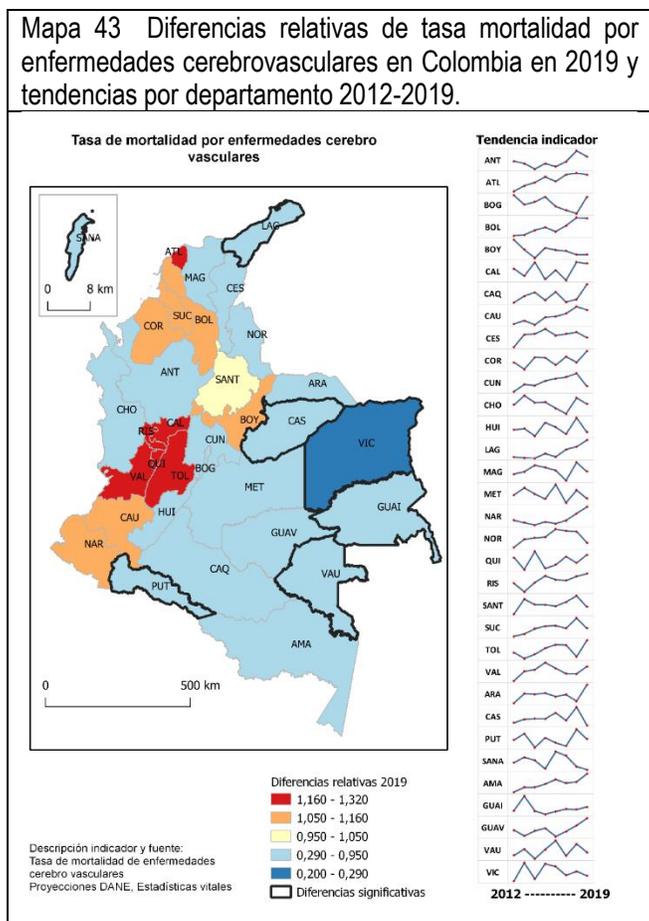
Fuente: elaboración propia de los autores.



Enfermedad cerebrovascular

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el país ha tenido una tendencia al aumento entre 2012 y 2019. Para el año 2012 la mortalidad fue de 29,22 casos x 100.000 habitantes. Para 2019 hubo 32,2 casos por 100.000 habitantes.

Los tres departamentos del eje cafetero junto a Valle del Cauca y Tolima tuvieron para 2019 tasas más altas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, en comparación al país como un todo. Sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Al contrario, Vichada, Guainía, Vaupés, Putumayo, Casanare, San Andrés y La Guajira tuvieron tasas que estuvieron por debajo de la del país, encontrándose estadísticamente significativas (mapa 43). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque los departamentos con mayor ingreso y educación tienen las tasas de mortalidad más altas.



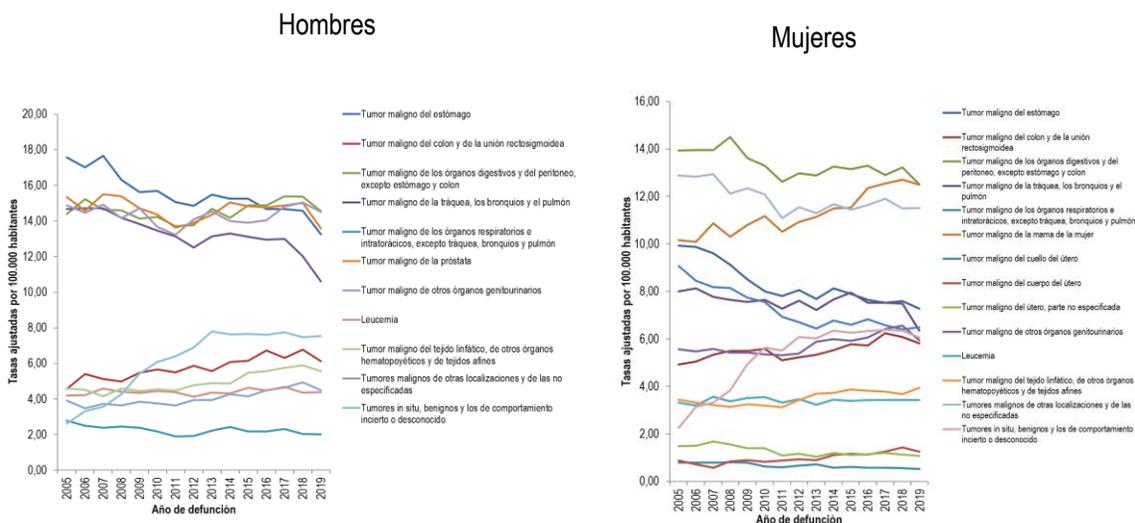
Fuente: elaboración propia de los autores.



Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2019, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causando el 14,96% (87.444) de las defunciones y exhibiendo tasas oscilantes entre 14,1 y 13,4 muertes por cada 100.000 habitantes. El tumor maligno de estómago provocó el 12,4% (72.527) de las defunciones y sus tasas disminuyeron en un 26,7% durante el periodo, pasando de 13,5 a 9,9 muertes por cada 100.000 personas. El cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad en hombres y su tendencia constante lo ha mantenido entre 15,34 y 13,57 muertes por cada 100.000 hombres. Por su parte, la mortalidad por cáncer de mamá en las mujeres aumentó en un 23,05% pasando de 10,15 a 12,49 muertes por cada 100.000 mujeres. (Gráfico 110)

Gráfico 110. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2019

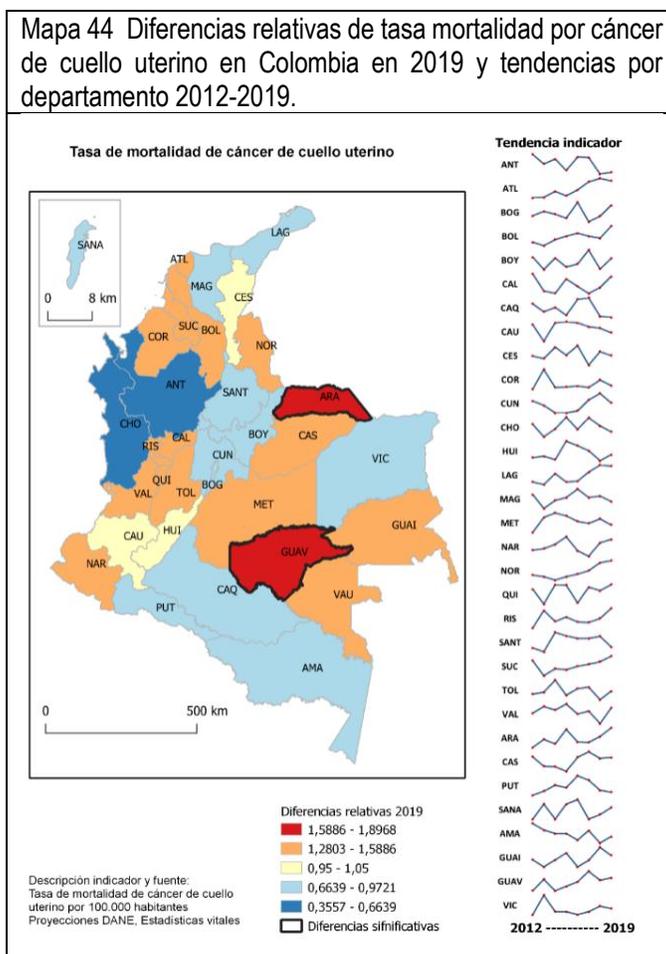


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.



Cáncer de cuello uterino

La tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país ha sido fluctuante del año 2012 a 2019. Para 2012, la tasa de mortalidad fue de 6,45 x 100.000 mujeres y para 2019 de 7,2 x 100.000 mujeres. Los departamentos con una tasa más alta para 2019 fueron Arauca y Guaviare (mapa 44), ambos con una tasa mayor a la nacional siendo estadísticamente significativas. Antioquia fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja cáncer de cuello uterino en 2019 (4,49 x 100.000 mujeres). Al hacer el análisis de equidad no se encuentra un claro gradiente en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre los quintiles por años promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita.

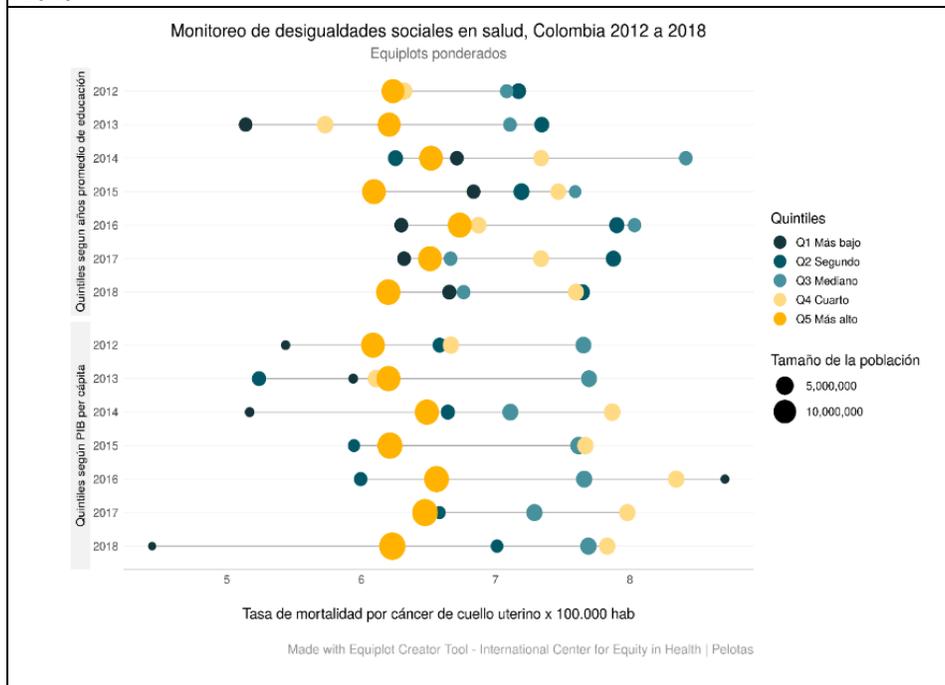


Fuente: elaboración propia de los autores.



Al hacer el análisis de equidad no se encuentra un claro gradiente en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre los quintiles por años promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita (Gráfico 111).

Gráfico 111. Desigualdades según la mortalidad por cáncer de cuello uterino por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Fuente: elaboración propia de los autores.

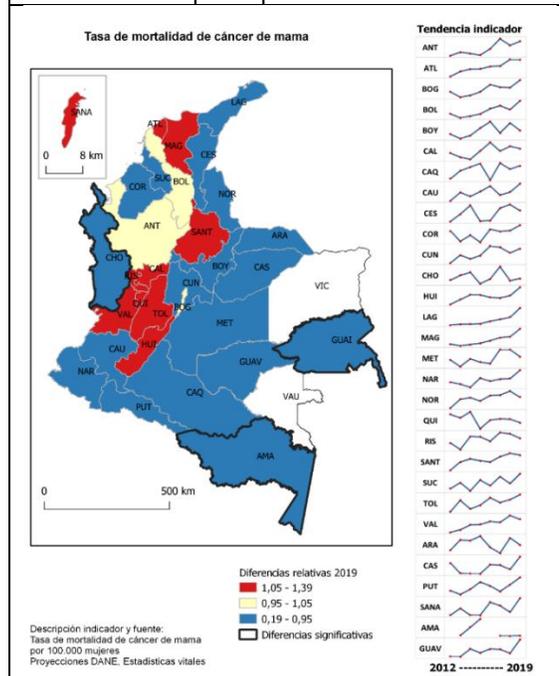
Cáncer mama

La mortalidad por cáncer de mama ha tenido una tendencia hacia el aumento de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue 10,55 x 100.000 mujeres, mientras que en 2019 fue 14,28 x 100.000 mujeres. Los departamentos de Atlántico y Valle fueron los que presentaron una mayor mortalidad por esta causa en 2019 aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Para el mismo año, Chocó, Amazonas y Guainía tuvieron las tasas más bajas de mortalidad por mama y estuvieron por debajo de la tasa nacional siendo estadísticamente significativas (mapa 45).



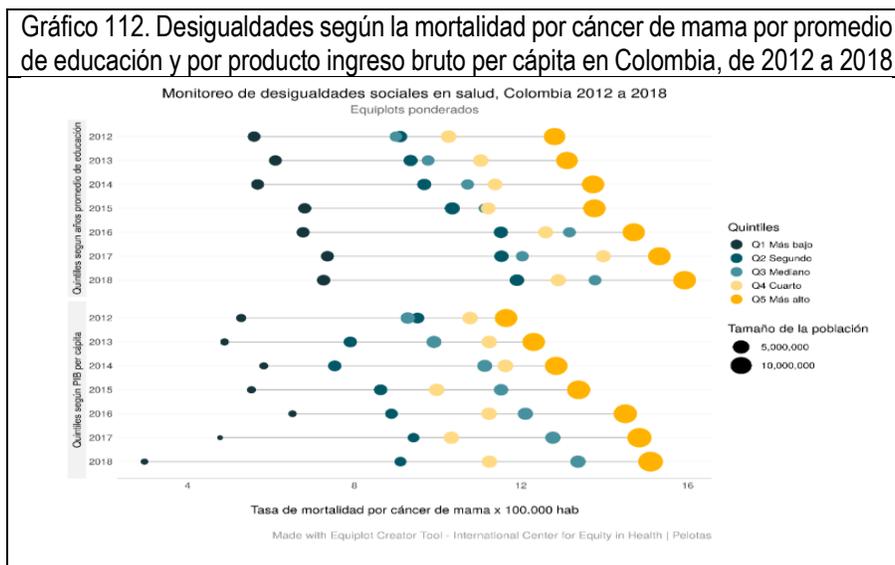
Mapa 45 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de mama en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Al hacer el análisis de equidad para los dos estratificadores, se observa que en el periodo de estudio quienes estuvieron en el quintil más alto de PIB per cápita y para años promedios de educación tenían las tasas más altas (Gráfico 112).

Gráfico 112. Desigualdades según la mortalidad por cáncer de mama por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018

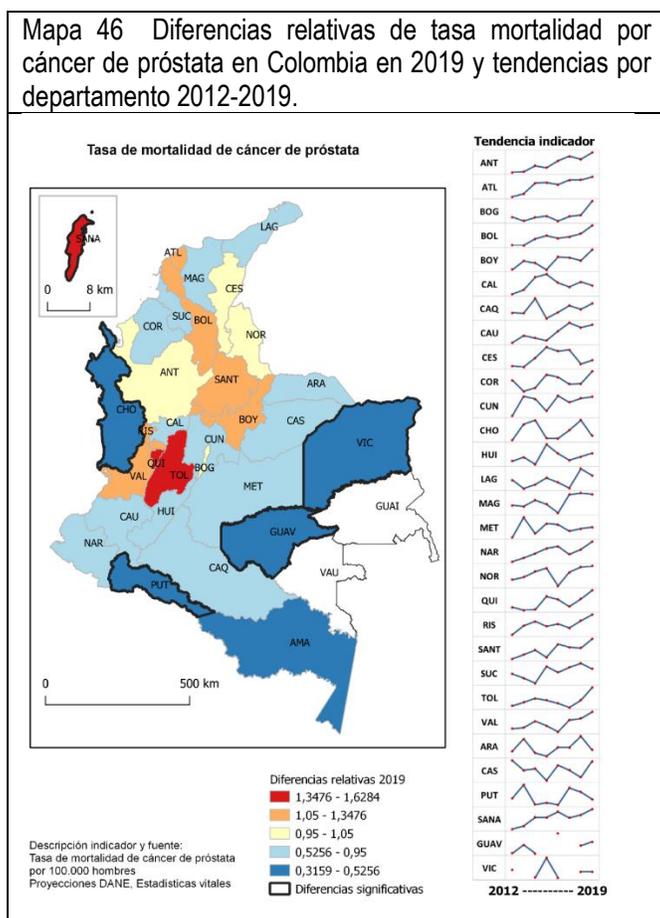


Fuente: elaboración propia de los autores.



Cáncer próstata

La mortalidad por cáncer de próstata ha aumentado de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue de 10,87 x 100.000 hombres mientras para 2019 fue 14,25 x 100.000 hombres. En 2019, San Andrés tuvo la tasa de mortalidad más alta por esta localización de cáncer y el mismo año Chocó, Putumayo, Guaviare y Vichada tuvieron las tasas más bajas y por debajo de la tasa nacional, con diferencias estadísticamente significativas como lo señala el mapa 46.



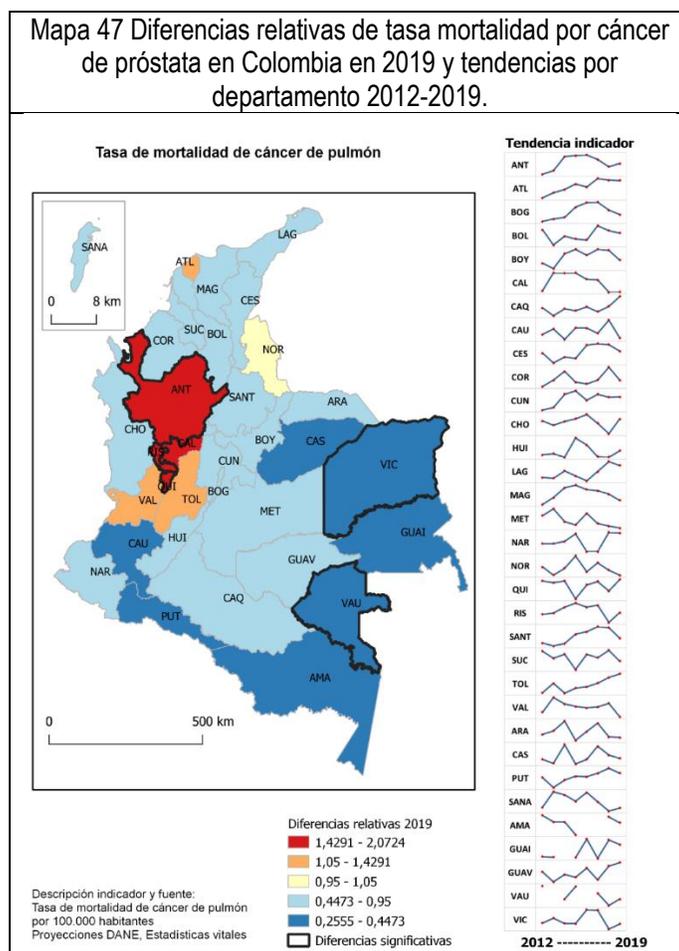
Fuente: elaboración propia de los autores.

En el análisis de equidad para los dos estratificadores, no se encuentra un claro gradiente en la mortalidad por cáncer de próstata, aunque tanto para PIB per cápita y como para años promedios de educación, el quintil más bajo tuvo una menor mortalidad por esta localización de cáncer.



Cáncer de pulmón

La mortalidad por cáncer de pulmón ha mostrado un descenso de 2017 a 2019, luego de una tendencia al aumento de 2012 a 2016. En 2012, la tasa fue 8,71 x 100.000 habitantes y en 2019 esta fue similar (9,16 x 100.000 habitantes), luego de haber tenido su valor más alto en 2017 (9,73 x 100.000 habitantes). Quindío, Risaralda y Antioquia tuvieron las tasas de mortalidad más alta por cáncer de pulmón y Vichada y Vaupés las más bajas, con diferencias estadísticamente significativas (Mapa 47).



Fuente: elaboración propia de los autores.

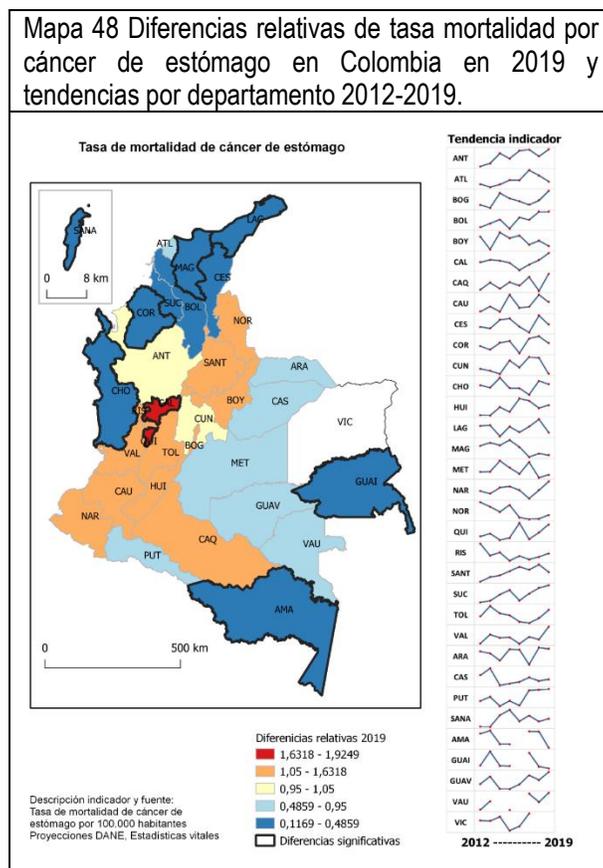
Similar a lo reportado para otras localizaciones de cáncer aquí analizadas, no se observa para la mortalidad por cáncer de pulmón un claro gradiente entre los dos estratificadores analizados.



Cáncer de estómago

La tendencia de la mortalidad por cáncer de estómago muestra una tendencia al aumento de 2012 a 2019. Para 2012, la tasa fue 9.98 x 100.000 habitantes mientras para 2019 fue 11,00 x 100.000 habitantes. La mortalidad por esta causa en 2019 fue más alta en Quindío y Caldas con diferencias significativas por arriba de la nacional. Por su parte, para el mismo año Córdoba, Chocó, La Guajira, San Andrés, Amazonas y Guainía estuvieron por debajo de la tasa nacional (mapa 48), siendo Amazonas el de la tasa de mortalidad más baja por cáncer de estómago en Colombia, con diferencias también significativas.

Mapa 48 Diferencias relativas de tasa mortalidad por cáncer de estómago en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

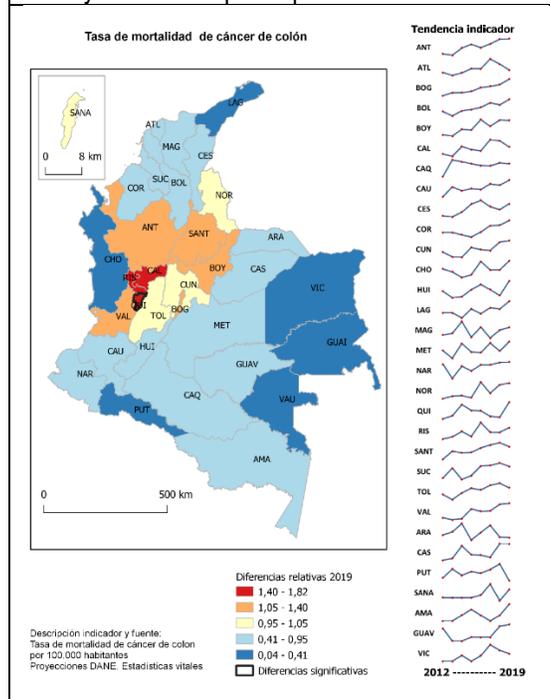
Al realizar el análisis de desigualdad por los estratificadores y la totalidad de los quintiles, no se logra evidenciar ninguna tendencia en la distribución de la mortalidad por cáncer de estómago entre 2012 y 2018.



Cáncer de colon

La tendencia de la mortalidad por cáncer de colon en el país viene hacia al aumento del año 2012 a 2019. Para el primer año esta tasa fue de 4.94 x 100.00 habitantes, mientras para 2019 fue de 6.61 por 100.000 habitantes. Según observa en el mapa 49, los departamentos con la tasa más alta para 2019, fueron Quindío, Risaralda y Caldas. Sin embargo, solo el primero tuvo una tasa mayor que la nacional con diferencia significativa. Para el mismo año Putumayo fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Mapa 49 Diferencias relativas de tasa de mortalidad por cáncer de colon en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Para los dos estratificadores, se observa que, en el periodo de estudio, el quintil más alto de PIB per cápita y años promedio de educación tuvieron una mayor tasa. Sin embargo, no hay claro gradiente dada la distribución observada en los quintiles intermedios. Es importante mencionar que este comportamiento también sucede en las desigualdades por cáncer de próstata sugiriendo la influencia de determinantes de mejor posición social.

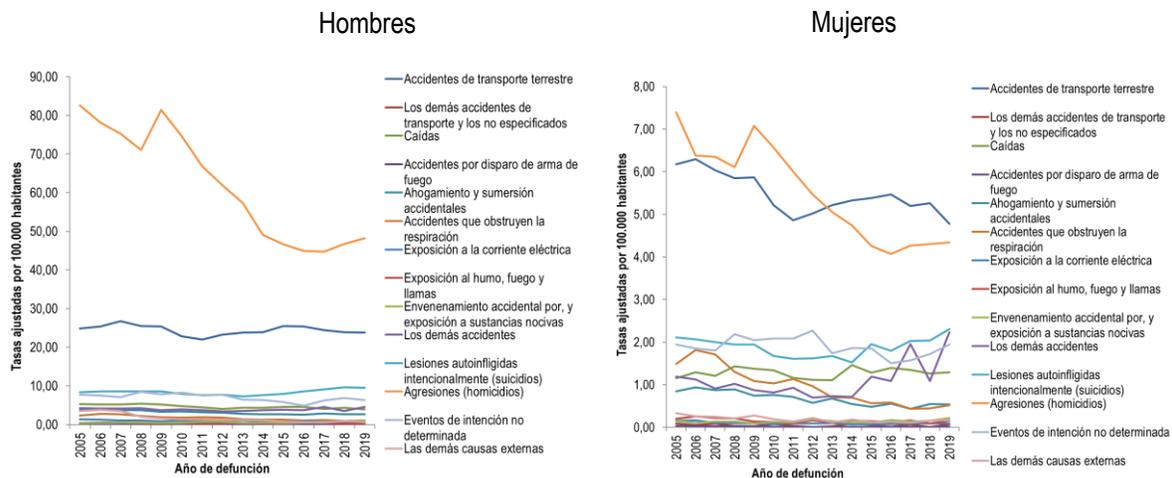


Mortalidad por causas externas

Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad. Ente 2005 y 2019, las agresiones (homicidios) fueron la primera causa de mortalidad por causas externas aportando el 49,04% (232.042) de las defunciones y exhibiendo tasas en descenso constante que pasaron de 44,05 a 25,84 muertes por cada 100.000 habitantes, y mostrando una importante reducción del 41,3% en el periodo observado. En 2019 las agresiones provocaron el 42,5% (13.043) del total de muertes por causas externas. En este periodo, existe una brecha importante entre sexos, donde la tasa de mortalidad por homicidios es 9,9 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre provocaron el 21,22% (99.671) de las muertes por causas externas y para 2019 se constituyeron como la primera causa de mortalidad para las mujeres (4,78 por cada cien mil mujeres) aunque la tasa es 4 veces mayor (23,77 por cada cien mil hombres) para los hombres (Gráfico 113).

Para 2018 Caquetá, Cauca, Quindío, Valle del Cauca, Arauca y Putumayo reportaron tasas ajustadas de mortalidad por causas externas significativamente más altas que la nacional. En tanto, Atlántico, Bogotá D.C., Boyacá, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Sucre, Amazonas y Vaupés tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 113. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.



Accidentes de transporte terrestre

Según, la Agencia Nacional de Seguridad Vial “más de 1,3 millones de personas mueren en las carreteras del mundo cada año y decenas de millones resultan gravemente heridas”.

Al analizar las tasas de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, podemos identificar que, entre el 2012 al 2019, han incrementado el número de muertes por accidentes de transporte terrestre, pasando de una tasa de 1,93 a 2,24 por 1.000 habitantes. En 2019, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre en hombres es de 1,75 veces más alta que en las mujeres.

El estudio de la desigualdad evidencia que los departamentos que componen el cuarto quintil más rico (medido a través del PIB per cápita) experimenta más muertes por accidentes de transporte terrestre que los departamentos más pobres. De igual manera, son más frecuentes en los departamentos que componente el quintil más educación (años promedio de escolaridad en personas mayores de 15 años) que en los menos educados.

Gráfico 114. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito (100.000 hb), Colombia 2005 a 2019

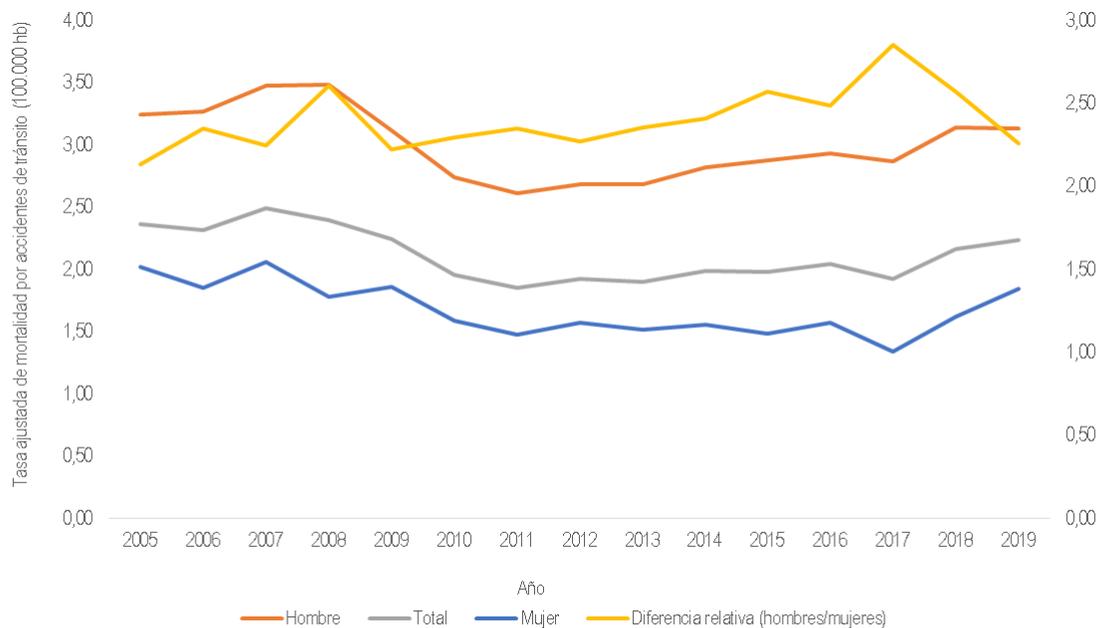




Gráfico 115. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito en la gradiente definida por producto interno bruto per cápita; 2012 a 2018.

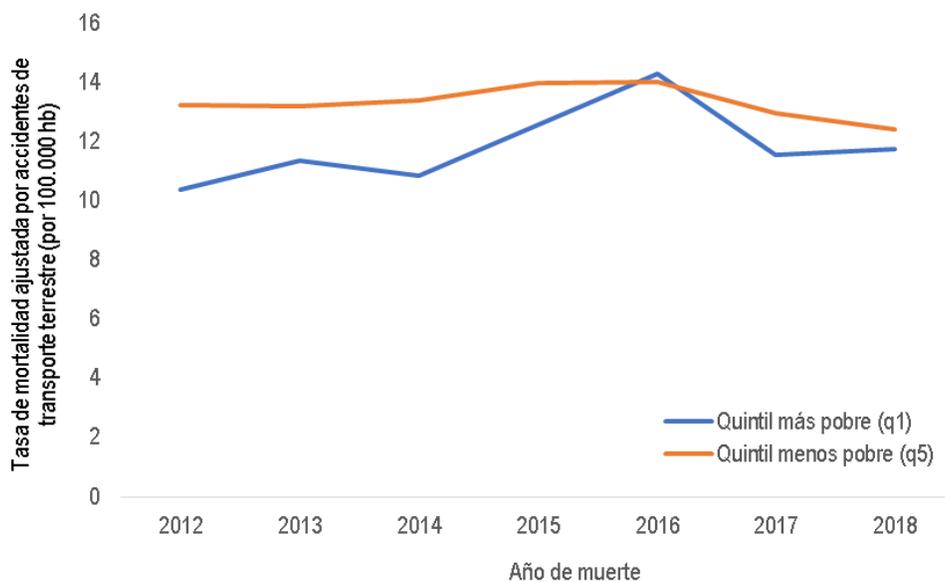
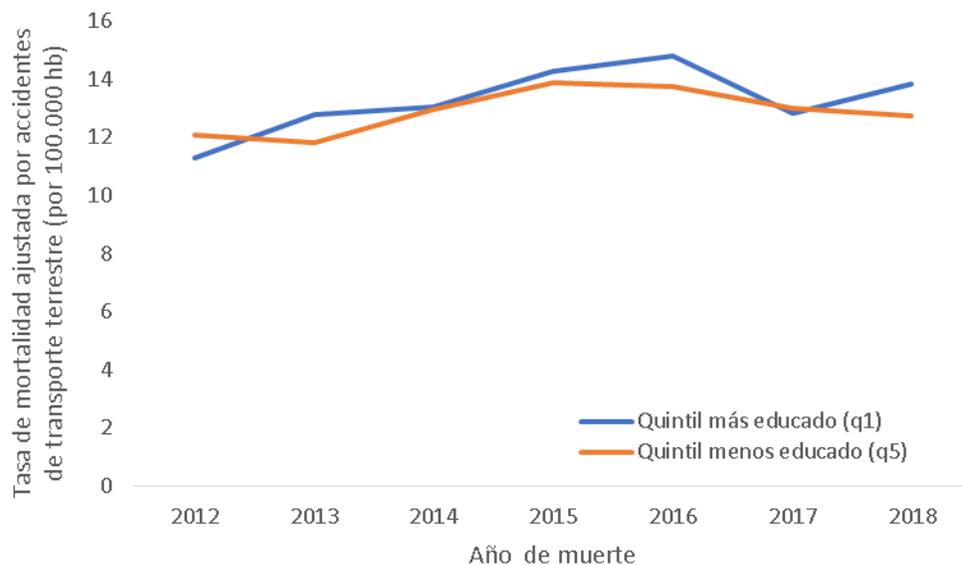


Gráfico 116. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito en la gradiente definida por años promedio de escolaridad (en personas mayores de 15 años); 2012 a 2018.



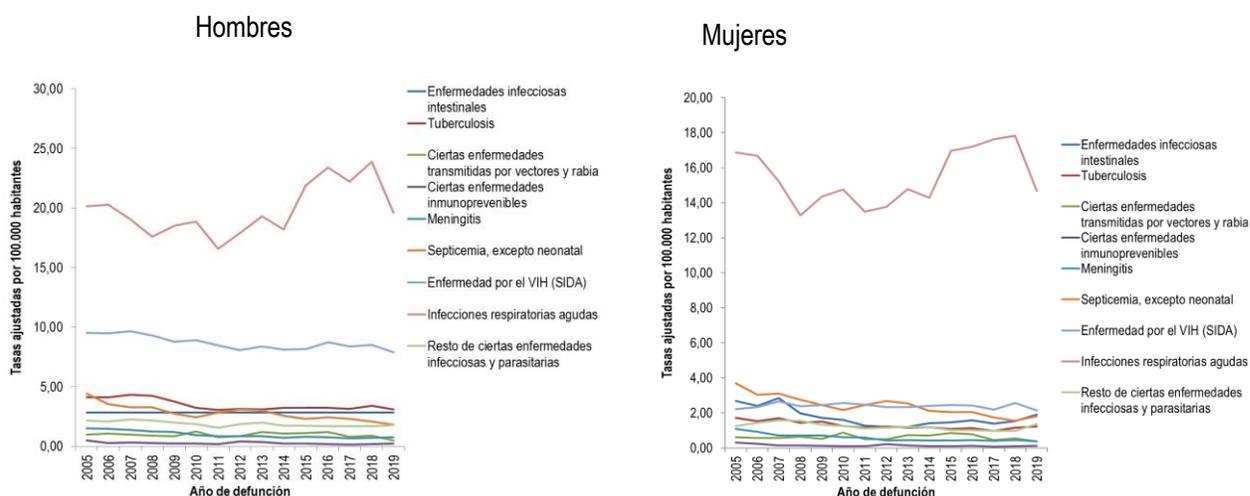
Fuente: EEVV, consultado en bodega de datos SISPRO, Minsalud el 14/05/2021 en <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion>.



Mortalidad por enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2019 produjeron el 52,8% (113.896) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 16,9 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, al VIH (SIDA) se le atribuyó el 16,91% (36.453) de las muertes por enfermedades transmisibles y se constituye en la segunda causa de muerte más frecuente con tasas oscilantes entre 5,7 y 4,9. La frecuencia de mortalidad por otras subcausas en este grupo es similar entre sexos (Gráfico 117).

Gráfico 117. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 2005-2019



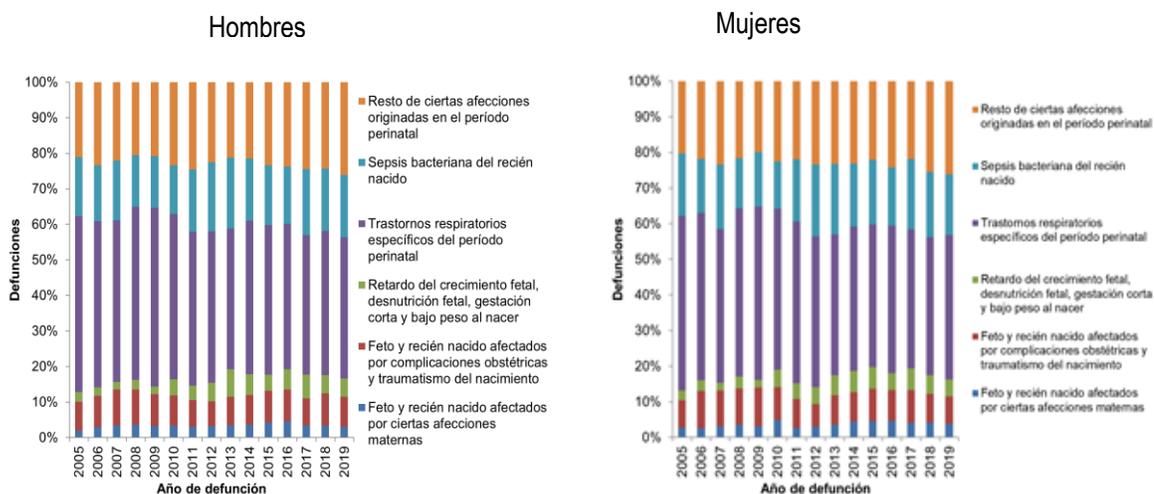
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido decreciente y constante. Entre 2005 y 2019 el 44,1% (29.051) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos: P00-P96, P08, P29, P35, P37-P96) causó el 22,7% (14.953) de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 16,9% (11.142). El Comportamiento entre sexos es similar (Gráfico 118).



Gráfico 118. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2019



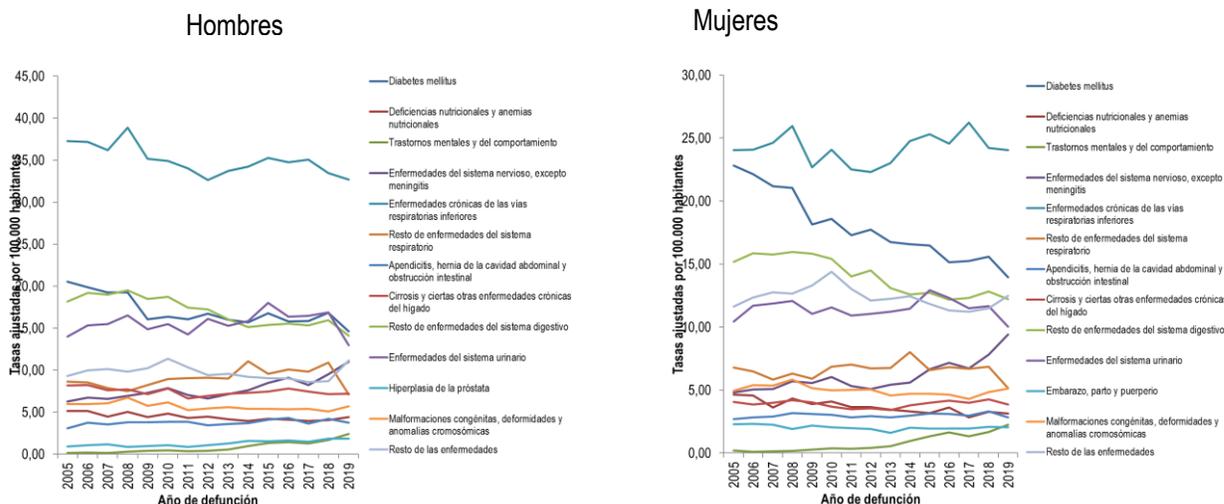
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

Mortalidad por las demás causas

El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99¹⁷. Entre 2005 y 2019, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo, causando el 23,5% (182.509) de los decesos. Entre 2008 y 2012 sus tasas ajustadas decayeron en un 15%, pasando de 31,73 a 26,87 muertes por cada 100.000 habitantes, para luego presentar incrementos y descensos, oscilando hasta alcanzar un valor de 27,93 en 2019. En segundo lugar, la diabetes mellitus provocó el 14% (108.628) de las defunciones dentro del grupo, con tasas ajustadas tendientes al descenso, pasando de 21,81 a 14,25 para una reducción relativa del 34,7% y absoluta de 7,56 muertes menos por cada 100.000 personas año (Gráfico 119).



Gráfico 119. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

Mortalidad materno-infantil y en la niñez

Mortalidad materna

En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030¹¹⁴. Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000¹¹⁵.

Según datos de la OPS, en 2019 la razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, en la Región de las Américas fue de 67,2 y en América Latina de 69,3. Los países que registraron valores por encima de la región fueron Anguila (689,7), Bahamas (114,6), Barbados (114,9), Belice (115,6), Estado Plurinacional de Bolivia (160,0), Guatemala (108,0), Granada (131,5), Guyana (77,8), Haití (529,0), Honduras (78,1), Jamaica (110,6), República Dominicana (107,1), República Bolivariana de Venezuela (82,1), Perú (70,0), Paraguay (67,3), Saint Kitts y Nevis (337,8), San Martín (237,0) y Surinam (81,9)⁸⁰.



En Colombia la razón de mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011 el indicador osciló entre 60,5 y 69,1 y posteriormente entre 2011 y 2019 se produjeron 18,4 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. Durante todo el periodo la reducción fue del 27,7%, lo que se traduce en 19,4 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos (Gráfico 120).

Cabe resaltar, que el país ha avanzado en este sentido logrando alcanzar la meta nacional propuesta a 2018 que era de 51 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Así mismo, se deben redoblar los esfuerzos para reducir la razón nacional de mortalidad materna a menos de 32,0 por cada 100.000 nacidos vivos en el 2030¹¹⁶.

Gráfico 120. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 – 2019



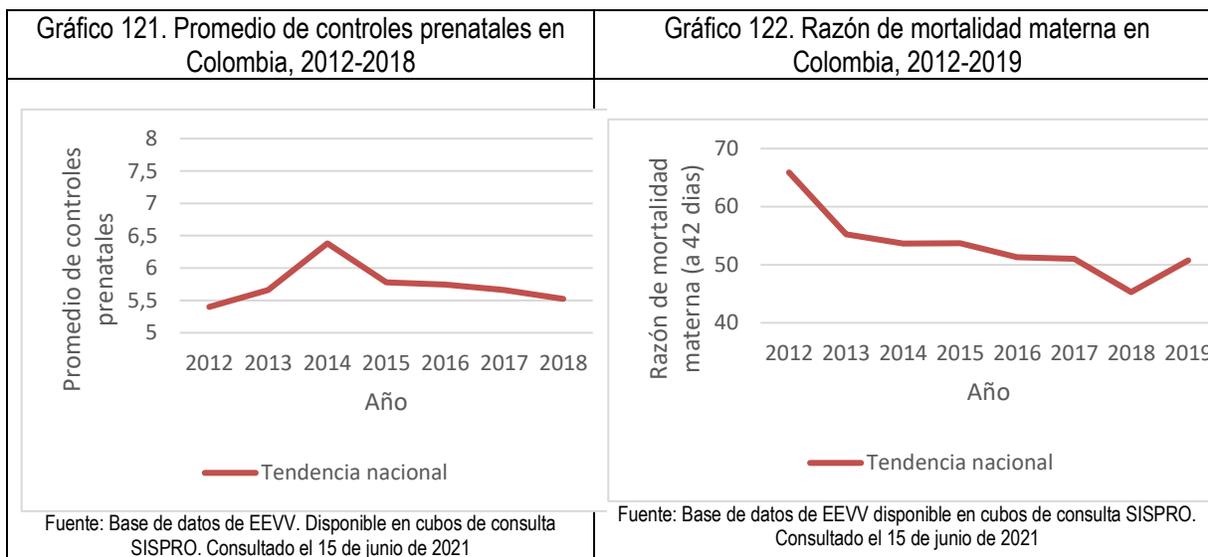
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 11 de noviembre de 2021.

Control prenatal – Mortalidad materna

A nivel nacional, entre el 2012 -2019, se distingue un decremento de 3 puntos porcentuales de los nacidos vivos con cuatro o más consultas de CPN al mismo tiempo se identifican un incremento en el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, en el mismo periodo de tiempo. Lo que traduce la necesidad de seguir fortaleciendo la realización de las consultas de control prenatal (Gráfico 121).

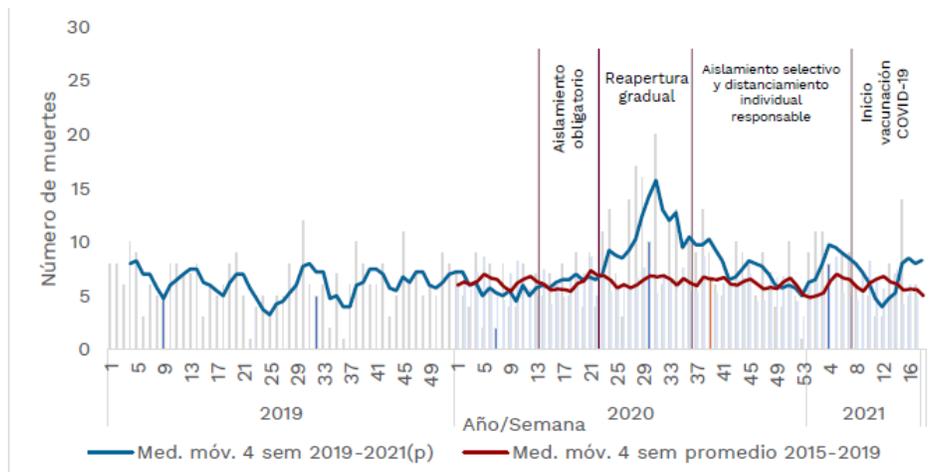


A nivel nacional, durante el 2012, se presentaron 65 muertes maternas por cada 100.000 NV y a pesar de disminuir esta razón hasta el año 2018, a partir del 2019 se empezaron nuevamente a incrementar, acentuándose dicha situación en la Pandemia por Covid-19 (Gráfico 122).



Como se evidencia, la mortalidad materna ha mantenido un incremento después de la emergencia sanitaria por COVID-19 especialmente, en la reapertura gradual, alcanzando el mayor número de muertes maternas en la semana epidemiológica No. 29, del año 2020, comparación a los valores históricos registrados.

Gráfico 123. Número de muertes maternas a 42 días en Colombia, 2019-2021(p).



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de datos de Estadísticas Vitales -EEVV disponible en cubos de consulta SISPRO consultado el 24 de enero de 2022.

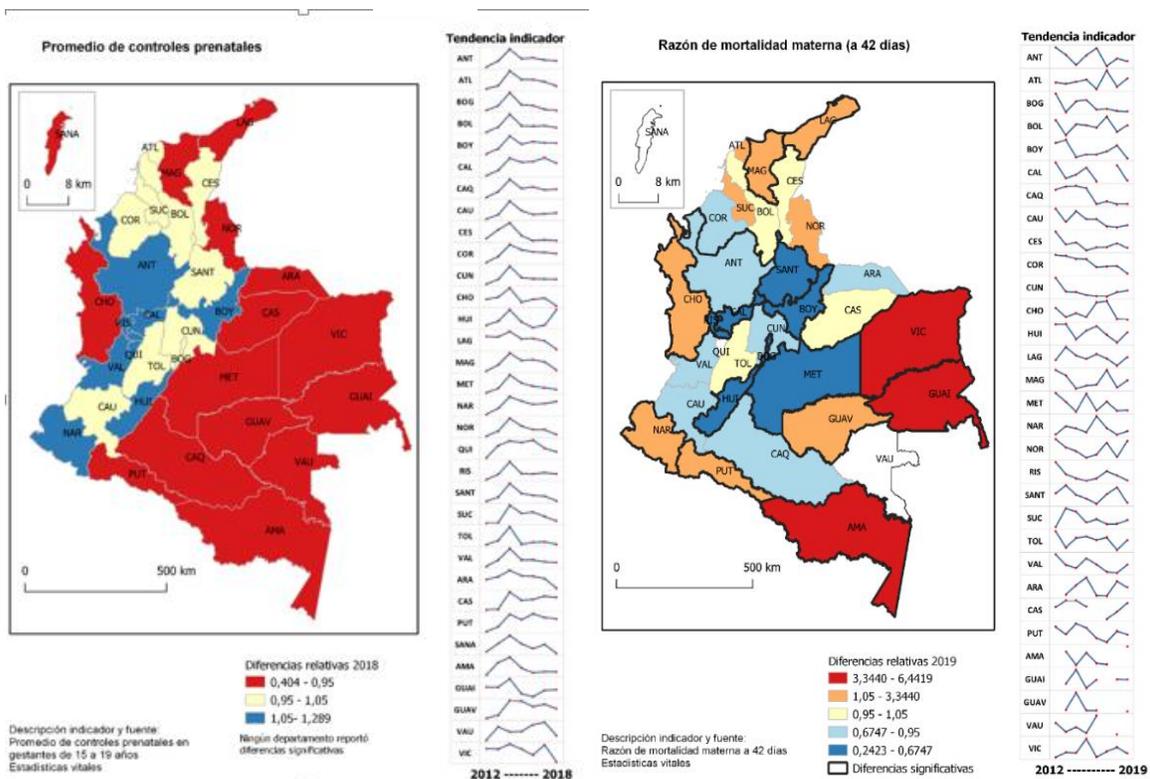


Se observa que de los 32 departamentos 14 están por debajo del promedio nacional (5,5 controles prenatales) estos departamentos son: La Guajira, Magdalena, San Andrés, Casanare, Norte de Santander, Arauca, Meta, Vichada, Amazonas, Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo, sin embargo, estas diferencias relativas no se consideran estadísticamente significativas (Mapa 50).

En 2019, varios departamentos tuvieron una diferencia relativa más alta de razón de mortalidad materna a 42 días en comparación con el país. Esta diferencia fue mayor y estadísticamente significativa en Vichada, Guainía y Amazonas. Por su parte, en comparación al país, la diferencia relativa fue menor en Meta, Huila, Santander, Caldas, Risaralda y Boyacá (Mapa 51).

Mapa 50. Diferencias relativas de promedio de controles prenatales en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019

Mapa 51. Diferencias relativas de razón de mortalidad materna en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019



Fuente: elaboración propia de los autores.



Se observan brechas de desigualdad, entre los departamentos en el quintil con un PIB per cápita más bajo y menos educado en relación con realizar menos controles prenatales; siendo más amplias las brechas para los departamentos de menores ingresos debido a que son los que realizan menos CPN (-2 CPN). De igual manera, se evidencia que, el mayor número de mujeres a las que le realizan alrededor 5,5 CPN, se encuentran residiendo en los departamentos con un mayor PIB per cápita y con población más educada (Gráfico 124). Con respecto a la mortalidad materna se observa mayor diferencia en departamentos en el quintil más pobre y menos educado (Gráfico 125).

Gráfico 124. Desigualdades en salud según promedio de controles prenatales por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

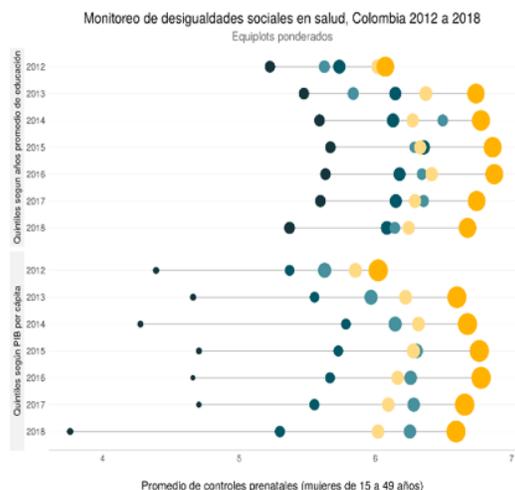
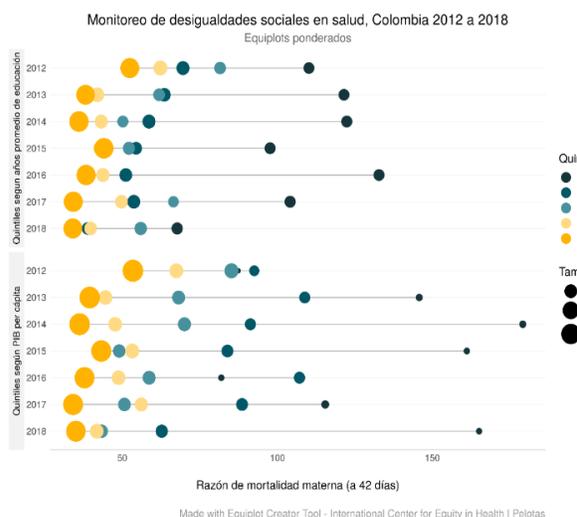


Gráfico 125. Desigualdades en mortalidad materna a 42 días por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



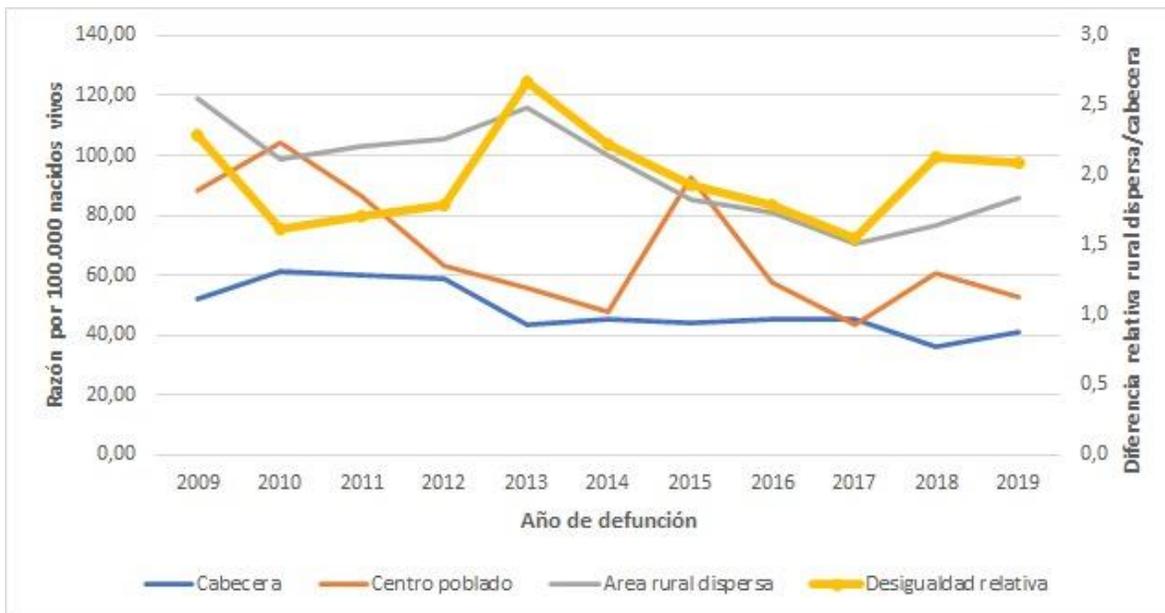
Fuente: elaboración propia de los autores.

La ocurrencia de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria¹¹⁵. Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.

La dispersión poblacional se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna. Para 2019 se produjeron 44,84 muertes en exceso por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7 mostrando en el último año una razón 52% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras (Gráfico 126).



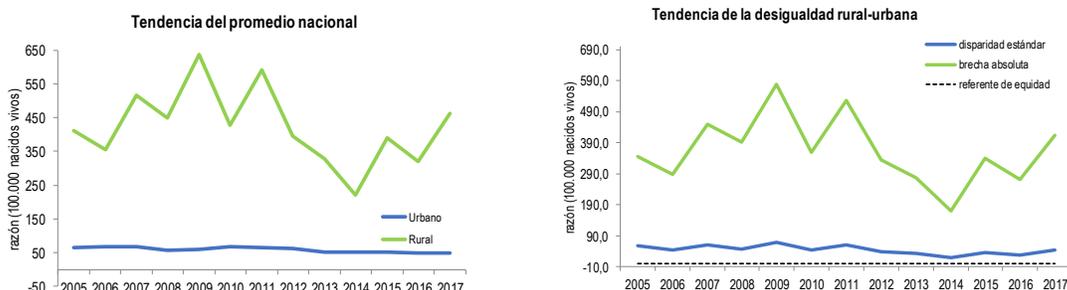
Gráfico 126. Mortalidad materna según área, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 11 de noviembre de 2021.

Entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por área de residencia se observa que la mortalidad es mayor en el área rural que en el área urbana, aunque su tendencia se muestra levemente al aumento en ambos casos con la presencia de algunas variaciones. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 127)

Gráfico 127. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sistro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 20 de abril de 2019.

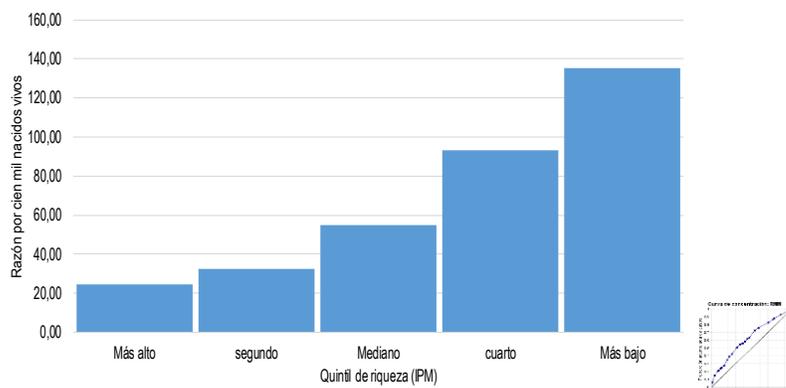


La salud
es de todos

Minsalud

El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) experimenta una razón de mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Así mismo, el 70% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,255, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificado res. (Gráfico 128)

Gráfico 128. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017

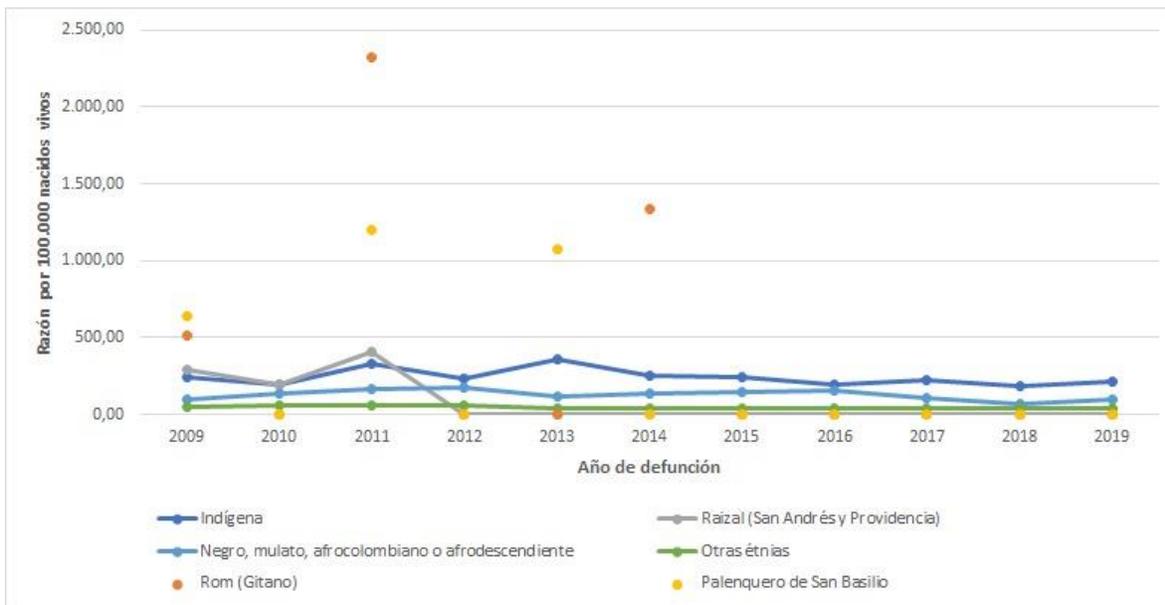


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 20 de abril de 2019.

Para 2019 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es 3,3 veces mayor en mujeres indígenas y el doble en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional (Gráfico 129).



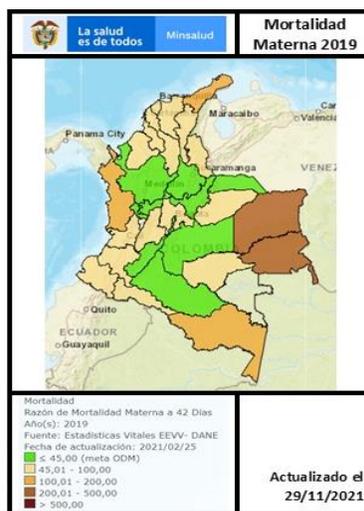
Gráfico 129. Mortalidad materna según etnia, 2009-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

La interacción de los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad y ruralidad influenciaron que, para 2019 Amazonas, Chocó, Guainía, La Guajira y Vichada, tuvieran las razones de mortalidad más altas del país. En tanto, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Boyacá, Caquetá, Caldas, Casanare, Huila, Meta, Risaralda y Santander, reportaran razones por debajo de 45 muertes por 100.000 nacidos vivos que es la meta fijada por los ODM. Los departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95% (Mapa 52).

Mapa 52. Mortalidad materna según departamentos, 2019



Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

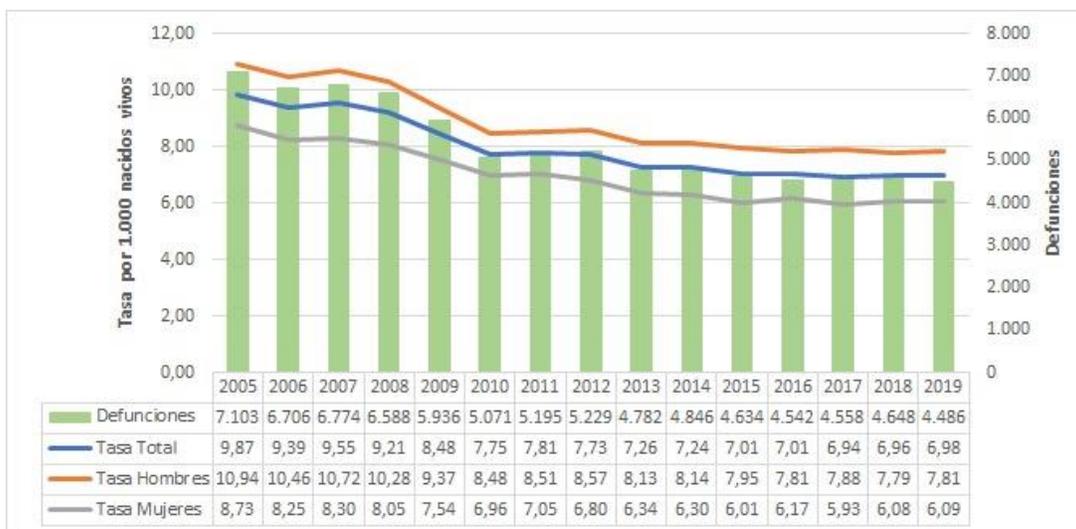


Mortalidad neonatal

La probabilidad de que una persona alcance cierta esperanza de vida está relacionada con el lugar donde se nace, lo cual también determina la probabilidad de morir. Se estima que en el mundo por cada 1.000 nacidos vivos, 21 mueren antes de cumplir el día 28; y en los países de ingresos medios altos, 10 de cada 1.000 no los superan⁶⁷. Así mismo, cerca del 41% de las muertes anuales en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal y esta proporción tiende a aumentar en el tiempo¹¹⁷. Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales¹¹⁸, se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida¹¹⁷. Con el fin de garantizar la atención del parto por personal calificado y brindar las condiciones necesarias al recién nacido y a la madre el Gobierno colombiano ha logrado que para 2013 el 98,6% de los partos sean atendidos institucionalmente por personal calificado.

La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en Colombia aporta el 64,7% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y 2019 de 10.140.831 nacidos vivos se produjeron 81.098 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.407 muertes y una desviación estándar de 945 defunciones; el número de muertes osciló entre 4.486 y 7.103. Durante el periodo, las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,89 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 29,3%; su tendencia fue similar para ambos sexos (Gráfico 130).

Gráfico 130. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.



La salud
es de todos

Minsalud

Para 2019 Vaupés fue el departamento con la mortalidad neonatal más alta del país, alcanzó una tasa que duplica la nacional, con un total de 10 decesos. En segundo lugar, estuvo Choco con una tasa de 13,11 y 92 muertes, seguido de La Guajira con una tasa de 12,90 y 286 muertes y Vichada con una tasa de 11,11 y 17 defunciones (Mapa 53).

Mapa 53. Mortalidad neonatal según departamentos, 2019



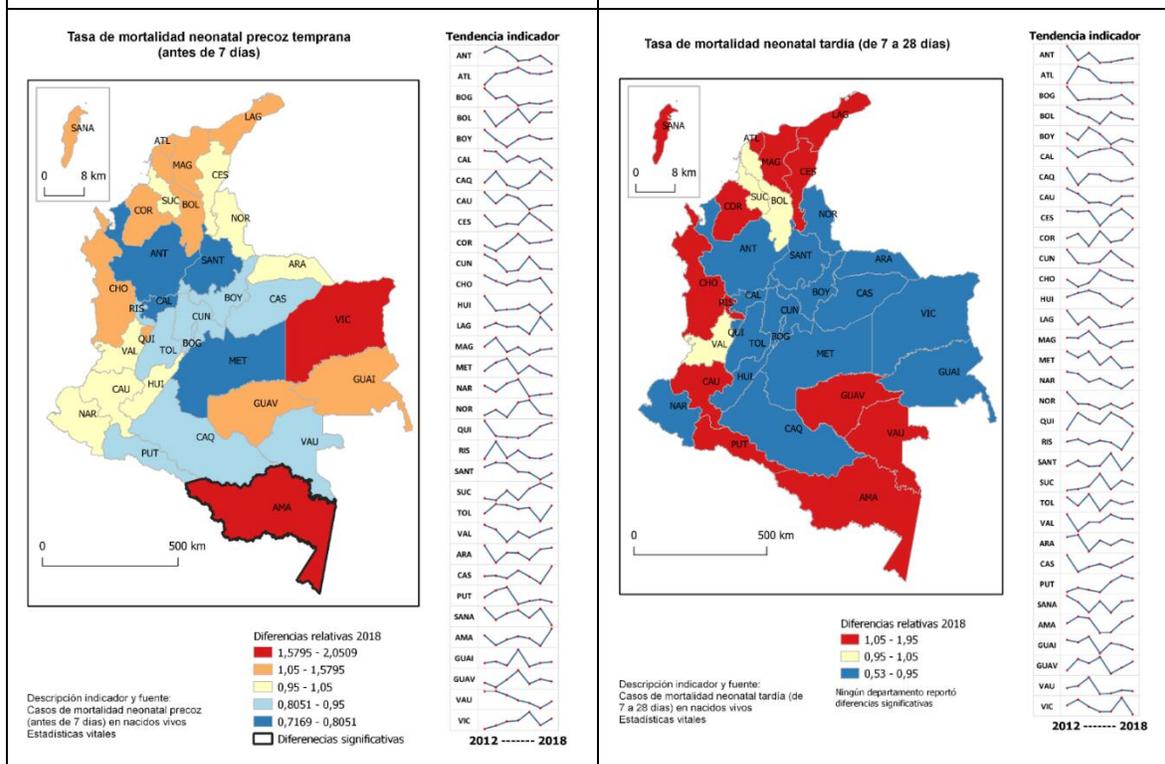
Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

En el mapa 54, se muestra que para 2018, el Amazonas tuvo una diferencia relativa y estadísticamente significativa en la tasa de mortalidad neonatal precoz al compararlo con el resto del país. La mayoría de los departamentos del país tuvieron una diferencia relativa en esta tasa con relación a Colombia, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la mortalidad neonatal tardía, si bien no hubo diferencias relativas significativas estadísticamente. El mapa 55 muestra que la mayoría de los departamentos de la Costa Atlántica, del sur del país y Chocó estuvieron por arriba de la tasa con respecto al país. No hubo un claro gradiente en las tasas de mortalidad neonatal precoz y tardía, aunque estas tasas resultan en general menores para el quintil más alto de PIB per cápita y menos educado.



Mapa 54 Diferencias relativas en tasa de mortalidad neonatal precoz en Colombia en 2018 y tendencias por departamento 2012-2018.

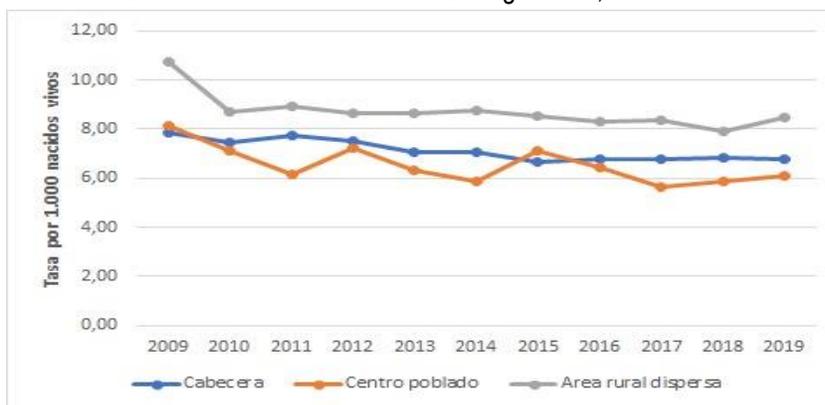
Mapa 55 Diferencias relativas en tasa de mortalidad neonatal tardía en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Entre 2009 y 2019 la mortalidad neonatal fue entre una y tres muertes más frecuentes por cada por cada 1.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales o en los centros poblados, siendo alrededor de un 25% más alta que en las primeras que en los centros poblados. En general las tasas han ido en descenso, pero la desigualdad se ha mantenido a través del periodo (Gráfico 131).

Gráfico 131. Mortalidad neonatal según área, 2005-2019

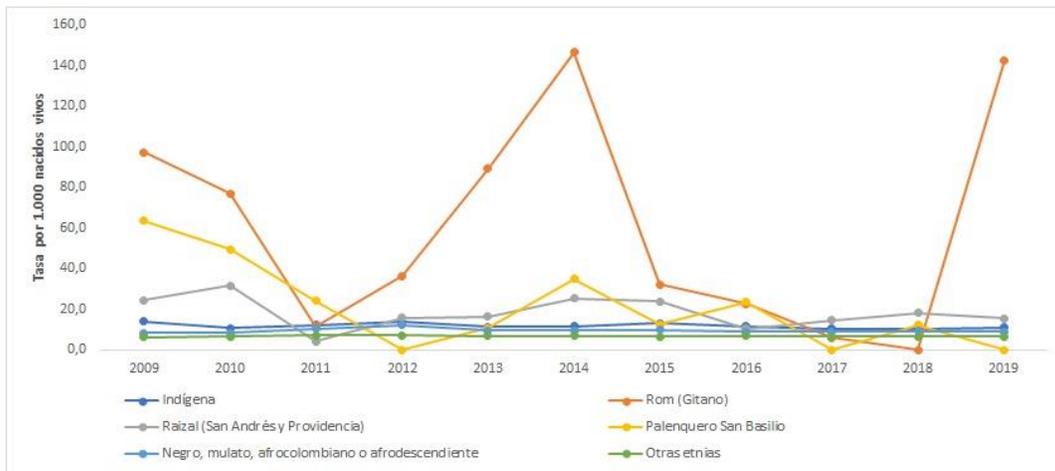


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.



Se observan grandes diferencias por pertenencia étnica. Para 2019 las tasas más altas corresponden a los grupos Rom (Gitano) y Raizal (San Andrés y Providencia), seguidos por la etnia indígena (Gráfico 132).

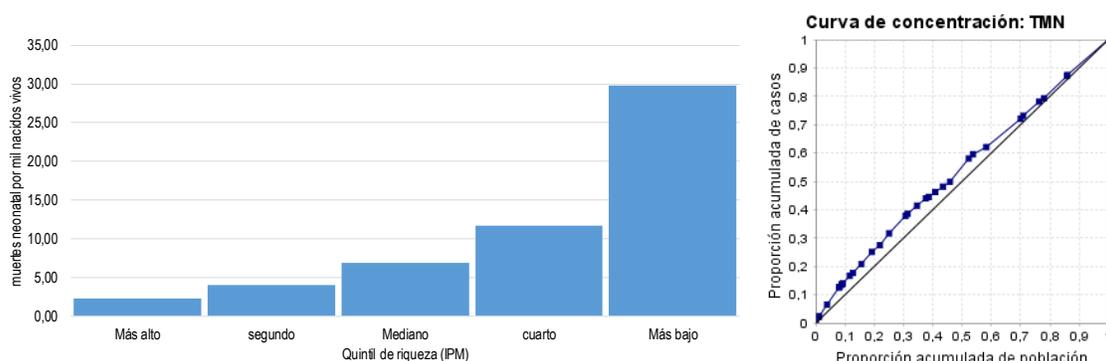
Gráfico 132. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

Aunque la tasa de mortalidad neonatal es un 13,5 veces más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de $-0,075$, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores (Gráfico 133).

Gráfico 133. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



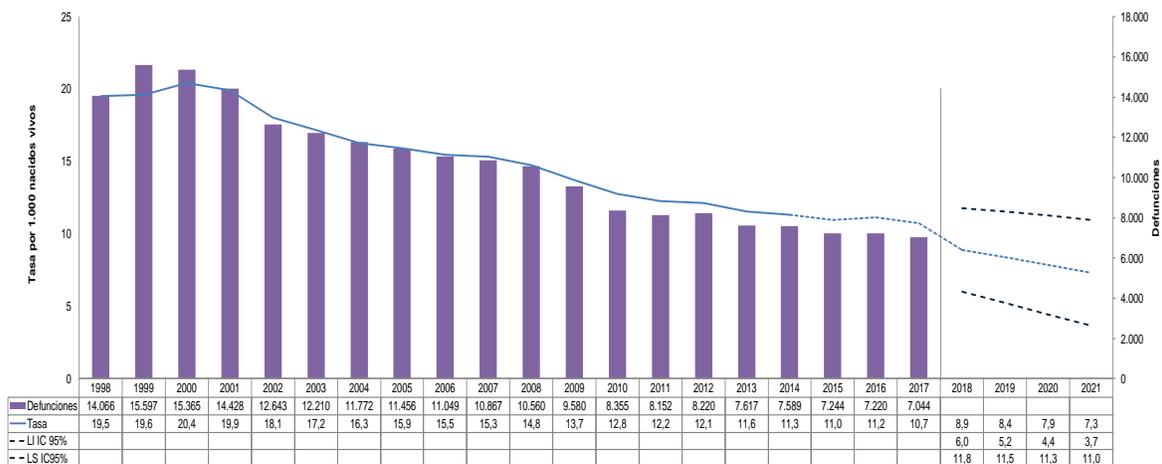
Mortalidad infantil

La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas por reunir características evitables, injustas e innecesarias. Así mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud¹¹⁹. En el mundo la mortalidad en la niñez se ha reducido durante los últimos veinte años, aunque no en la medida necesaria para alcanzar el logro del cuarto ODM a 2015, lo cual hizo necesaria su renovación en el ODS número tres (3).

En 2012 por cada 1.000 nacidos vivos, 35 menores de un año perdieron la vida en el mundo y 16 en los países de ingresos medio altos⁶⁷; las tasas de mortalidad infantil más bajas (inferiores a 10 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) se registraron en países como Estados Unidos, Canadá, Rusia y en los países nórdicos, entre otros. En la región de Latinoamérica y el Caribe, solo Chile y Uruguay se clasificaron entre los países de menor mortalidad; el resto mantuvo tasas oscilantes entre 10 y 49,9 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos¹²⁰.

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3 (IC95%: 3,7 – 11,0). (Gráfico 134)

Gráfico 134. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021



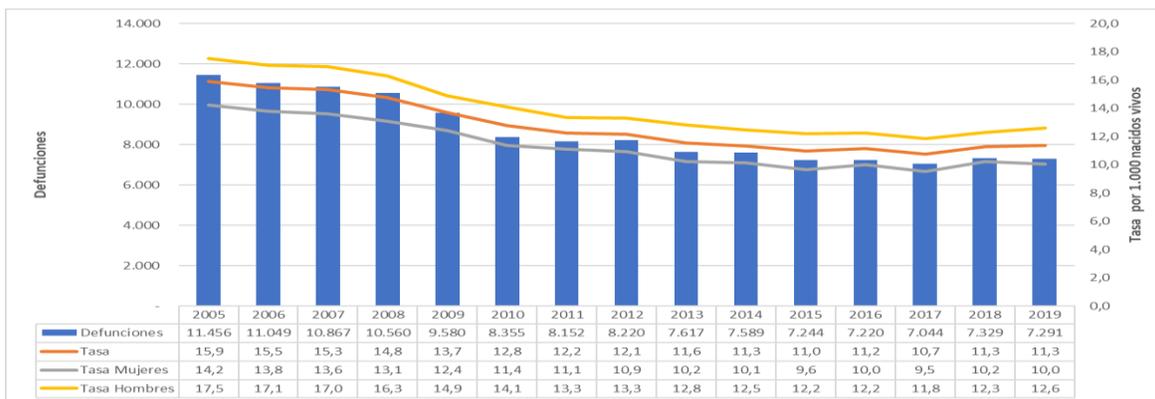
En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



Entre 2005 y 2019 se registraron en promedio 8.638 muertes anuales, con tasas de mortalidad decrecientes en el tiempo para ambos sexos, aunque la brecha persistió. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 17% y un 21% más altas que en las mujeres (Gráfico 135).

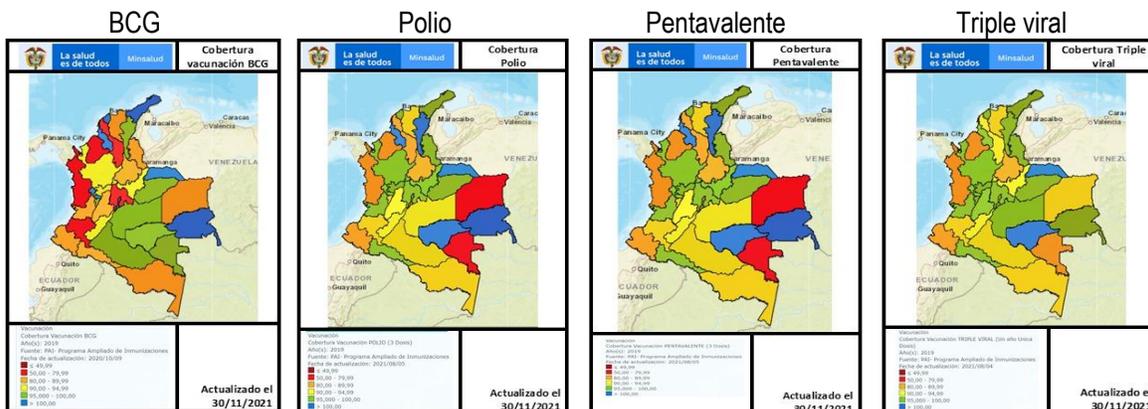
Gráfico 135. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM¹²¹; en efecto entre 2010 y 2019 las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,54% y 91,35%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio estuvo entre 84,81% y 93,37%, la de DPT osciló entre 85,26% y 93,37%, y la de triple viral entre 87,58% y 95,18%, aunque se observan importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal (Mapa 56). Para 2019, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 11,35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Cabe resaltar que este indicador se cumplió anticipadamente en el 2013, en el cual la mortalidad infantil logró reducirse a más de la mitad con respecto a la línea base de 1990, que fue de 38,38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos¹¹⁶.

Mapa 56. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2019



Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021



La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2005 y 2019 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron alrededor del 51% de la mortalidad en menores de un año, aunque las tasas de mortalidad por esta causa han tendido al descenso, al pasar de 8,05 muertes por cada mil nacidos vivos en 2005 a 5,88 en 2019. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 24% de las defunciones, generando aproximadamente tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año entre 2005 y 2019. Las enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 8% de las muertes, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes, con una tendencia decreciente al pasar de 1,42 a 0,66 muertes por cada mil nacidos vivos en este periodo, y el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generó el 4% de las muertes; así mismo, describe una tendencia decreciente pasando de 1,01 a 0,23 entre 2005 y 2019, respectivamente.

Los tumores y las enfermedades del sistema genitourinario prácticamente no variaron durante el periodo. Se evidencia que el comportamiento de la mortalidad infantil por causas sigue el mismo patrón entre hombres y mujeres. Aunque en la mayoría de las causas las tasas de mortalidad son más altas en hombres. Para 2019 Chocó, Vichada, Guainía, La Guajira y Vaupés tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas del país, siendo significativamente más altas que la nacional (Mapa 57).

Mapa 57. Mortalidad infantil según departamentos, 2019

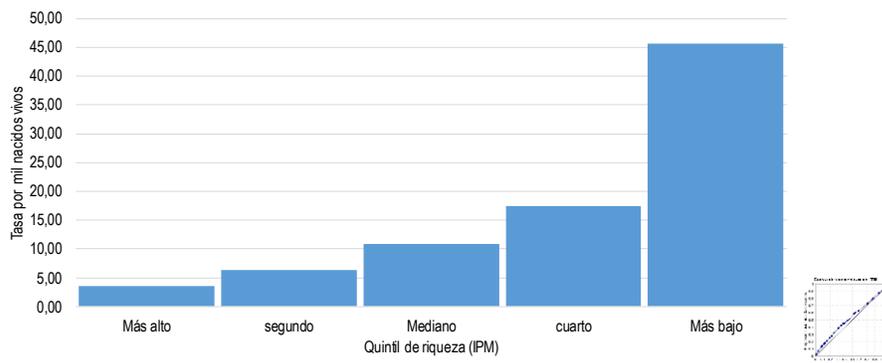


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021



La tasa de mortalidad infantil es un 57,9% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,083, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Gráfico 136)

Gráfico 136. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2008 y 2019 se observan diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta corresponde al grupo Rom (gitano), que para 2019 registro 142,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se reportaron 31,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los palenqueros de San Basilio, 21,7 en los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), 27,1 en los indígenas, 14,4 en los pertenecientes al grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes. Al igual que lo descrito anteriormente, el comportamiento de todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad (Gráfico 137).



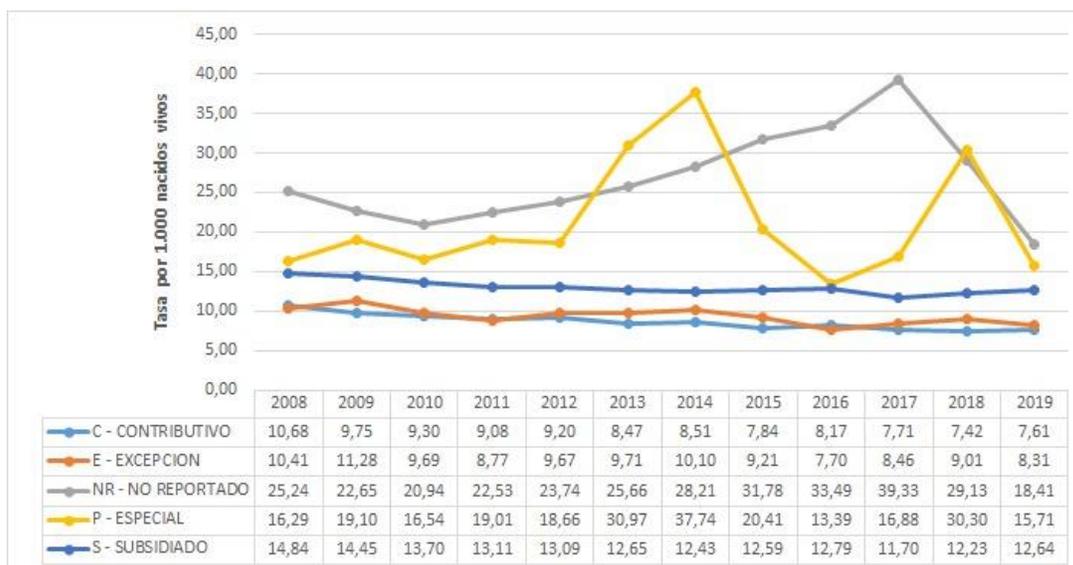
Gráfico 137. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

Entre 2008 y 2019 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 28% y un 39,8% más altas en el régimen subsidiado que en el contributivo. En ambos regímenes las tasas describen un leve descenso. Llama la atención la alta mortalidad en el régimen especial durante 2013, 2014 y 2018 (Gráfico 138).

Gráfico 138. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2008-2019

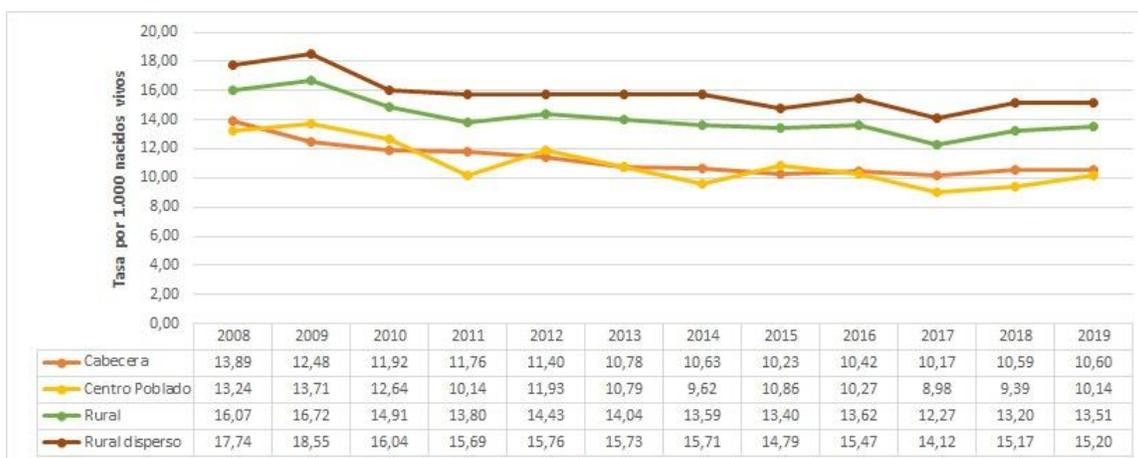


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.



Entre 2008 y 2019 la mortalidad infantil se ha mantenido entre un 22% y un 30% más alta en la población que habita en las áreas rurales dispersas que en aquellos que viven en las cabeceras, esto se traduce en la ocurrencia de cuatro a seis muertes más en el área rural (Gráfico 139).

Gráfico 139. Mortalidad infantil según área de residencia, 2008-2019



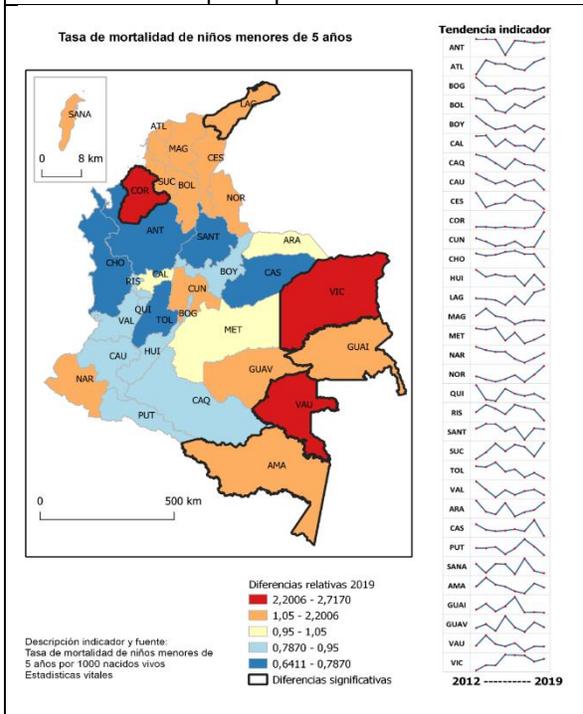
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

La tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años en Colombia mostró un descenso pasando 14,5 por 100.000 nacidos vivos en 2012 a 13,2 en el año 2015. A partir de este periodo ha tenido fluctuaciones hasta 2019, sin llegar a los valores iniciales. Con relación a la tasa de mortalidad infantil, tiene un comportamiento similar entre 2012-2015, pasando de 12,1 a 11,0 x 100.000 nacidos vivos, con tendencia al aumento el resto periodo.

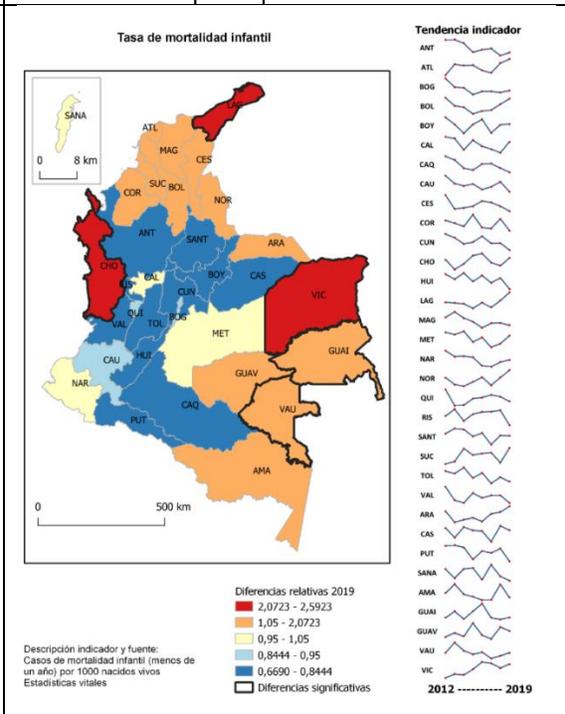
El mapa 58, muestra que, para 2019, La Guajira, Vichada, Córdoba y Chocó tuvieron diferencias relativas más altas y estadísticamente significativas en su tasa de mortalidad infantil con respecto al país. Aunque con diferencias menores que estos departamentos Amazonas y Vaupés también tuvieron diferencias relativas en sus tasas más altas en comparación con Colombia. Las tasas de mortalidad infantil en 2019 se encuentran en la mayoría de los departamentos del centro del país. En menores de 5 años las diferencias más altas y estadísticamente significativas se encontraron en Vichada, Vaupés, Amazonas, La Guajira y Guainía (mapa 59).



Mapa 58 Diferencias relativas de tasa de mortalidad en menores de cinco años Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Mapa 59 Diferencias relativas de tasa de mortalidad infantil en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración propia de los autores.

El análisis de equidad muestra que, para el periodo de análisis, 2012-2018, el quintil más alto en PIB per cápita y educación tuvo de manera consistente una menor mortalidad tanto infantil así como en menores de 5 años.

Gráfico 140. Desigualdades según la tasa de mortalidad en menores de 5 años por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

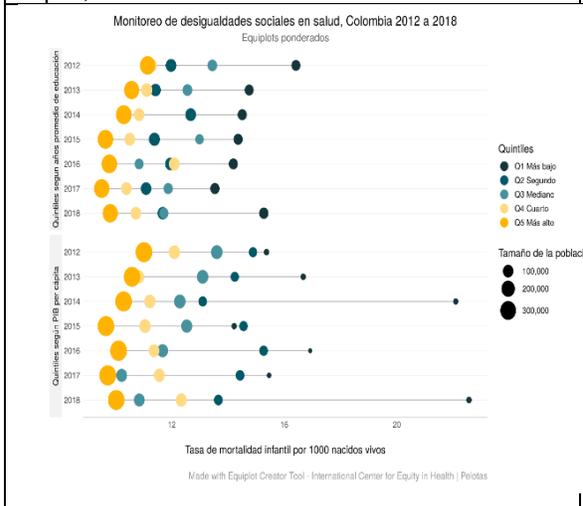
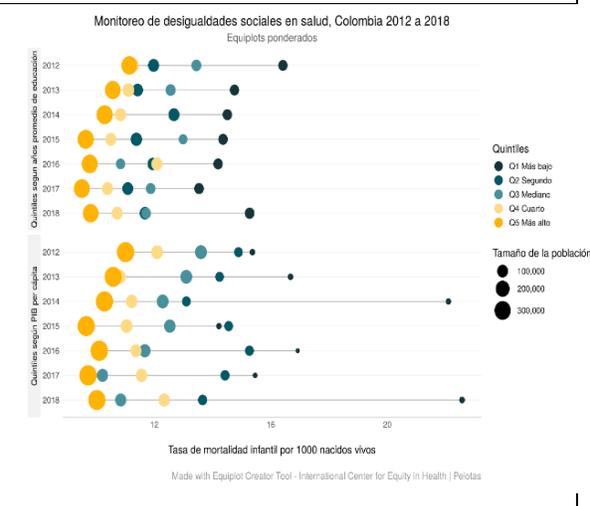


Gráfico 141. Desigualdades según la mortalidad infantil por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Fuente: elaboración propia de los autores.



Mortalidad en menores de cinco años

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años indica la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años. Permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo¹¹⁸.

Según la OMS, en 2012 se produjeron alrededor de 6,6 millones de muertes en menores de cinco años¹²²; se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles¹²³, y que “casi el 75% de esas defunciones se deben a seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/sida”¹²².

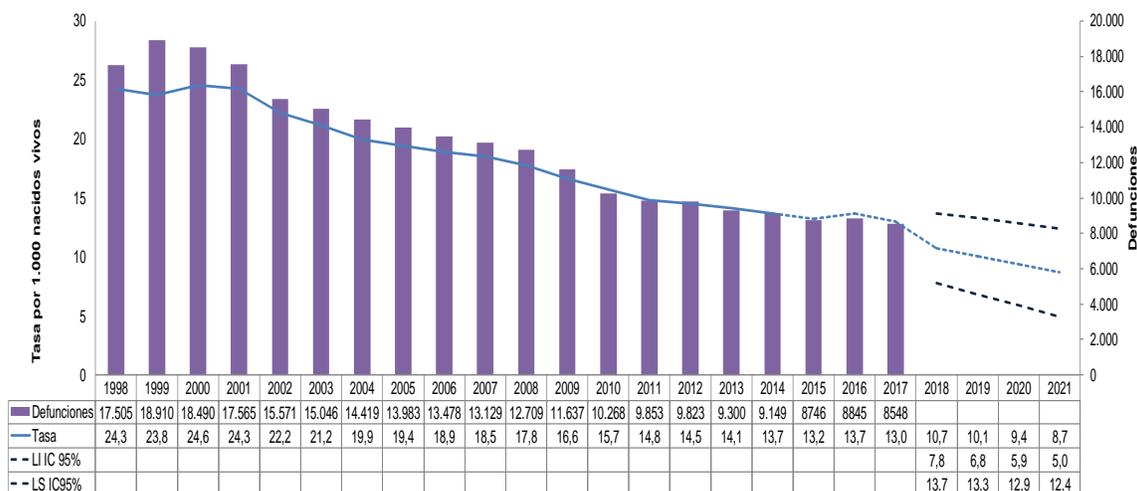
La probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar los cinco años de edad en los países de ingresos medio altos es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos⁶⁷, y a pesar de los logros en materia de supervivencia infantil en cuatro regiones, a saber: Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), Países/territorios industrializados, la reducción de la mortalidad registrada en el mundo no bastó para alcanzar el cuarto ODM.¹¹⁸ Dicho esto, la mortalidad en los menores de cinco años continua siendo un problema de salud pública altamente importante y relevante, por lo cual el ODS número tres (3) establece dentro de las metas para 2030, reducir estas muertes al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos¹¹⁴.

Según la OMS, en 2017 se produjeron alrededor de 18,6 muertes en menores de cinco años en América Latina; se estima que Colombia (18, en 2015), Perú (18,0) y la República Bolivariana de Venezuela (17,5 en 2014) reportan las tasas de mortalidad en menores de cinco años. Colombia es necesario continuar trabajando para lograr alcanzar la meta nacional del ODS de 6,8 para 2018 y de 5,0 en 2030, dado que no se alcanzado dicha meta.

En Colombia la mortalidad en los menores de cinco años ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2019 las tasas disminuyeron alrededor de un 29% pasando de 19,4 a 13,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad en esta población puede descender hasta 8,7 (IC95%: 5,0 – 12,4). (Gráfico 142)



Gráfico 142. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019. En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Entre 2005 y 2019 el 82,4% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida; se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. El 24,6% de la mortalidad en los niños de 1 a 4 años se originó por las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuyas tasas siguieron una tendencia decreciente, con una reducción del 50,9%, pasando de 16,22 a 7,96 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años.

En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 14,9% de las muertes, reduciendo para 2019 en un 48,2% con respecto a 2005, pasando de 12,07 a 6,25 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 9,4% de las defunciones, fue el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 75,8%, al pasar de 9,78 a 2,37 entre 2005 y 2019, respectivamente; seguido de los tumores (neoplasias) con 8,6% de las muertes, reduciendo para 2019 un 9% la tasa. El grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestra un incremento en la tasa siendo 23 veces mayor para 2019 que para 2005, pasando de 0,03 a 0,72 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años. Las tasas de mortalidad por causas externas de morbilidad y mortalidad son un 27% más alta en hombres que en mujeres.

Entre 2005 y 2019 las afecciones originadas en el periodo perinatal descendieron en 26,6% de las muertes en menores de cinco años, al pasar de 133,4 a 97,9 muertes en menores de cinco años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 21,3% y describen una tendencia decreciente



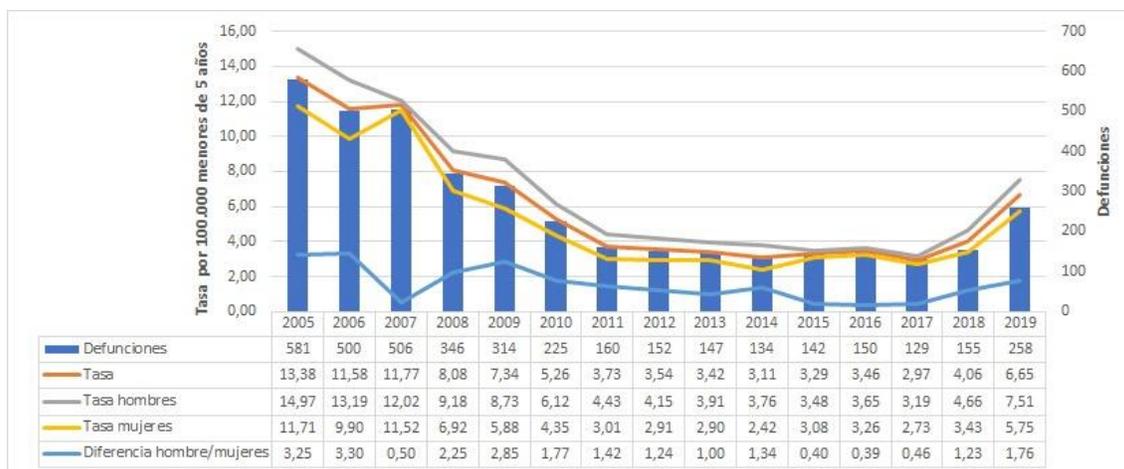
Mortalidad por EDA en menores de cinco años

Cada año mueren en el mundo millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles. Cerca de dos millones de estas muertes (aproximadamente el 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica¹²⁴. La enfermedad diarreica aguda (EDA) “representa una de las enfermedades más comunes en niños menores de cinco años y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria”¹²⁵.

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 2005 y 2019 las tasas disminuyeron en un 50,3% pasando de 13,4 a 6,6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. El aceleramiento del descenso para el segundo periodo puede soportar la hipótesis que atribuye el descenso de la morbilidad y la mortalidad a la implementación de la vacuna contra el rotavirus en 2009, aunque es importante mencionar que el Distrito Capital de Bogotá la incorporó en 2008, influenciando el comportamiento nacional.

Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 4,2% y un 25,0%, entre 2005 y 2019, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0,5 a 3,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino (Gráfico 144).

Gráfico 144. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019 las tasas más altas de mortalidad por EDA en menores de cinco años del país se presentaron en Huila, Magdalena, y Santander y Vaupés. Los departamentos de archipiélago de San Andrés, Providencia y

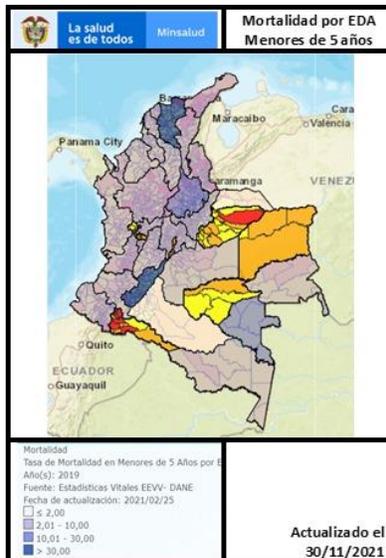


La salud es de todos

Minsalud

Santa Catalina, Bogotá DC, Casanare, Guaviare, Putumayo, Risaralda y Vichada no reportaron información (Mapa 61).

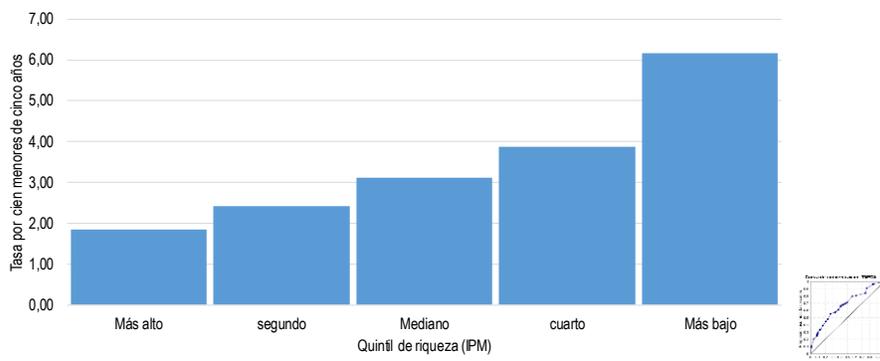
Mapa 61. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2019



Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

La tasa de mortalidad por EDA 3,35 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, lo cual indica que se producen cuatro muertes más por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que en el otro extremo de la sociedad. Para 2017 el 80% de la mortalidad por EDA se concentró en el 50% de la población que tiene mayor proporción de IPM, con un índice de concentración de -0,349 (Gráfico 145).

Gráfico 145. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

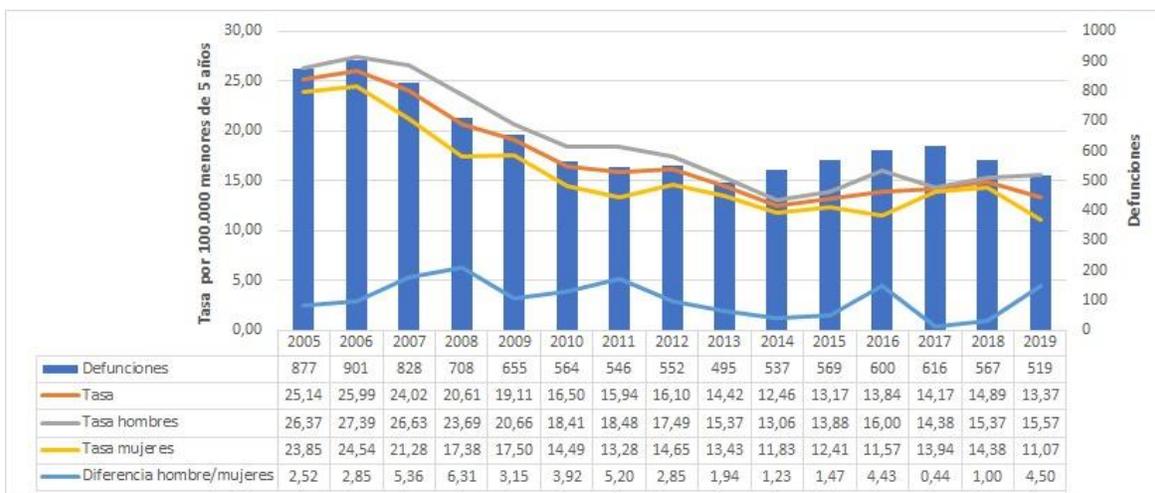


Mortalidad por IRA en menores de cinco años

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) “son las causas más frecuentes de morbilidad y elevada mortalidad en el mundo, particularmente en los países en desarrollo”¹²⁶. Comprenden una gran cantidad de enfermedades, entre las que se cuenta la neumonía como la mayor generadora de muertes, especialmente en los menores de un año; se estima que en el mundo se producen alrededor de dos millones de decesos en menores de cinco años por esta causa anualmente¹²⁷. El *Streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico más frecuentemente asociado a la morbimortalidad por neumonía y produce alrededor de un millón de muertes en menores de cinco años en los países en vías de desarrollo. El *Haemophilus influenzae* es la segunda bacteria que más comúnmente produce neumonías en esta población¹²⁸.

Entre 2005 y 2019 se registró un promedio anual de 636 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA y una desviación estándar de 132 defunciones. Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 3,1% y un 28,9%, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0, 4 a 4,5 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino (Gráfico 146).

Gráfico 146. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019 la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Vaupés, donde ocurrieron 63,55 muertes por cada 100.000 menores de esta edad. Así mismo, Amazonas, La Guajira, Vichada, Cesar, Chocó, Caquetá, Atlántico, Magdalena, Guainía, Risaralda, Arauca, Bolívar, Meta, Córdoba y Sucre registraron tasas por encima del valor nacional (Mapa 62).



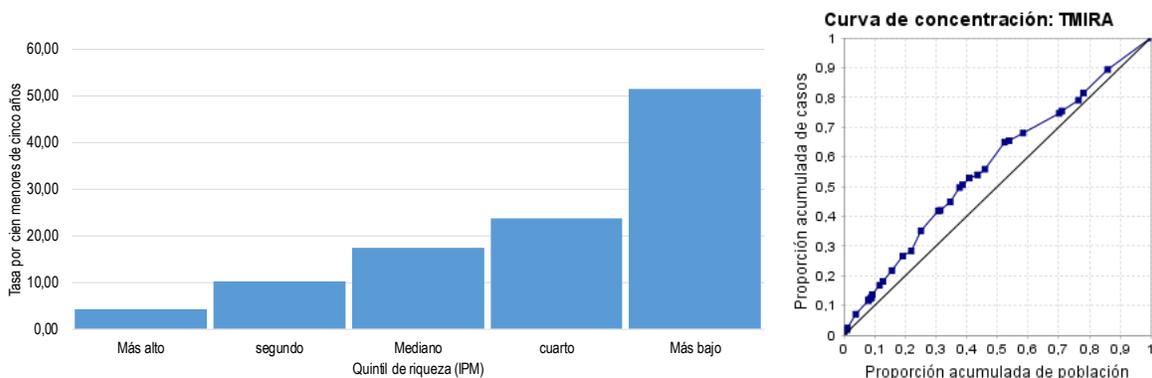
Mapa 62. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2019



Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

La tasa de mortalidad por IRA es un 88% más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último, es decir, que se producen 47,27 muertes más por IRA por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que entre los más acomodados socioeconómicamente, con un índice de concentración de -0,131 (Gráfico 147).

Gráfico 147. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el periodo 2005 a 2019 se produjeron 5.660 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 337 muertes anuales, con una desviación estándar de 109 defunciones. El comportamiento de



las tasas ha tendido al descenso, pasando de 14,87 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2005 a 9,25 en 2019 (Gráfico 148).

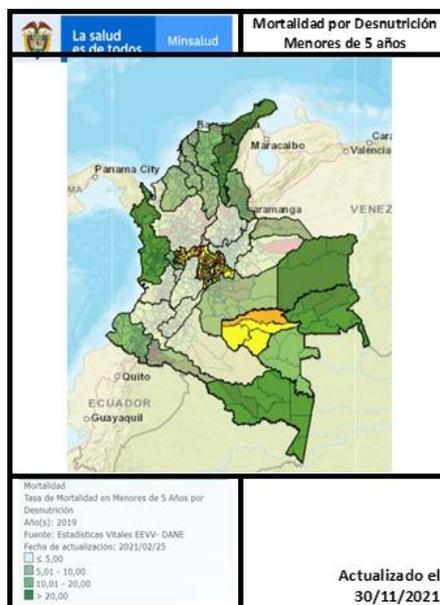
Gráfico 148. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019 las tasas de mortalidad por desnutrición de los departamentos de Vichada, La Guajira, Guainía, Chocó, Amazonas, Cesar, Magdalena, Vaupés, Norte de Santander, Risaralda y Nariño estuvieron ubicadas por encima del valor nacional (Mapa 63).

Mapa 63. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2019

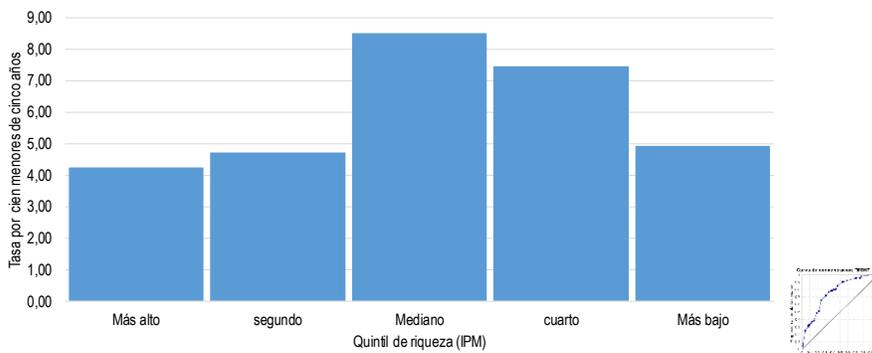


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021



Así mismo, la mortalidad por esta causa fue 1,2 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. Así mismo, el 80% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población que tiene más concentración de la pobreza medida por IPM, con un índice de concentración de -0,525. (Gráfico 149)

Gráfico 149. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016



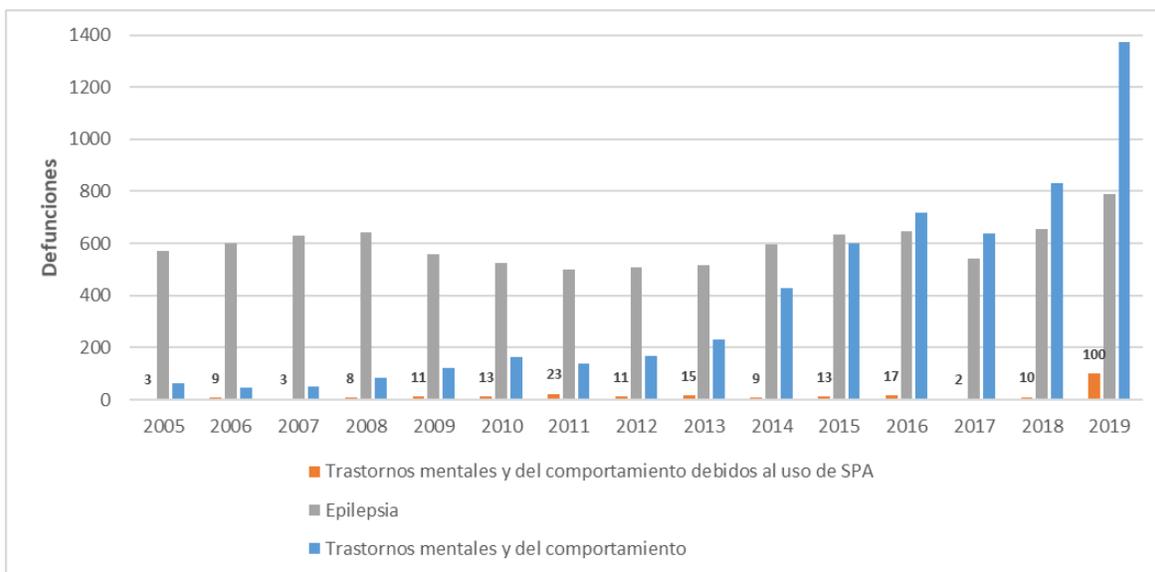
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS, y los cálculos de NBI del DANE. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



Mortalidad relacionada con salud mental

Durante el periodo 2005 a 2019 se produjeron 14.816 muertes relacionadas con la salud mental, de ellas 8.909 fallecidos con epilepsia, 5.660 con trastornos mentales y del comportamiento, y 247 debidos al uso de Sustancias Psicoactivas (SPA). La tendencia en las muertes por trastornos muestra un incremento continuo pasando de 62 en 2005 a 1.365 en 2019 (Gráfico 150).

Gráfico 150. Mortalidad por trastornos mentales, uso de SPA y epilepsia, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV defunciones del MSPS. Consultado el 2 de julio de 2021.

En cuanto al comportamiento por sexo durante el periodo 2005-2019 por cada muerte por trastornos mentales en hombres se presentó una en mujeres (razón 1:1), sin embargo, entre 2005 y 2014 las mujeres aportaron cada año entre el 40 y 45% de las defunciones y los hombres entre el 55 y 60%; de allí en adelante se observa un incremento en el registro de las muertes femeninas por estas causas, igualando y en algunos años superando a las registradas en los hombres.

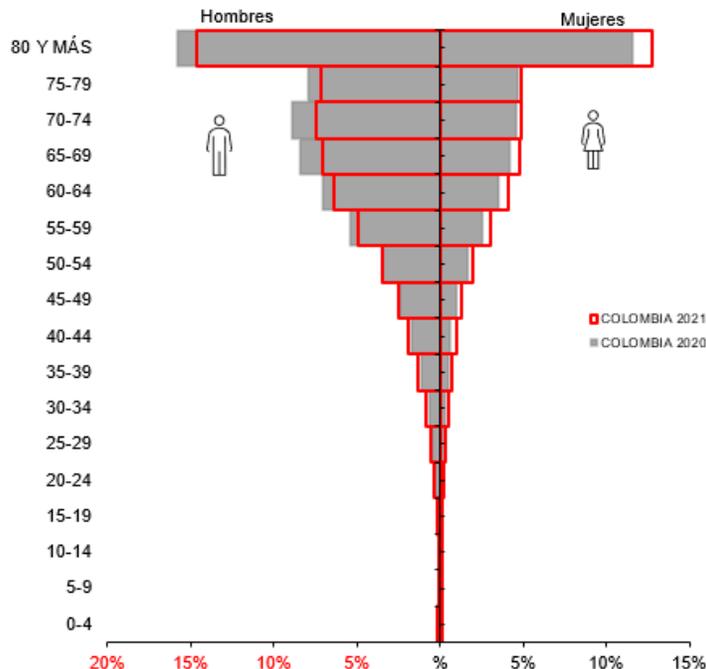
El incremento de las muertes por uso de SPA en 2019 esta entre 3 y 49 veces más que los valores mayores (23) y menor (2) registrados en el resto del periodo, respectivamente.



Mortalidad por COVID-19

Con la información disponible a partir de los datos del cubo SegCovid - Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF-ND para los años 2020 (consulta 3 de noviembre) y 2021 (consulta 9 de septiembre), se evidencian 211.147 muertes por COVID-19. A continuación, se comparan las pirámides poblacionales de mortalidad por COVID-19, para estos datos preliminares de 2020 y 2021. Como se puede observar, la mortalidad tiene alta concentración en la población de 80 años y más en donde las pirámides presentan mayor amplitud; destacando que es más amplia para el caso de los hombres en 2020, y en las mujeres para 2021. Adicionalmente, es necesario resaltar que, además de los mayores de 80 años también hay fallecimientos importantes en personas de ambos sexos en edades productivas, principalmente a partir de los 45 años, lo que podría tener un efecto considerable en el comportamiento demográfico y socioeconómico del país, tanto presente como futuro, e implica que se deben adoptar intervenciones en salud en grupos poblacionales específicos, como por ejemplo los enfocados al cuidado de la población mayor (Gráfico 151).

Gráfico 151. Pirámide poblacional mortalidad por Covid -19, Colombia 2020-2021



Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.



Al observar los valores de los índices demográficos (Tabla 44), calculados a partir de los mismos datos utilizados para la construcción de la pirámide, se aprecian otros efectos del impacto por la mortalidad por COVID-19 así:

- En Colombia para el año 2020, por cada 178 hombres fallecidos por COVID – 19, hubo 100 mujeres fallecidas por la misma causa; mientras que en 2021 esta razón disminuyó, estimándose que por cada 146 hombres fallecidos por COVID – 19 murieron 100 mujeres.
- Frente al comportamiento del índice de vejez a nivel nacional, para el año 2020, el 77% de las muertes por COVID-19 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el 2021 en este grupo poblacional, la mortalidad bajó a 74 por cada 100.
- En relación al índice de Friz (que representa el porcentaje de mortalidades en menores de 20 años con respecto a las defunciones presentadas en la población con edades entre los 30 y los 49 años) los valores registrados confirman que la población en donde predominantemente se presentaron las muertes por COVID-19 es la población más envejecida.

Tabla 44. Índices demográficos de mortalidad por COVID-19, Colombia 2020 - 2021

Índice Demográfico	Año	
	Colombia 2020	Colombia 2021
Poblacion total	30.751	180.396
Poblacion Masculina	19.695	107.101
Poblacion femenina	11.056	73.295
Relación hombres:mujer	178,14	146
Razón niños:mujer	7	8
Índice de infancia	0	1
Índice de juventud	1	2
Índice de vejez	77	74
Índice de envejecimiento	25113	13798
Índice demográfico de dependencia	198,32	179,44
Índice de dependencia infantil	0,91	1,50
Índice de dependencia mayores	197,41	177,94
Índice de Friz	5,95	7,94

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUA F ND.

En cuanto a los perfiles de riesgo más frecuentes para la mortalidad por Covid-19, tanto para el año 2020 como para el 2021, el principal es ser mayor de 59 años (27%), seguido por la hipertensión (18%) y (8%) la diabetes (Tabla 45).



Tabla 45. Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID – 19, Colombia 2020 – 2021

Colombia 2020	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Colombia		Colombia 2021	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Colombia		Concentración
		2020	Proporción			2021	Proporción	
Colombia 2020	Artritis	227	0,3%	Colombia 2021	Artritis	1.465	0,3%	15,5%
	Asma	1.077	1,4%		Asma	6.525	1,5%	16,5%
	Cáncer	891	1,2%		Cáncer	5.468	1,3%	16,3%
	Comorbilidades (al menos una)	18.746	24,2%		Comorbilidades (al menos una)	106.112	25,2%	17,7%
	Diabetes	6.124	7,9%		Diabetes	31.680	7,5%	19,3%
	Enfermedades Huérfanas	99	0,1%		Enfermedades Huérfanas	698	0,2%	14,2%
	EPOC	4.953	6,4%		EPOC	29.233	6,9%	16,9%
	ERC	5.323	6,9%		ERC	27.012	6,4%	19,7%
	Hipertensión	13.576	17,6%		Hipertensión	75.132	17,8%	18,1%
	Sobrepeso y Obesidad	4.711	6,1%		Sobrepeso y Obesidad	27.154	6,5%	17,3%
	Terapia Reemplazo Renal	893	1,2%		Terapia Reemplazo Renal	3.620	0,9%	24,7%
	VIH	117	0,2%		VIH	771	0,2%	15,2%
	Mayor de 59	20.575	26,6%		Mayor de 59	106.112	25,2%	19,4%
	Total	77.312	100,0%		Total	420.982	100,0%	18,4%

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.

En cuanto al riesgo asociado al ámbito de la atención en salud, como muestra la Tabla 46, la cantidad de muertes para las que no se reporta la información del ámbito de ocurrencia es el porcentaje más alto, con un aumento entre las mediciones del 2020 y 2021 (pasa de 42% a 62% respectivamente). Entre las muertes que reportan ámbito de atención, el porcentaje de muertes por Covid-19 que ocurre en cuidados intensivos, es el mayor para los dos años observados (26% y 17% respectivamente), y muestra un descenso de cerca de 10 puntos porcentuales entre las dos mediciones. Finalmente, vale la pena mencionar las muertes ocurridas en hospitalización general que se encuentran en un 20% y 14% respectivamente, para el 2020 y el 2021.

Tabla 46. Ámbito de atención de las mortalidades por COVID – 19. Colombia 2020 - 2021

Colombia 2020	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención		Colombia 2021	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención	
		2020	Proporción			2021	Proporción
Colombia 2020	Consulta Externa	4	0,0%	Colombia 2021	Consulta Externa	5	0,0%
	Cuidado Intensivo	11261	25,6%		Cuidado Intensivo	39585	16,7%
	Cuidado Intermedio	2022	4,6%		Cuidado Intermedio	8265	3,5%
	Domiciliaria	763	1,7%		Domiciliaria	1701	0,7%
	Hospitalización	8847	20,1%		Hospitalización	33372	14,1%
	No Reportado	18453	42,0%		No Reportado	147399	62,3%
	Otro	28	0,1%		Otro	33	0,0%
	Urgencias	2530	5,8%		Urgencias	6367	2,7%
	Total	43908	100,0%		Total	236727	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 5. Prioridades en salud



El análisis previo de los indicadores abordados y sus relaciones con los Determinantes Sociales de la Salud permite establecer diferencias departamentales en la forma como se presentan los efectos de salud con respecto a los valores nacionales. Para realizar este análisis comparativo entre los indicadores departamentales con respecto al nacional, se calcularon diferencias relativas para cada uno, expresadas como el cociente entre el valor del indicador departamental (numerador) y el valor del indicador nacional (denominador), luego se calcularon intervalos de confianza al 95% de las diferencias relativas, utilizando el método de K. J. Rothman y S. Greenland^{128, 129, 130}:

$$e^{\left[\ln(tasa) \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{1}{\sqrt{a}} \right]}$$

Se analizaron los siguientes 10 indicadores para los 32 departamentos y el Distrito Capital de Bogotá agrupados según los siguientes grupos de indicadores: condiciones maternas perinatales, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones:

1. Tasa de mortalidad infantil (2019)
2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2020)
3. Razón de mortalidad materna (2019)
4. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2019)
5. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2019)
6. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2019)
7. Porcentaje de desnutrición en menores de cinco años (2019)
8. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2019)
9. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2019)
10. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (2019)

A continuación, se presenta la tabla resumen (Tabla 46) con los resultados obtenidos en la priorización. En cada casilla aparece el valor del indicador enunciado en las columnas y codificado con un número para facilitar su presentación. La semaforización obedece a los resultados del cálculo de las diferencias relativas y sus intervalos de confianza. Se interpretan de la siguiente manera:

 Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.



■ Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

■ Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

Tabla 47. SemafORIZACIÓN de efectos en salud

Entidad Territorial / Indicadores	Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	Razón de mortalidad materna a 42 días	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA	Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente
COLOMBIA	11,35	80,93	48,49	30,52	4,90	13,06	9,25	68,17	13,91	6,80
05 - Antioquia	8,75	87,23	34,23	31,66	4,43	10,26	2,18	63,14	13,77	5,77
08 - Atlántico	15,12	82,57	57,98	42,18	7,67	16,28	6,33	85,13	8,71	2,81
11 - Bogotá, D.C.	9,58	82,27	24,68	21,97	3,70	12,95	0,62	63,77	8,87	5,69
13 - Bolívar	12,79	81,72	53,15	38,87	5,40	13,77	7,14	52,87	9,45	3,91
15 - Boyacá	9,28	81,97	22,62	21,87	1,22	6,50	3,25	54,45	13,41	6,07
17 - Caldas	11,19	90,96	12,29	26,94	4,68	3,12		69,50	11,29	8,01
18 - Caquetá	8,17	71,69	43,75	28,27	4,20	19,68	2,46	70,68	19,60	5,32
19 - Cauca	10,29	81,37	47,03	20,85	2,54	11,79	1,68	50,98	16,55	7,01
20 - Cesar	12,15	77,47	51,35	45,67	6,85	22,86	20,50	60,02	16,39	5,28
23 - Córdoba	14,84	83,05	47,99	29,06	5,18	13,38	9,12	57,58	12,60	3,32
25 - Cundinamarca	7,59	83,77	45,63	23,25	2,68	9,05		71,14	11,32	4,61
27 - Chocó	27,36	57,83	128,24	22,10	1,75	34,84	51,43	32,61	4,50	4,20
41 - Huila	8,32	87,96	23,27	32,47	3,84	8,64	2,88	91,41	20,36	6,65
44 - La Guajira	23,51	57,84	157,93	54,19	6,44	47,96	65,15	49,69	11,55	3,88
47 - Magdalena	12,42	75,13	73,08	37,53	5,21	15,92	16,68	75,20	14,32	3,91
50 - Meta	11,40	76,21	27,31	33,97	6,56	13,63	9,09	105,20	20,60	3,84
52 - Nariño	11,26	79,57	66,95	18,49	2,60	11,86	11,86	49,88	16,91	7,29
54 - Norte de Santander	12,02	76,79	64,18	37,05	5,28	9,65	15,59	76,42	15,05	6,27
63 - Quindío	10,67	86,92		37,38	9,62	12,19	3,05	73,62	13,88	7,80
66 - Risaralda	9,48	85,76	20,17	38,73	8,97	14,38	12,78	73,81	12,47	9,41
68 - Santander	7,78	84,19	21,91	25,58	3,80	4,93	3,08	63,45	14,19	6,66



Entidad Territorial / Indicadores	Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	Razón de mortalidad materna a 42 días	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA	Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente
70 - Sucre	12,60	79,94	60,63	32,19	5,25	13,48	6,13	84,16	9,72	4,41
73 - Tolima	8,29	83,02	50,22	28,68	4,68	9,80	3,27	89,48	16,11	9,08
76 - Valle del Cauca	9,45	86,32	46,60	33,45	7,75	7,02	2,05	78,19	19,19	5,07
81 - Arauca	11,96	71,93	44,29	34,27	4,96	14,06	7,03	66,95	28,82	9,22
85 - Casanare	7,94	73,86	50,70	42,03	4,27	7,52	2,51	54,36	34,01	5,96
86 - Putumayo	9,39	73,69	68,70	21,81	2,71	3,06	9,17	51,67	20,80	5,89
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	11,70	87,48		23,78				65,93	28,69	
91 - Amazonas	16,12	52,61	169,64	47,64	6,38	62,23	20,74	19,15	8,41	17,74
94 - Guainía	21,88	24,20	312,50	30,38		14,75	59,00	46,81	14,37	8,97
95 - Guaviare	15,06	61,47	79,24	41,18	8,91			69,34	11,91	3,35
97 - Vaupés	22,99	28,82		33,88		63,55	15,89	20,33	4,07	30,64
99 - Vichada	29,41	25,19	326,80	50,56	5,28	28,59	107,23	20,04	2,72	3,10

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, cálculos MSPS dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes



Conclusiones

Las condiciones de vida de los colombianos en el tema de salud han tendido logros dentro de los cuales se reconoce el aumento en la esperanza de vida, la disminución de mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles entre otras. No obstante, el proceso de envejecimiento actual dado por índices de infancia y juventud en descenso y los de vejez y envejecimiento en incremento, generan un aumento considerable en la mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles y una alta demanda de atención por estas mismas causas, a expensas de la exposición prolongada a factores de riesgo que favorece su aparición. En el entendido de lo anteriormente expuesto se requiere adoptar una perspectiva hacia la acción frente al crecimiento de la población adulta mayor y las tendencias de la urbanización de la población.

Es preciso, el trabajo intersectorial que promueva el uso adecuado del espacio que permita dar respuesta a las necesidades de la población en cuanto a condiciones de la vivienda, suficiencia de servicios de salud y equilibrio del medio ambiente. Más aún, partiendo del conocimiento que el país tiene como riesgo inminente las amenazas naturales, teniendo en cuenta sus condiciones propias geográficas y la ubicación de poblaciones vulnerables en zonas de alto riesgo.

A partir del análisis de la morbilidad atendida y las principales causas de mortalidad; se hace importante fortalecer las estrategias que tienen como fin impactar en la prevención de la cronicidad de las patologías, el acompañamiento en temas de salud nutricional y seguridad alimentaria, actividad física permanente y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas entre otros.

Es de resaltar que las enfermedades precursoras de ERC tales como la HTA y DM muestran una tendencia creciente durante el periodo de análisis, situación que amerita del sistema de salud esfuerzos en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y mitigación del daño que causan las enfermedades crónicas no transmisibles.

Un aspecto que no debe dejarse de lado corresponde a la mortalidad por causas externas que, aunque no hace parte de las tres primeras causas a nivel nacional si genera carga, medida en AVPP por ser una de las primeras causas de mortalidad prematura, con mayor incidencia en hombres jóvenes, generando un gran peso en el capital y bienestar social.

Los accidentes de tránsito en el país, presentan también una importante tendencia al aumento razón por la cual las políticas de seguridad vial y la participación de los ciudadanos como veedores del cumplimiento de las mismas, son estrategias que cobran una gran importancia en el objetivo de disminución de su incidencia,



La salud
es de todos

Minsalud

adicionalmente la aplicación de conductas de autocuidado por parte de los peatones, conductores y los temas de convivencia ciudadana aportan en conjunto para conseguir los logros esperados.

La salud mental teniendo en cuenta el aumento de eventos y la llegada de la pandemia por COVID-19 se ve alterada frente al comportamiento normal de los seres humanos e impacta directamente en el estado de bienestar de las personas, la cual debe ser tomado como base para la investigación y desarrollo de estrategias encaminadas a disminuir los impactos en la salud mental que la pandemia ha causado y que se evidencia en el aumento de la morbilidad atendida en salud mental, impactando grupos de altísimo riesgo como son la población adolescente y adulto mayor, quienes requieren acciones encaminadas a la sana ocupación del tiempo libre, fortalecimiento de la educación, disminución de barreras de acceso y fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

La relevancia de los diferentes grupos de indicadores de salud pública varía a nivel territorial en Colombia. Mientras los relacionados con salud materno-infantil y enfermedades transmisibles tienden a concentrarse en los departamentos de la periferia del país, los vinculados con las enfermedades no transmisibles lo hacen en el centro del país en departamentos con mayor urbanización y envejecimiento. La agrupación de los indicadores para los otros grupos de causas es más difícil, aunque para ciertos indicadores de salud mental se encuentra una agrupación dada por continuidad entre departamentos y no siempre por pertenencia a una determinada región.

Al hacer un análisis de la tendencia del país frente a los diferentes grupos de causas, no es fácil sacar conclusiones generalizadas. Con relación a salud materno-infantil se puede concluir que las tendencias observadas muestran una orientación mixta frente a lo que se esperaría durante el periodo de estudio. Por ejemplo, mientras se observa una reducción en la mortalidad materna a 42 días, no pasa lo mismo con este indicador a 1 año, el cual mostró una tendencia al aumento, al igual que el bajo peso al nacer. Mientras otros indicadores, relacionados con la mortalidad neonatal, en menores de cinco años e infantil se mantuvieron relativamente estable. Aquellos indicadores relacionados con el control prenatal, por su parte, aunque al inicio tuvieron una tendencia a aumentar se redujeron nuevamente para el final del periodo de análisis.

En este sentido, el panorama nacional muestra más un mosaico en el seguimiento de estos indicadores, aunque si sugiere la importancia de su focalización tomando en cuenta su agrupación en ciertos departamentos del país. Este comportamiento podría ser una expresión de la diversidad de condiciones de vida y determinantes sociales presentes en el territorio nacional. La mirada de situación de salud a nivel nacional requiere un análisis



a nivel departamental a la hora de implementar acciones en los municipios que requieren mayor atención en cuanto a los diferentes indicadores presentados. Este tipo de desagregación se constituye en un insumo para la planeación territorial.

Para el caso de las enfermedades transmisibles, se observa un comportamiento fluctuante, aunque para dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.

La tendencia general en el país para la mortalidad asociada a las enfermedades no transmisibles es hacia al aumento, con la excepción de la mortalidad por cáncer de pulmón que, pese a su aumento desde inicio del periodo, mostró una reducción importante en los últimos tres años de análisis sin llegar a los valores de base de 2012.

Con relación a los indicadores de salud mental los indicadores en general tienen una tendencia al aumento, tanto en indicadores de patologías mentales como en algunos indicadores de violencia. Sin embargo, se resalta la reducción en lo relacionado con violencia de género e intrafamiliar y en la violencia interpersonal.

Frente a salud ocupacional, el análisis de tendencias permite concluir que para los últimos años se logró revertir su incremento y se observó una reducción en los indicadores de accidentalidad laboral y de enfermedades calificadas como laborales, lo cual se acompañó de una reducción muy notoria de la tasa de mortalidad por accidente laboral y enfermedad laboral.

En lo relacionado con calidad del aire, si bien no fue posible tener un panorama para todo el país la información que se obtuvo muestra que en general durante el periodo de análisis el pm10 en las estaciones de monitoreo estuvo por encima del referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030, según lo indicado en la Resolución 2254 de 2017.

Los análisis realizados tomando como referencia la variación de los indicadores de salud según PIBpc y educación, muestran que en general los patrones más claros en las brechas se encontraron a través del uso del primer tipo de estratificador. En general, se pueden identificar tres escenarios: aquellos en los que se observó claramente una distancia amplia entre el quintil con mayor ventaja e indicadores más favorables y los quintiles con menor desventaja e indicadores desfavorables. Este fue el caso de los eventos de salud materno



infantil (mortalidad y control prenatal) e indicadores como la incidencia de dengue e índice parasitario anual. Así mismo, la mortalidad por accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.

Otro patrón observado fue aquellos indicadores con una distancia amplia entre el quintil con menor ventaja y mejores indicadores en relación con quintiles con mayor ventaja e indicadores menos favorables. Este fue el caso de la mortalidad por algunos tipos de cáncer como de mama, de próstata y de colon, la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar y de género, la violencia contra niñas, niños y adolescentes y las tasas de enfermedad laboral y de accidentes laborales.

Por otro lado, un escenario en los que no se observó una brecha clara entre quintiles que denotara un patrón específico o consistente en el periodo de observación. Este es el caso mortalidad por algunos tipos de cáncer como de estómago, de pulmón, de cuello uterino, el suicidio y la tasa de intento de suicidio.

A partir de los análisis realizados se puede concluir que Colombia cuenta con una gran disponibilidad de fuentes de información sobre el estado de salud de su población. Para este estudio, esa gran disponibilidad de datos suponía un ejercicio de síntesis para lograr describir un perfil nacional que desde lo técnico respondiera a las aproximaciones teóricas propuestas. Esto significó la aplicación de criterios de inclusión para seleccionar los indicadores de fuentes oficiales, que presentaran una desagregación departamental para cada una de las siete grandes causas estudiadas, en el periodo de 2012 a 2019. En este sentido, la mayoría de los indicadores que cumplieron estos criterios estaban relacionados con la descripción de la mortalidad y morbilidad que clásicamente se han utilizado para la caracterización de perfiles poblacionales. Esto es necesario para establecer un diagnóstico de la situación de salud nacional en el periodo anterior y también permite comparaciones internacionales.

Sin embargo, el monitoreo de las desigualdades en salud debería incluir indicadores positivos que permitan una interpretación desde las dinámicas que determinan la salud que permitan la planificación y las decisiones más informadas en el establecimiento de prioridades y asignación de recursos. En la salud materno infantil, indicadores como el porcentaje de controles prenatales en grupos de interés y el porcentaje de atención de parto por personal especializado fueron incluidos. Sin embargo, en el resto de grandes causas es necesario un avance en la obtención de este tipo de información. Por ejemplo, en enfermedades no transmisibles indicadores de entornos físicos, alimentarios y socioeconómicos. En enfermedades transmisibles, un mayor avance técnico en la recolección y manejo de información ambiental, de coberturas de acueducto, alcantarillado y acceso a agua potable. En salud mental, las connotaciones positivas que tienen que ver con habilidades para la



adaptación, la participación, entre otras. En salud laboral, indicadores que reflejen la cultura de seguridad en el trabajo.

Un vacío claro de este análisis tiene que ver con la inclusión de los estratificadores de género, al menos el proxy de sexo, al igual que los relacionados con la condición étnica y racial. Con miras al seguimiento del nuevo plan va a ser fundamental la inclusión de información y la apropiación de criterios de análisis que permita una adecuada valoración de estas categorías sociales.

En el mundo, el entendimiento de los procesos de salud y enfermedad empiezan a tener más en cuenta la perspectiva de género. En Colombia, los registros sobre violencia empezaron a incluir recientemente este tipo de información. En este sentido, el SIVIGILA capta información de identidad de género y orientación sexual desde 2019, con el que se espera tener una mejor caracterización de las tipologías de violencia y grupos vulnerables que sirva para la toma de decisiones. En este estudio, como parte de la gran causa salud mental estos indicadores no pudieron ser incluidos porque su consolidación nacional no estaba disponible, pero se incluyó un indicador sobre la violencia intrafamiliar y de género y otro sobre violencia en niños, niñas y adolescentes, ambos con información desde 2017 que dan una perspectiva inicial del fenómeno en Colombia.

En lo que tiene que ver con la etnicidad y raza, si bien desde principios de este siglo se han tenidos avances en la inclusión de preguntas sobre estas categorías en las diferentes fuentes de interés en salud pública, todavía queda el desafío de su captura apropiada y consistente. Tener esta información con suficiente calidad es relevante dado que a través de otros análisis se ha podido verificar el rezago de las poblaciones étnico/raciales en diversos indicadores de salud.

Frente a ruralidad, si bien se hizo un análisis preliminar de tendencias tomando en cuenta la dicotomía urbano-rural (datos no mostrados en este documento) los hallazgos fueron poco informativos, lo cual plantea la necesidad de tener aproximaciones más adecuadas para el análisis de las brechas de acuerdo a los diferentes niveles de urbanización y ruralidad del país.

Un último aspecto tiene que ver con el reto que resulta abordar estas diferentes categorías desde una perspectiva de múltiples intersecciones, considerando que las categorías sociales que pueden ser relevantes en Colombia no actúan por separado, por tanto, un análisis más complejo podría ser apropiado para orientar mejor las intervenciones y decisiones de política pública orientadas a abordar las inequidades en salud en el país.



Con respecto a los cambios en la morbilidad y mortalidad por COVID 19, con datos preliminares de 2020, el efecto de la pandemia en la mortalidad se reflejó en una disminución global del número de personas atendidas del -1,8% en comparación con el promedio de personas atendidas en el periodo 2015-2019. Los meses con mayor disminución de las atenciones fueron abril y julio, con decrecimientos del -46,1% y -35,8%, respectivamente. Al comparar estas variaciones con las diferencias de personas atendidas en los promedios de los periodos 2011-2014 y 2015-2019, cuando las atenciones globales aumentaron casi 25,4 puntos porcentuales, se puede comprender la marcada y significativa disminución de personas atendidas en consulta ligado a la pandemia, especialmente durante la medida de aislamiento obligatorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Con datos preliminares de 2020, el efecto de la pandemia en la mortalidad se reflejó en un incremento global del número de fallecidos del 29,6% en comparación con el promedio de muertes en el periodo 2015-2019. Los meses con mayores incrementos de la mortalidad fueron julio y agosto, con crecimientos del 60,9% y 68,0%, respectivamente. Al comparar estas variaciones con las diferencias de mortalidad en los promedios de los periodos 2011-2014 y 2015-2019, cuando la mortalidad global aumentó 13,9 puntos porcentuales, se puede comprender el exceso de mortalidad ligado a la pandemia por COVID-19 en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Para el grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias se encontraron dos tendencias que dan cuenta de la naturaleza de los eventos analizados. En el caso de enfermedades de comportamiento estacional como infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores y enfermedad diarreica aguda, las atenciones por morbilidad disminuyeron de manera sostenida en comparación con el año 2019, esto relacionado con disminución de demanda de la consulta externa antes las medidas sanitarias implementadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el caso de la mortalidad para las mismas se observó que después de la reapertura se presentó un descenso mantenido para las infecciones respiratorias de las vías superiores y de la enfermedad diarreica, que puede ser atribuido a la adopción extensiva en la población general de medidas no farmacológicas como el uso de tapabocas, el lavado de manos, el distanciamiento social y la virtualidad educativa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por otro lado, el incremento de la mortalidad por infecciones de las vías respiratorias inferiores observado después a la reapertura gradual también puede estar relacionado con un aumento simultáneo de mortalidad por COVID-19, adicional al esperado comportamiento estacional de la enfermedad que es probable se haya recrudecido por el contacto interpersonal dada la reapertura, así como la circulación de otros virus (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).



En el caso de las enfermedades infecciosas seculares como Hepatitis C y Tuberculosis se presentaron las disminuciones esperadas en las consultas durante el aislamiento obligatorio debido a que son pacientes con modalidad de atención externa programada. Posterior al periodo de reapertura se alcanzaron niveles endémicos esperados de la tasa de consultas para estas poblaciones. En el caso de VIH la consulta de morbilidad se incrementó de manera estacionaria, mostrando de alguna manera la continuidad del programa para los pacientes crónicos y el diagnóstico de casos nuevos de la infección (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Con relación a la mortalidad para los tres eventos, se presentaron tendencias de disminución mantenida que improbablemente estén relacionadas con la pandemia sino con el aumento de los índices de esperanza de vida vinculado a las rutas de atención y alta adherencia a los programas desarrollados para estos tres eventos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Para el componente de salud materno-infantil es de destacar que en los índices de salud materna se presentaron incrementos tanto de morbilidad materna extrema como de mortalidad durante y después de la reapertura gradual, mostrando la disminución de la demanda de consulta externa de controles maternos generando morbilidad prevenible no atendida; siendo todos estos factores posibles catalizadores para el incremento de las complicaciones materno-perinatales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el caso de la salud infantil, las infecciones como IRA y EDA en niños menores de cinco años tienen el mismo comportamiento descrito para la población general. Para este grupo de edad, el evento de desnutrición presentó un incremento en morbilidad después de la reapertura, mostrando evidencia de la emergencia económica que trajo consigo la pandemia y las medidas sanitarias como las cuarentenas obligatorias. Se considera que las mayores consecuencias en salud nutricional se presentaron en los grupos más vulnerables localizados entre los grupos de mayor pobreza y vulnerabilidad social, con condiciones de desempleo y alta informalidad laboral, que repercuten en menor garantía de seguridad alimentaria en dichos hogares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Un componente de especial interés en este informe fueron las enfermedades crónicas no transmisibles en el que las atenciones por morbilidad se redujeron durante las cuarentenas obligatorias y posteriormente se incrementaron de manera estacional luego de la reapertura. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Para todos los cánceres y para el de mama en particular se evidenció una tendencia de crecimiento permanente mostrando quizás el diagnóstico de nuevos casos de la enfermedad.

En el caso de mortalidad para los eventos crónicos se presentaron dos tendencias: la primera para las enfermedades con alto riesgo de mortalidad y tratamiento intrahospitalario como cáncer, enfermedad renal crónica y enfermedades cardiovasculares el comportamiento mostró niveles de endemia similares al histórico,



evidenciando los amplios periodos de latencia para estos eventos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Adicionalmente, estos hallazgos sugieren el funcionamiento permanente de las rutas de atención establecidas y el mantenimiento remoto de las atenciones. Por otro lado, para las patologías de menor riesgo de mortalidad y con tratamiento ambulatorio como la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus se presentó un incremento de la mortalidad por desarrollo de complicaciones derivadas, como el infarto agudo de miocardio, en donde se presume que las medidas de contención de la pandemia incidieron en un menor acceso oportuno a los controles de prevención específicos y a la continuidad en el tratamiento farmacológico indicado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El incremento de mortalidad materna y por enfermedades crónicas durante la pandemia hizo visible una implementación limitada de medios remotos para la atención en salud, que no garantizan el acceso efectivo a los servicios primarios, provocando el desarrollo masivo de complicaciones altamente prevenibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el grupo de patologías relacionadas con la salud mental se encontró que los trastornos de ansiedad, demencia y depresión presentaron un incremento en su morbilidad durante las cinco medidas sanitarias implementadas para el control del COVID-19, relacionadas con la incertidumbre provocada por la misma pandemia y un deterioro global de la salud mental ante situaciones adversas como las cuarentenas obligatorias prolongadas. Esta tendencia, además, permite evidenciar limitaciones en las 63 redes de atención institucionales que garanticen la promoción, prevención e intervención de manera efectiva los eventos de salud mental en la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Los eventos cíclicos como intentos de suicidio y suicidios presentaron una disminución mantenida y una tendencia endémica respectivamente, en comparación al año 2019 en los periodos específicos de mayor frecuencia de los eventos como son mitad y final de año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por último, para el grupo de lesiones de causa externa, en el caso de los accidentes de tránsito, se presentó un descenso en la consulta y mortalidad por el evento hasta la reapertura gradual donde posteriormente se alcanzaron niveles endémicos, reportados por 2019, incluyendo el aumento en el periodo de final de año donde se presentan con mayor frecuencia los accidentes de tránsito (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El otro evento de interés en este grupo son las agresiones, entre las que se encontró un incremento en la tendencia hasta el final de la reapertura gradual, donde los hogares constituyeron una fuente importante para este tipo de lesión. Cabe destacar que esta fuente se disminuye nuevamente después de entrar en vigencia la medida sanitaria de aislamiento selectivo donde las atenciones por esta causa alcanzan los valores endémicos del 2019, incluso en los periodos de mayor reporte, como el fin de año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).



En el contexto situacional de salud de pueblos y comunidades Indígenas, Negras y Rom, según las perspectivas culturales, el 8.9 % de la población indígena reconoció que presentó problemas de salud en los últimos 30 días en el censo 2018, un porcentaje mayor, 10.4 %, de la población general también reconoció problemas de salud en dicho periodo. En ambas poblaciones la decisión más importante para tratar el problema fue acudir a la entidad de seguridad social en salud, con 74.9 y 69.3 % para población general e indígena respectivamente (Minsiterio de Salud y Protección Social, 2022).

El uso de remedios caseros predominó en población indígena con 11.5 % frente a 7 % de la población general. Acudir a un médico particular predominó en población general con 7 % frente al 5.4 % en la población indígena. La decisión de auto recetarse, acudir a un farmaceuta, asistir a terapias alternativas y no hacer nada tuvieron el mismo porcentaje en ambos grupos. En cuanto a la decisión de acudir a una autoridad indígena espiritual o a otro médico étnico es prácticamente inexistente en población general con 0.1 % en ambos casos, el 2.3 % de la población indígena acudió a una autoridad indígena espiritual y el 1.3 % a otro médico de un grupo étnico (DANE, 2019).

Otros indicadores que se relacionan con las perspectivas culturales son el lugar de atención del parto y la asistencia a controles prenatales, aunque se reconocen también problemas de acceso físico que afectan estos indicadores. En el primero, entre el 2009 y el 2013 se aumentó la brecha del parto no institucional en la población indígena con relación a la población no indígena, que pasó del 15 % de menos partos institucionales en población indígena en 2009 a 21 % menos en el 2013. En cuanto a los controles prenatales, mientras el 54.17 % de los nacidos vivos indígenas tuvieron 4 o más controles prenatales en 2013, este mismo indicador fue del 87.19 % en la población no indígena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En coherencia con la distribución que se ha observado en población general (MSPS, 2021a), el 52,81% (2.914.544) de las atenciones se prestaron a los pueblos indígenas, a 2016, por diagnósticos relacionados con Enfermedades no transmisibles con una razón de 3,23 atenciones por persona. El 26,14% (1.442.705) correspondió a condiciones transmisibles y nutricionales para una razón de 2,52 atenciones por persona; en tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 13,34% de las atenciones y una razón de 2,31 atenciones por persona. En cuanto a las lesiones de causa externa originaron el 4,76% de las atenciones con una razón de 2,36 atenciones por persona; finalmente las condiciones perinatales causaron el 2,95% de las atenciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).



Según el Análisis de Situación de Salud 2020 el sistema de información de la mortalidad en Colombia presenta sub registro para etnia. En las defunciones anuales revisadas entre 2008 y 2018, se encontró que el 27.5 % de los registros tenía esta información, de ellas 1.774.783 muertes que representan el 92.4% se clasificaron como otras etnias y el restante 7.66 % fue identificado como perteneciente a alguno de los tres grupos étnicos. De estos, la población indígena representó un 1.6 % que correspondió a 30.434 defunciones totales en el periodo 2008 a 2018, para un promedio anual de 3.043 muertes en esta población, cifra concordante con el promedio anual de 2.933 muertes del periodo 2008 – 2013 del perfil de salud de la población indígena de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Por sexo, entre 2008 y 2013, se observa que las mujeres indígenas contribuyeron con el 45.5 % (8016) y los hombres con el 54.5 % (9.584) (MSPS, 2016), aunque la tendencia de la brecha es similar a la población general, se observa una diferencia de 2 puntos porcentuales por encima en la mujer indígena con respecto a las defunciones de mujeres en población general cuyo porcentaje fue del 43.51 % y una disminución porcentual igual del hombre indígena en comparación con hombres en población general con 56.47 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

La razón de Mortalidad Materna mostró entre el 2009 y 2013 una tendencia al aumento en población indígena en contraste con el descenso en la población no indígena. Así, la diferencia relativa entre las dos razones, pasó de 3.8 veces más la muerte materna indígena con la no indígena, a 7.3 veces más en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La población negra presenta variaciones al interior de los grupos que la componen, en tanto la población negra o afrodescendiente reporta el mayor número de muertes en el periodo (336) en comparación con el grupo de población raizal y palenquero que reportaron 5 y 3 muertes respectivamente para el periodo 2008 – 2014. Aunque las tasas de mortalidad son mayores para la población raizal y palenquera con el pico más alto en el 2011 con 410,68 y 1.204,82 muertes por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente, en comparación con la población negra cuyo pico más alto se reporta en el 2012 con 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, estos valores podrían estar influenciados por el bajo denominador del indicador para la población raizal y palenquera. Es de anotar que la población raizal no registra mortalidad materna para el periodo 2012 – 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

La tendencia de la mortalidad materna en la población negra muestra un ascenso sostenido desde el 2009 al 2012 pasando de 98,27 muertes a 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En el 2013 presenta una disminución en 66,53 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con respecto al 2012. El 2014 comparado con



el 2013, presenta un aumento de 20,22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El bajo volumen poblacional de la población Rom origina que escasos casos de muertes maternas produzcan elevadas razones, como se observó con las Razones de Mortalidad Materna de esta población en los años 2011 y 2014, cinco veces más altas que las de población indígena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En el periodo 2009 a 2013, la disminución de la tasa de mortalidad neonatal fue mayor para la población indígena, que decreció 18 % en comparación con la disminución del 14 % en la población no indígena. Se observó una tendencia a la disminución de la brecha entre las dos tasas en el periodo, que empezó con una tasa de población indígena mayor en 69 % en 2009 y terminó con una mayor en población indígena de 59 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el periodo 2009 - 2014 de 320.495 nacimientos registrados con la variable étnica, se produjeron 3.394 muertes neonatales. De este total, el grupo étnico que aportó mayor cantidad de eventos fue el negro/afrocolombiano con un 65.23 % (2.214), seguido de la población indígena con un 30.85 % (1.047). Los grupos raizal, Rom y palenquero, aportaron las menores proporciones de muertes neonatales con un 1.83% (62), 1.38% (47) y 0.71% (24) respectivamente. Pese a lo anterior, los grupos étnicos que muestran las mayores tasas de mortalidad neonatal son los grupos Rom, palenquero y raizal, dado que el valor de este indicador puede estar influenciado por el bajo denominador poblacional, por lo cual una muerte tiene una alta representatividad en estos grupos poblacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Por su parte, la población palenquera presentó una disminución de la mortalidad hasta el año 2013 pasando de 63.69 muertes en 2009 a 10.75 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2013, sin embargo, para el 2014 está cifra aumentó a 34.78 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A su vez, la tendencia de la población raizal ha aumentado desde el 2012 pasando de una tasa de 15.71 muertes en este año a 25.25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2014. En contraste, las tasas para la población indígena y negra, mulato o afrodescendiente muestran tendencia al descenso a partir del 2012, mostrando las menores tasas de los grupos étnicos en el 2014 con 11.77 y 9.2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).



La tasa de mortalidad infantil ha tenido una disminución del 19.67 % para población no indígena en el periodo 2009 a 2013, a diferencia de la disminución del 2.83 % de la población indígena. La relación entre las dos tasas ha tenido poca variación en dicho periodo, en 2013 la tasa en población indígena es 1.73 veces más a la de población no indígena. El mismo comportamiento se observa en la tasa de mortalidad del menor de 5 años, con 16 % de reducción en ese periodo en la población no indígena, mientras en la población indígena la reducción fue del 6.2 % y un aumento de la relación de las tasas de las dos poblaciones de 1.79 veces más en población indígena en 2009 a 2.11 veces más sobre la población no indígena en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el ASIS 2020, se observaron diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta correspondió al grupo Rom (gitano), que para 2018 registraron 28,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

La distribución de las causas de las atenciones de morbilidad de la población negra varía con respecto a la población indígena en el segundo y tercer lugar por tipo de diagnósticos. En esta población, las enfermedades no transmisibles aportaron el 52,22% (1.282.736) de las atenciones con una razón de 8 atenciones por persona. En el segundo lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos a los que se les atribuyó el 19,93% (489.570) de las atenciones con una relación de 4 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales ocuparon el tercer lugar al generar el 17,01% (417.824) de las atenciones con una relación de 4 atenciones por persona. El 6,51% (160.028) de las atenciones se prestó por lesiones, con una razón de 3 atenciones por persona. En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales a las que se les atribuye el 4,33% (106.478) de las atenciones, con una razón de 5 atenciones por persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Para la población negra, la principal causa de muerte en el periodo 2008-2014 fueron las enfermedades del sistema circulatorio que causaron el 29.09 % (23.441) de las muertes, seguido del grupo de las demás causas que aportó el 22.08 % (17.795) de defunciones. En tercer lugar, estuvo el grupo de las causas externas con un 21.55 % (17.366). El cuarto y quinto lugar fue ocupado por los grupos de neoplasias y enfermedades transmisibles con un 15.22 % (12.266) y 6.78 % (5460) de defunciones respectivamente. Los grupos de afecciones del periodo perinatal y de signos y síntomas mal definidos ocuparon los últimos lugares, causando el 2.69% (2.169) y 2.60% (2.093) de las muertes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).



Frente al diagnóstico de condiciones de salud de la población víctima del conflicto armado (VCA), los hechos victimizantes declarados por la población VCA se concentran en tres categorías así: el desplazamiento forzado constituye el evento de mayor magnitud con el 90.4%, con una diferencia amplia, el homicidio y la amenaza ocupan el segundo y tercer lugar cada uno con un 10.9% y 6.2% respectivamente. El porcentaje restante incluye los demás hechos victimizantes con un total de 7.4%. (Tabla 48)

Tabla 48. Hechos victimizantes declarados por la población VCA

Hecho victimizante	Número de Personas	Porcentaje
Desplazamiento forzado	7.131.274	90,4%
Homicidio	859.892	10,9%
Amenaza	491.997	6,2%
Desaparición forzada	149.815	1,9%
Perdida de bienes muebles o inmuebles	110.843	1,4%
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	76.710	1,0%
Confinamiento	66.453	0,8%
Sin información	37.869	0,5%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	32.436	0,4%
Secuestro	31.915	0,4%
Abandono o despojo forzado de tierras	28.186	0,4%
Lesiones personales psicológicas	13.007	0,2%
Lesiones personales físicas	12.948	0,2%
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10.696	0,1%
Tortura	9.513	0,1%
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	7.016	0,1%

Fuente: Red Nacional de Información - Fecha Corte: junio de 2021

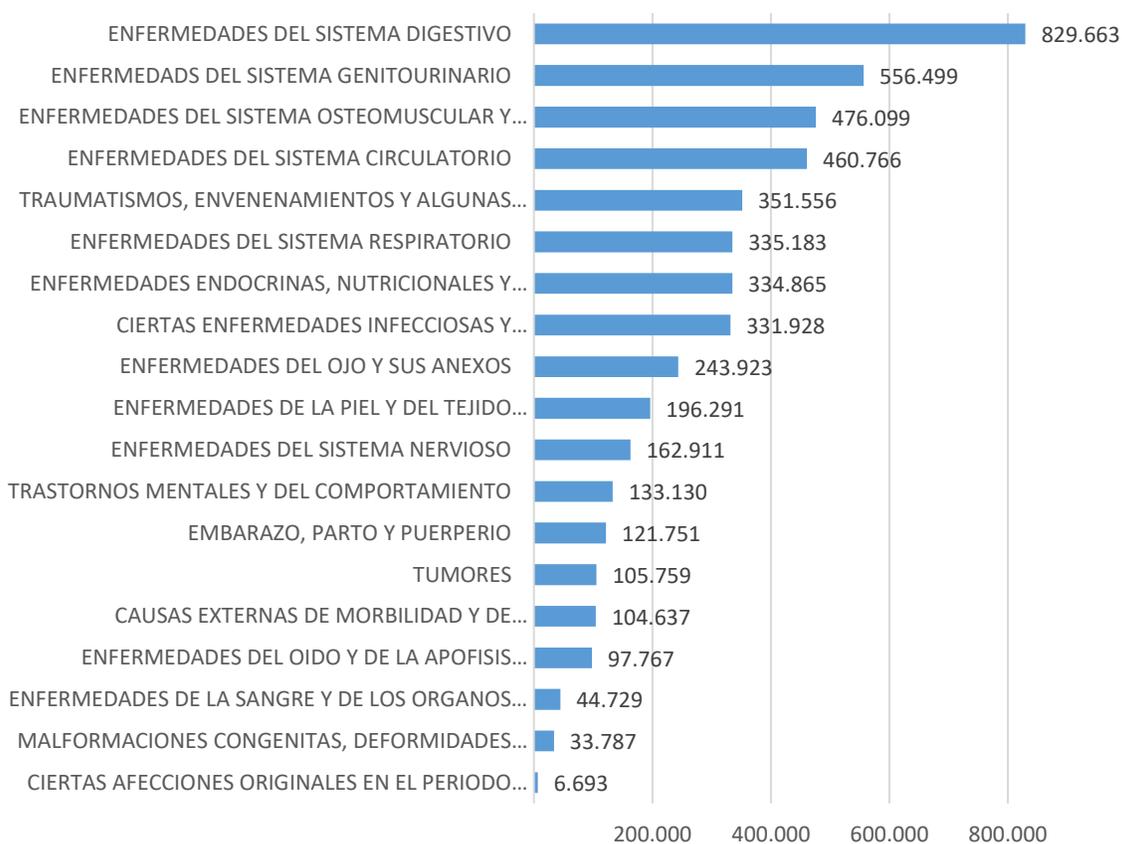
Durante el año 2020, 3.732.110 personas víctimas accedieron a la prestación de servicios de salud. Se realizaron 44.894.821 intervenciones que se desagregan en consultas que representa el tipo de atención más utilizado junto con los procedimientos y en menores proporciones la atención de urgencias y las hospitalizaciones, para un promedio de 12 atenciones por cada persona VCA atendida (Gráfico 152).



El diagnóstico más frecuente para la población VCA durante el año 2020 corresponde a las enfermedades relacionadas con sistema digestivo casi duplicando a las enfermedades del sistema genitourinario y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

En cuanto a la distribución por sexo, la proporción de personas que recibieron atenciones fue mayor en mujeres con un 61% del total de casos.

Gráfico 152. Porcentaje de población VCA según grupo de diagnósticos CIE-10 en el año 2020



Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021



Referencias Bibliográficas

¹Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999, 1-3.

² Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la República (2 de noviembre de 2011).

³ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>. Último acceso el 10 de noviembre de 2020

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>. Último acceso el 29 de septiembre de 2021

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2019. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2017. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2014. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf. Último acceso el 20 de noviembre de 2020

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2013. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>. Último acceso el 20 de noviembre de 2020



¹²Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf> Último acceso el 20 de noviembre de 2020

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud según regiones, Colombia, 2012. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/imp_MINsalud+asisREGIONES.pdf Acceso el 16 de septiembre de 2015

¹⁴Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales, Colombia, 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf> Acceso el 16 de septiembre de 2015

¹⁵Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional.

¹⁶World Health Organization. World Health Organization. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: WHO. Disponible en <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf> Acceso el 9 de septiembre de 2015. (GPE Discusión) Paper Series No. 31).

¹⁷Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.

¹⁸ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017

¹⁹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

²⁰ Diario Oficial No. 48.411 de 24 de abril de 2012. Congreso de Colombia. Ley 1523 de 2012 (abril 24) Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

²¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. II. Análisis de información sobre riesgos.

²² Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. Registro de Emergencia 2017.

²³ Departamento Nacional de Planeación. Boletín Infográfico. Gestión del riesgo de desastres. UNDGR Riesgo de desastres: el caso los eventos asociados a inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos de torrenciales. volumen dos, 2018

²⁴ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas Climatológico de Colombia. ISSN: 978 958 8067 95 7. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2017

²⁵ Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear. INGEOMINAS Atlas de amenaza Volcánica en Colombia. Editorial López. 2000

²⁶ Servicio Geológico Colombiano, (SGC) Boletín Informativo No 2911, abril 2018. Disponible en <https://www2.sgc.gov.co/Noticias/Paginas/Boletines-mensuales.aspx> Consultado el 30 abril del 2018.



²⁷ Herrera PM, Alfaro AJ. Caracterización sísmica de fallas colombianas por analogía con fallas conocidas geológica y sismológicamente. Revista de la Escuela Colombiana de Ingeniería, N.º 95. 2014. Disponible en <http://www.escuelaing.edu.co/revista.htm>. Consultado el 30 abril del 2018.

²⁸ Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico en Bogotá. Disponible en <http://www.idiger.gov.co/rsismico>. Consultado el 30 abril del 2018.

²⁹ Universidad Nacional. Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos.

³⁰ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial Región de América Latina y El Caribe. Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas. Primera edición en español: Marzo de 2012. Disponible en <http://gestiondelriesgo.gov.co/sigpad/archivos/GESTIONDELRIESGOWEB.pdf>. Consultado el 30 abril del 2018.

³¹ Escala Macrosísmica Europea 1998 EMS – 98. Editor G. Grünthal. Presidente del Grupo de Trabajo “Escalas Macrosísmicas” de la ESC GFZ German Research Center for Geosciences, Potsdam, Alemania. Edición española F. Lorenzo Martín. Hamburgo 2008.

³² Amenaza por remoción en masa en Colombia. Disponible en <http://ceelat.org/mapas/amenaza-por-remocion-en-masa-en-colombia/>. Consultado el 30 de abril de 2018.

³³ Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000.

³⁴ Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Ministerio de Minas y Energía (MINMINAS). Las amenazas por movimientos en masa en Colombia. Una visión a escala 1:100.000. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2017

³⁵ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia, 2015. Bogotá D.C., Colombia.

³⁶ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D) del IDEAM, 2017. Bogotá D.C., Colombia.

³⁷ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017.

³⁸ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

³⁹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia. 2017. Bogotá D.C., Colombia.

⁴⁰ Instituto Nacional de Vías, INVIAS disponible en <https://www.invias.gov.co/index.php/archivo-y-documentos/informacion-institucional/8397-estado-de-la-red-vial-criterio-tecnico-segundo-semester-2018>. Consultado el 1 de marzo de 2019



-
- ⁴¹ Fedesarrollo Competitividad en el transporte aéreo en Colombia. Informe final de Fedesarrollo a Fontur Disponible en https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Repor_Junio_2016_Martinez_y_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y consultado 1 marzo de 2019.
- ⁴² Ministerio de Transporte. Transporte en cifras: estadísticas 2017. Oficina Asesora de Planeación. Grupo de Planificación Sectorial.
- ⁴³ Ministerio de Transporte. Plan Maestro Fluvial de Colombia 2015.
- ⁴⁴ Ministerio de Transporte. Transporte Férreo - Redes Férreas. Disponibles: <https://www.mintransporte.gov.co/preguntas-frecuentes/68/transporte-ferreo---redes-ferreas/> . consultado el 25 de marzo del 2019.
- ⁴⁵ World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2017–2018 is published by the World Economic Forum within the framework of the System Initiative on Shaping the Future of Economic Progress disponible en <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf> . Consultado 1 marzo de 2019.
- ⁴⁶ Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 043 de 2019. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=90241 . Consultado 5 de octubre de 2021.
- ⁴⁷ Ministerio del Interior. Decreto 1454 de 2018. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201454%20DEL%2006%20DE%20AGOSTO%20DE%202018.pdf> . Consultado 5 de octubre de 2021.
- ⁴⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque en la planeación del desarrollo municipal. 2008.
- ⁴⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion> Actualizado el 12 de mayo de 2011.
- ⁵⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018> . Actualizado el 14 de julio de 2021. Consultado octubre de 2021.
- ⁵¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Geovisor CNPV 2018. Disponible en: <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/> . Consultado octubre 20 de 2021.
- ⁵² Banco Mundial. Pueblos indígenas. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples> . Última actualización: Marzo 19 de 2021. Consultado el 21 de octubre de 2021.
- ⁵³ Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). “Pueblos Indígenas”. Disponible en: <https://www.ifad.org/en/indigenous-peoples> . Consultado el 21 de octubre de 2021.



⁵⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19. Disponible en: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/impacto-y-situacion-de-la-poblacion-indigena-latinoamericana-ant.html>. Mayo 14 de 2020. Consultado el 21 de octubre de 2021.

⁵⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Información de los Grupos Étnicos en Colombia. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>. Consultado el 19 de octubre de 2021.

⁵⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.

⁵⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls Actualizado el 12 de mayo de 2011.

⁵⁸ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Esposure data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310> Consultado el 18 de septiembre de 2015.

⁵⁹ Medina C.A., Vélez CE. Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. Borradores de economía. 2011; 678.

⁶⁰ Lommmis DP, Castillejos M, Gold DR, McDonnell W, Borja-Aburto VH. Air pollution and infantmortality in Mexicocity. Epidemiology 1999; 10:118-123.

⁶¹ Tellez-Rojo M, Romieu I, Polo-Peña, Ruiz Velazco S, Meneses-Gonzalez F, Hernández-Avila M. Efecto de la contaminación ambiental sobre las consultas por infecciones respiratorias en niños de la Ciudad de México. Salud Pública, México 1997; 39(6):513-521.

⁶² Banco Mundial. Desarrollo Urbano. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevlopment/overview> Consultado el 28 de noviembre de 2020.

⁶³ Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe. Capítulo 3: El bono demográfico.

⁶⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Guía para análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral. Colombia, 2009.

⁶⁵ Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas.

⁶⁶ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Serie Seminarios y conferencias. Santiago de Chile, mayo de 2004. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6745/S043186_es.pdf. Consultado el 26 de octubre de 2021.



⁶⁷The World Bank. World Development Indicators: Mortality. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>
Consultado el 29 de julio de 2015

⁶⁸ Banco Mundial. Datos. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador>. Actualizado 15 de Octubre de 2020. Consultado el 28 de noviembre de 2020.

⁶⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Boletín Técnico. Producto Interno Bruto (PIB) III Trimestre de 2021. Actualizado el 16 de noviembre de 2021.

⁷⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Pobreza y desigualdad. Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Información Pobreza monetaria nacional 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>.

⁷¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr. Disponible en <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddf572fcd>. Consultado el marzo 20 del 2019.

⁷² Banco Mundial. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Disponible en <https://databank.bancomundial.org/reports.aspx?source=2&series=SE.ADT.LITR.ZS&country=> Consultado el 29 de noviembre de 2020.

⁷³ Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <https://www.datos.gov.co/Educacin/ESTADISTICASENEEDUCACIONBASICAPORMUNICIPIO/nudc7mev>. Consultado el 2 de septiembre de 2020.

⁷⁴ Xu XF, Li YJ, Sheng YJ, Liu JL, Tang LF, Chen ZM Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis. 2014.

⁷⁵ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN). Colombia, 2015.

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Consultado el 11 de enero de 2022.

⁷⁷ Organización mundial de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018

⁷⁸ FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135.

⁷⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. 14 de junio de 2016. Resolución 2456 de 2016. Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.



⁸¹ Observatorio de Drogas de Colombia, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2016

⁸² Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650. Ginebra. 1980.

⁸³ Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud. Nota de política. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2015

⁸⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta de Demografía y Salud Colombia. 2015. Tomo 2.

⁸⁵ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ficha Técnica Indicador: Tasa de violencia intrafamiliar.
Código de indicador: 77.

⁸⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. Resolución 3310 de 2018, por la cual se Adopta Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y dictan otras disposiciones. agosto 3 de 2018

⁸⁷ Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional

⁸⁸ FASECOLDA. Zambrano AM. El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia: Una mirada a las locomotoras de la economía desde la perspectiva de los riesgos laborales. abril 2013

⁸⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia 2015.

⁹⁰ Restrepo DA, Ortiz LA. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud , 2017. Documento de trabajo, en discusión.

⁹¹ Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Nota descriptiva N°333. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.

⁹² The World Bank. World Development Indicators: Reproductive health. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Consultado el 6 de junio de 2019.

⁹³ The World Bank. World Development Indicators: Reproductive health. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Consultado el 6 de junio de 2019.

⁹⁴ Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013.



⁹⁵VivekanandJha. Guillermo Garcia-Garcia. Kunitoshi Iseki. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *TheLancet*. Julio 2013. Volumen 382, No. 9888, p260-272,20.

⁹⁶Organización Mundial de la Salud. Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Disponible en

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379&Itemid=1926&lang=es.

Consultado el 12 de diciembre de 2014.

⁹⁷Levey, A. S., et al. "Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes." *Kidney international* 72.3 (2007): 247-259.

⁹⁸ Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2017. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.

⁹⁹ Lopera-Medina, Mónica María. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud .*Rev. Gerenc. Polit. Salud* [online]. 2016, vol.15, n.30 [cited 2019-06-05], pp.212-233

¹⁰⁰ Cuenta de Alto Costo. Situación Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia en Colombia.

¹⁰¹Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra (Suiza). 2013.

¹⁰² Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 312. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Consultado el 10 de diciembre de 2014.

¹⁰³ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020.

¹⁰⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Abril 2021.

¹⁰⁵ Ortega Sánchez, Manuel Alfredo; Osnaya Ortega, María Luisa; Rosas Barrientos, José Vicente. Leucemia linfoblástica aguda. *Medicina Interna de México*, Volumen 23, Núm. 1, enero-febrero, 2007.

¹⁰⁶ International Agency for Research on Cancer, IARC, Organización Mundial de la Salud. Today Cancer. Disponible en <http://qco.iarc.f/today/home>. Consultado el 20 de mayo del 2019.

¹⁰⁷ Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.

¹⁰⁸ Fajardo-Gutiérrez, Arturo; Mejía-Aranguren, Juan Manuel; Hernández-Cruz, Leticia; Mendoza-Sánchez; Hilda Francisca; Garduño-Espinos, Juan; Martínez-García, María del Carmen. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J PublicHealth* 6(2), 1999.



¹⁰⁹Beutler E, Lichtman M, Coller B, Kipps T, et al. Williams Hematology. 6thed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp:1141-61.

¹¹⁰ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer pediátrico en Colombia.

¹¹¹Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006.

¹¹² Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.

¹¹³World Health Organization. World report on disability. 2011.

¹¹⁴ Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> Consultado el 10 de junio de 2019.

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 24 de noviembre de 2015.

¹¹⁶ Presidencia de la República. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. CONPES 3918 del 15 de marzo de 2018.

¹¹⁷Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, et al. (2011) Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLoS Med 8(8): e1001080. doi:10.1371/journal.pmed.1001080.

¹¹⁸ Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2008. Capítulo 1. Supervivencia infantil: la situación actual. ISBN 978-92-806-4193-6.

¹¹⁹ Centro Latinoamericano de Desarrollo. Tasa de mortalidad infantil. Disponible en: http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm. Consultado el 29 de julio de 2015.

¹²⁰ World Health Organization. Millenium Development Goals. MDG4: Child mortality, 1990-2012. Disponible en: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html. Consultado el 29 de julio de 2014.

¹²¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.

¹²² Organización Mundial de la Salud. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/. Consultado el 29 de julio de 2014.

¹²³ Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.

¹²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Colombia. 2008.



¹²⁵ Enriqueta Román Riechmann, Josefa Barrio Torres, María José López Rodríguez. Diarrea aguda. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf. Consultado el 29 de julio de 2015.

¹²⁶ García Rosique, Regla Mercedes. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Online, 2010, vol. 32, n. 3, pp. 0-0. ISSN 1684-1824.

¹²⁷ The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra; 2006.

¹²⁸ Secretaría Distrital de Bogotá. Protocolos de vigilancia en salud pública: Mortalidad por neumonía. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20por%20Neumonia.pdf>. Consultado el 29 de julio de 2015.