



La salud
es de todos

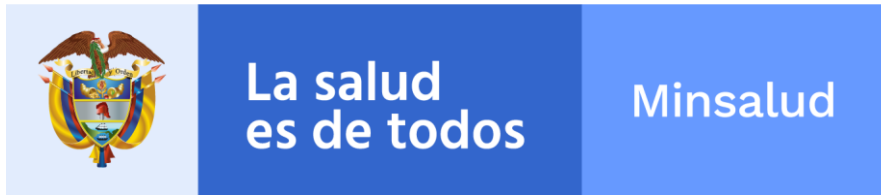
Minsalud

Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Colombia, 2020

Dirección de Epidemiología y Demografía

Bogotá D.C, Diciembre de 2020



Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2020

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública

Laura Inés Plata Casas

Coordinación Técnica

Andrea Johanna Avella Tolosa

Elaboración

Lilian Andrea Rodríguez Gutiérrez

Cuidado de texto

Apoyo en la gestión editorial

Imprenta Nacional de Colombia

© 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, 2020



**La salud
es de todos**

Minsalud

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministro de Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

JULIAN ALFREDO FERNANDEZ NIÑO

Director de Epidemiología y Demografía (E)



La salud
es de todos

Minsalud

Contenido

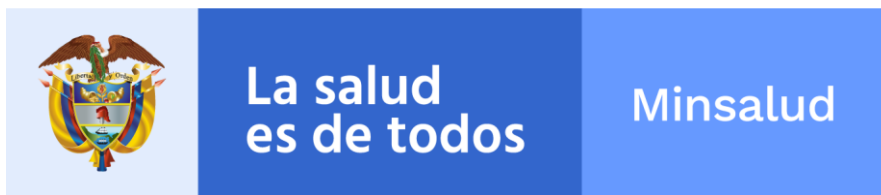
Presentación	15
Introducción	17
Metodología	19
Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico	22
Contexto territorial	23
Localización.....	23
Características físicas del territorio	23
Patrones climatológicos del territorio	27
<i>Amenazas de origen natural</i>	32
<i>Amenazas por inundación</i>	33
<i>Amenazas de origen volcánico</i>	37
<i>Amenazas de origen sísmico</i>	38
Amenazas de origen de remoción en masa	43
Amenazas por erosión del suelo	45
Amenazas por sequías	47
Sistema de transporte.....	49
Contexto político	52
División político-administrativa.....	52
Conformación del poder político actual.....	54
Contexto demográfico.....	55
Tamaño y volumen poblacional	56
Población por curso de vida	61
Estructura poblacional	62
Dinámica demográfica	67
Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional.....	88
Pobreza e ingresos	89
Educación	93
Desempleo	98
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos	100



La salud
es de todos

Minsalud

Seguridad alimentaria	108
Factores conductuales, psicológicos y culturales	118
Condiciones laborales	149
Trabajadores afiliados dependientes e independientes	149
Accidente de trabajo calificados	151
Prestaciones económicas	154
Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional.....	156
Cobertura de afiliación del SGSSS.....	157
Talento humano	159
Número estimado de talento humano en salud.....	159
Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes).....	160
Infraestructura	165
Disponibilidad de IPS.....	165
Disponibilidad de transporte asistencial	166
Disponibilidad de camas	168
Acceso a servicios básicos de salud	170
Capítulo 4. Situación epidemiológica	176
Morbilidad	177
Morbilidad atendida	177
Morbilidad atendida por ciclo vital	179
Morbilidad atendida por causas y departamentos	183
Morbilidad en salud mental.....	185
Eventos de alto costo	193
Leucemia y mieloide aguda y linfoma agudo pediátricos	204
Morbilidad población migrante	207
Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	212
Discapacidad auto declarada registrada	212
Mortalidad	216
Mortalidad general por grandes causas.....	219
Mortalidad específica por subgrupos	222



Mortalidad materno-infantil y en la niñez.....	228
Capítulo 5. Prioridades en salud	253
Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes	256
Conclusiones	257
Referencias Bibliográficas	259



La salud
es de todos

Minsalud

Lista de mapas

Mapa 1. Altimetría y relieve	26
Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010))	29
Mapa 3. Precipitación media anual.....	30
Mapa 4. Humedad relativa media anual.....	31
Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia	35
Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia	36
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	44
Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia	47
Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea	52
Mapa 12. División político-administrativa	53
Mapa 13. Densidad poblacional, 2019.....	57
Mapa 14. Distribución de la población según pertenencia étnica, 2005.....	59
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020.....	70
Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020	73
Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020	76
Mapa 18. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2020	80
Mapa 19. Cobertura de servicios públicos por municipios de Colombia, 2017 ¡Error! Marcador no definido.	
Mapa 20. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA) Colombia, 2019.....	107
Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2018	110
Mapa 22. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015	135
Mapa 23. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*.....	152
Mapa 24. Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos Colombia, 2017.....	163
Mapa 25. Distribución de IPS Septiembre 2020.....	166
Mapa 26. Porcentaje de personas en condición de discapacidad según departamentos, 2019	216
Mapa 27. Mortalidad materna según departamentos, 2017	233
Mapa 28. Mortalidad neonatal según departamentos, 2018.....	235
Mapa 29. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2018	239
Mapa 30. Mortalidad infantil según departamentos, 2018	240
Mapa 31. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2018.....	245
Mapa 32. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2018	248
Mapa 33. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2017.....	250
Mapa 34. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2018	252



La salud
es de todos

Minsalud

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020.....	59
Gráfico 2. Población por área según departamento, 2020	61
Gráfico 3. Población según curso de vida, Colombia 2020	61
Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2018, 2020, 2023	64
Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2020	66
Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2025	68
Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015.....	69
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2018	70
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015.....	71
Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2018	73
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1985-2025	74
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2018.....	76
Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2015 - 2020	78
Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2020	79
Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2019	81
Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2019.....	82
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2018.....	82
Gráfico 18. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2019.....	83
Gráfico 19. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 – 2019	84
Gráfico 20. Registro de entradas de venezolanos según departamento, Colombia 2018 ¡Error! Marcador no definido.	
Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018	90
Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018	92
Gráfico 23. Coeficiente de Gini según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018.....	92
Gráfico 24. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2018	94
Gráfico 25. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2019	95
Gráfico 26. Tasa de cobertura bruta por regiones, 2005-2019	96
Gráfico 27. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a Septiembre 2019 y 2020	98
Gráfico 28. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016.....	100
Gráfico 29. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable 2007 – 2019	106



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 30. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2018.....	108
Gráfico 31. Comportamiento del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2017	109
Gráfico 33. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre,.....	111
Gráfico 34. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben, lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015.....	112
Gráfico 35. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015.....	112
Gráfico 36. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015	114
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015.....	114
Gráfico 38. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015.....	115
Gráfico 39. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia, 2000, 2005, 2010 - 2015	115
Gráfico 40. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015	117
Gráfico 41. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015.....	118
Gráfico 42. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia* 2011 - 2016	119
Gráfico 43. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016	121
Gráfico 44. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares, Colombia 2011 - 2016	123
Gráfico 45. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018	125
Gráfico 46. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016	126
Gráfico 47. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015	129
Gráfico 48. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015.....	129
Gráfico 49. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015.....	130
Gráfico 50. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015	131
Gráfico 51. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza,.....	134
Gráfico 52. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015.....	134
Gráfico 53. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015	138
Gráfico 54. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015.....	139
Gráfico 55. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2019.....	141
Gráfico 56. Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2017.....	141



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 57. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	144
Gráfico 58. Tasas de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	145
Gráfico 59. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2017	146
Gráfico 60. Tasas de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	147
Gráfico 61. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	148
Gráfico 62. Proporción de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 1994 y 2018*	149
Gráfico 63. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2018*	150
Gráfico 64. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2017	151
Gráfico 65. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo y régimen de afiliación, 2013 – 2019	157
Gráfico 66. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011– 2017	159
Gráfico 67. Número estimado de talento humano en salud, según área del conocimiento, Colombia 2017 .	160
Gráfico 68. Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019*	168
Gráfico 69. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2018	171
Gráfico 70. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017	172
Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y porcentaje de atención institucional, 2017	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 72. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2018	174
Gráfico 73. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017	174
Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2018	177
Gráfico 75. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2018	178
Gráfico 76. Razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles según tipo de atención, 2009-2018	179
Gráfico 77. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2018..	185
Gráfico 78. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018	187
Gráfico 79. Prevalencia de HTA ajustada por la edad, en los regímenes contributivo y subsidiado, 2014 - 2018	197
Gráfico 80. Prevalencia de HTA ajustada por la edad según sexo 2015 - 2018	197
Gráfico 81. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017	199



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 82. Tasa de incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2008-2018	201
Gráfico 83. Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2017	207
Gráfico 84. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2018.....	211
Gráfico 85. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2020.....	213
Gráfico 86. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2018*	214
Gráfico 87. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2018*	215
Gráfico 88. Mortalidad general, 2005-2018	217
Gráfico 89. Brecha de mortalidad general por sexo, 2005-2017	217
Gráfico 90. Mortalidad según nivel educativo, 2005-2017	218
Gráfico 91. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2017	218
Gráfico 92. Mortalidad según etnia, 2008-2017	219
Gráfico 93. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2017	220
Gráfico 94. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2017	220
Gráfico 95. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2016	221
Gráfico 96. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017	222
Gráfico 97. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2017.....	223
Gráfico 98. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2017	224
Gráfico 99. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres y mujeres, 2005-2017	225
Gráfico 100. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2017	226
Gráfico 101. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2017	228
Gráfico 102. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 - 2018.....	229
Gráfico 103. Mortalidad materna según área, 2005-2017	230
Gráfico 104. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017	231
Gráfico 105. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017.....	231
Gráfico 106. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017.....	232
Gráfico 107. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017	234
Gráfico 108. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017.....	235
Gráfico 1099. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2017.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 110. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017.....	237
Gráfico 111. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021	238
Gráfico 112. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017	238
Gráfico 113. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017.....	241
Gráfico 114. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2017	241
Gráfico 115. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017	242
Gráfico 116. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017	242
Gráfico 117. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021	244



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 118. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	246
Gráfico 119. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017	247
Gráfico 120. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	249
Gráfico 121. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2017, proyecciones 2018-2021	250
Gráfico 122. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	251
Gráfico 123. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2018	251
Gráfico 124. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016.....	252



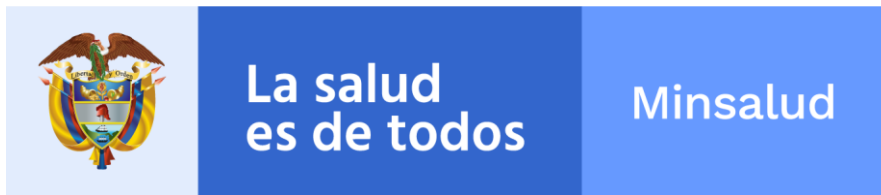
La salud
es de todos

Minsalud

Tablas

Tabla 1. Grandes sismos con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, Colombia 1644 a 2018	42
Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017	50
Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2020pr	89
Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2018	91
Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial por ciudades, 2017 - 2018	93
Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018	97
Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, septiembre 2019 y 2020. 99	
Tabla 9. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2018	101
Tabla 10. Cobertura de servicios públicos Colombia 2018	104
Tabla 11. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) Colombia 2016	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016	120
Tabla 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2016	124
Tabla 14. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016	127
Tabla 15. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016	128
Tabla 16. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 - 2015	132
Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas	137
Tabla 18. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015	140
Tabla 19. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 - 2017	142
Tabla 20. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018*	153
Tabla 21. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento, Colombia, 2013 a 2018*	155
Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 2019	158
Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017	162
Tabla 24. Distribución de Institución Prestadora de Salud según naturaleza jurídica por departamentos de Colombia, 2019	165
Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, 2019	167
Tabla 26. Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019*	169
Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018	182
Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2018	184

Tabla 29. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018	186
Tabla 30. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018	188
Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en hombres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 32. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en mujeres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018.....	190
Tabla 33. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental por departamento de residencia, Colombia 2009 – 2018	192
Tabla 34. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017 – 2018	194
Tabla 35. Número de casos de la ERC según departamentos, 2018	195
Tabla 36. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017	200
Tabla 37. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2018.....	202
Tabla 38. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2018.....	208
Tabla 39. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2018.	208
Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2018.....	210
Tabla 41. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2018.....	210
Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2019.....	213
Tabla 43. Semaforización de efectos en salud	255



Presentación

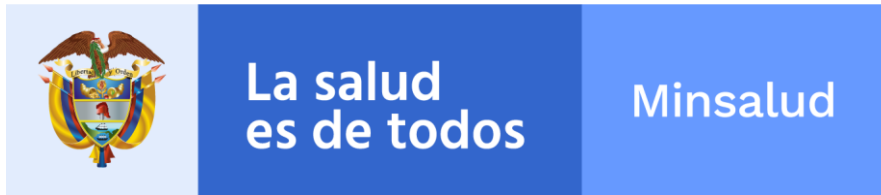
El Análisis de Situación de Salud en un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes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

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del Decreto 4107 de 2011 que determina sus objetivos y 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 2020.

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 primera y tiene como antecedentes los Análisis de Situación de Salud Colombia 2019⁴, 2018⁵, 2017⁶, 2016⁷, 2015⁸, 2014⁹ y 2013¹⁰; el Análisis de prioridades



departamentales en salud Colombia 2016¹¹, el Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia 2012¹² y el Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales Colombia 2012¹³.

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 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 2020, esperando que logre su posicionamiento en los espacios de toma de decisiones sectoriales y transectoriales, para que en conjunto logremos disipar las desigualdades y las inequidades sociales generadoras de inequidades en salud y con el fin de contribuir al desarrollo sostenible de las generaciones presentes y futuras.



La salud
es de todos

Minsalud

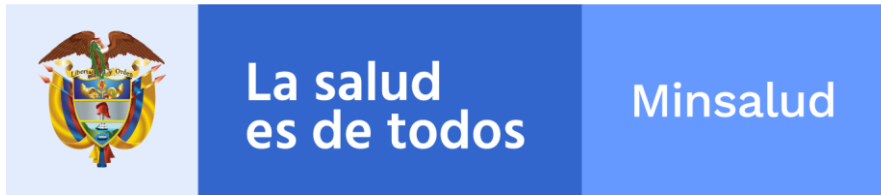
Introducción

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, en pro del 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, con 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.

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.



La salud
es de todos

Minsalud

Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2020 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 Codazzi¹⁴. 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 y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a noviembre de 2020.

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 2019; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2019. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2018. 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) 2019. 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 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los registros de Subdirección de Riesgos Laborales, del Ministerio de Salud y Protección (MINSALUD) para el periodo 1994 y diciembre del 2019, 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) determinante de la salud poblacional, se utilizó la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se



La salud
es de todos

Minsalud

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 2019.

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)¹⁵. 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 enfermedades¹⁶. 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



La salud
es de todos

Minsalud

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.

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 Equiplot.



La salud
es de todos

Minsalud

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



La salud
es de todos

Minsalud

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 Ecuador¹⁴.

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 salud
es de todos

Minsalud

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)¹⁴. 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)¹⁴.



La salud
es de todos

Minsalud

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 msnm¹⁴. La Sierra de La Macarena que es una formación montañosa donde nacen los ríos Guayabero y Ariari, importantes afluentes del río Meta¹⁴ 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 Juan¹⁴.

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



La salud
es de todos

Minsalud

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 Amazonas¹⁴.

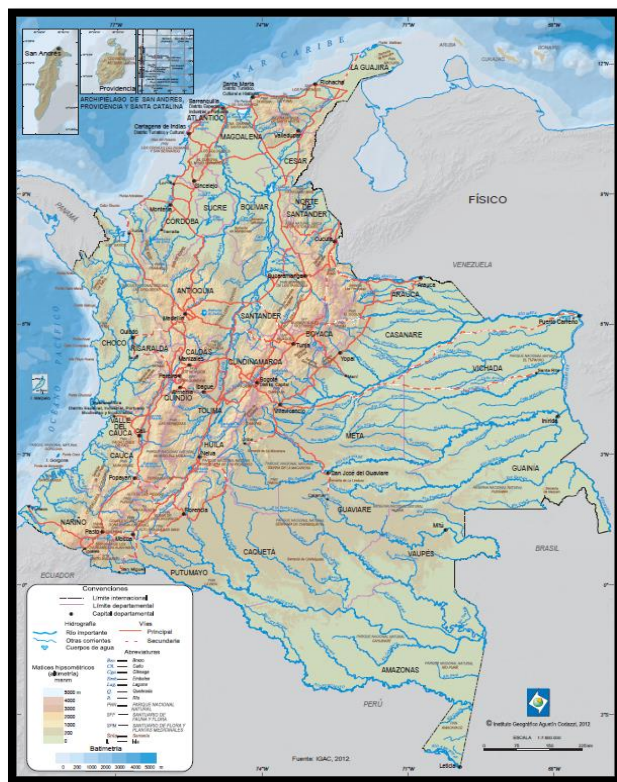
Tercer sistema orográfico: llanura del Caribe:

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 cenagosas¹⁴.

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 selvática¹⁴ (Mapa 1).

Mapa 1. Altimetría y relieve



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.



La salud
es de todos

Minsalud

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 temperatura¹⁷.

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 Guajira¹⁸.

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 ¹⁸.

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) ¹⁷.



La salud
es de todos

Minsalud

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 ¹⁷. 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 °C¹⁷. (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 ¹⁷. (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 Urabá¹⁷. (Mapa 2)

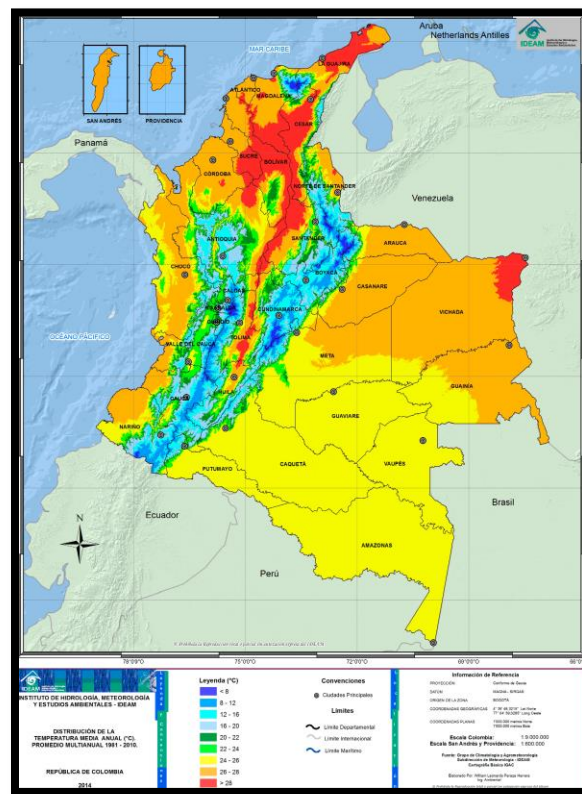
Región Orinoquía y Amazonia

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 año¹⁷.(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 Orinoquia¹⁷.(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 ¹⁸ (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 ¹⁸ (Mapa 3).

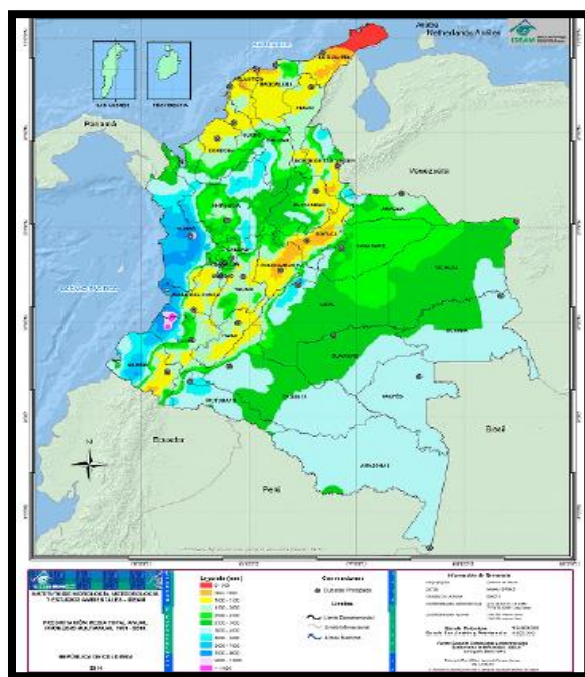
El comportamiento del país es monomodal en la zona oriental, bimodal en las regiones Andina y Caribe, y cuasi monomodal en la región Caribe. En la región de la Orinoquia colombiana, las lluvias son abundantes a mediados de año y solo se presenta un máximo. En la región Andina y Pacífica, hay dos temporadas 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 ¹⁸ (Mapa 3).

Mapa 3. Precipitación media anual



La salud
es de todos

Minsalud



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 ¹⁷ (Mapa 4).

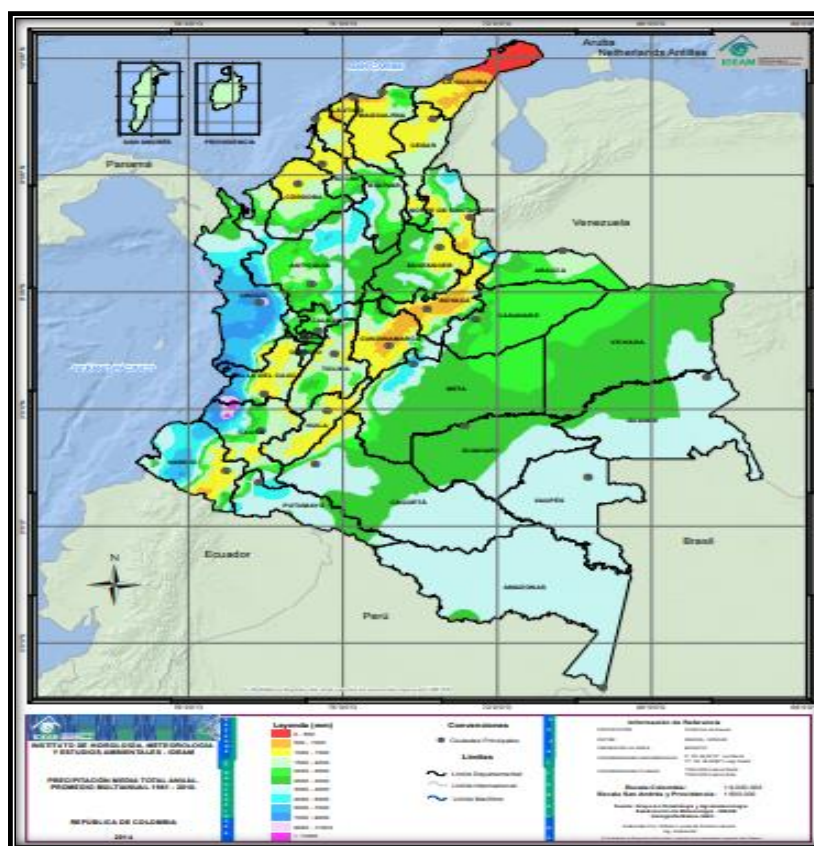
La región Amazónica registra humedad media anual entre 80% y 90%, en la Orinoquía oscila entre 70% y 80%, valores que también se registran en la región Andina y Caribe. Se observa humedad relativa por debajo del 70% en el valle del Magdalena, Huila, Tolima, La Guajira y un núcleo en el valle del río Cesar¹⁸ (Mapa 4).

Mapa 4. Humedad relativa media anual



La salud
es de todos

Minsalud



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”¹⁹.

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 volcánica²⁰. Las condiciones geológicas y climáticas, han hecho que Colombia en los últimos 19 años el 88% de los desastres que ocurren en el territorio son de origen hidrometeorológicos²¹, lo cual se acentúa por las intervenciones antrópicas, como el uso del suelo en actividades agrícolas, ganaderas y la deforestación²². El 29,0% del territorio nacional tiene



La salud
es de todos

Minsalud

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 Arauca²².

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 cuasi permanentes en la costa Pacífica y en la Amazonia²³.

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 aéreas piloto seleccionadas. En 1998, el IDEAM registró zonas inundables periódicamente de 939.970 ha e inundaciones por 822.317 ha, los departamentos



La salud
es de todos

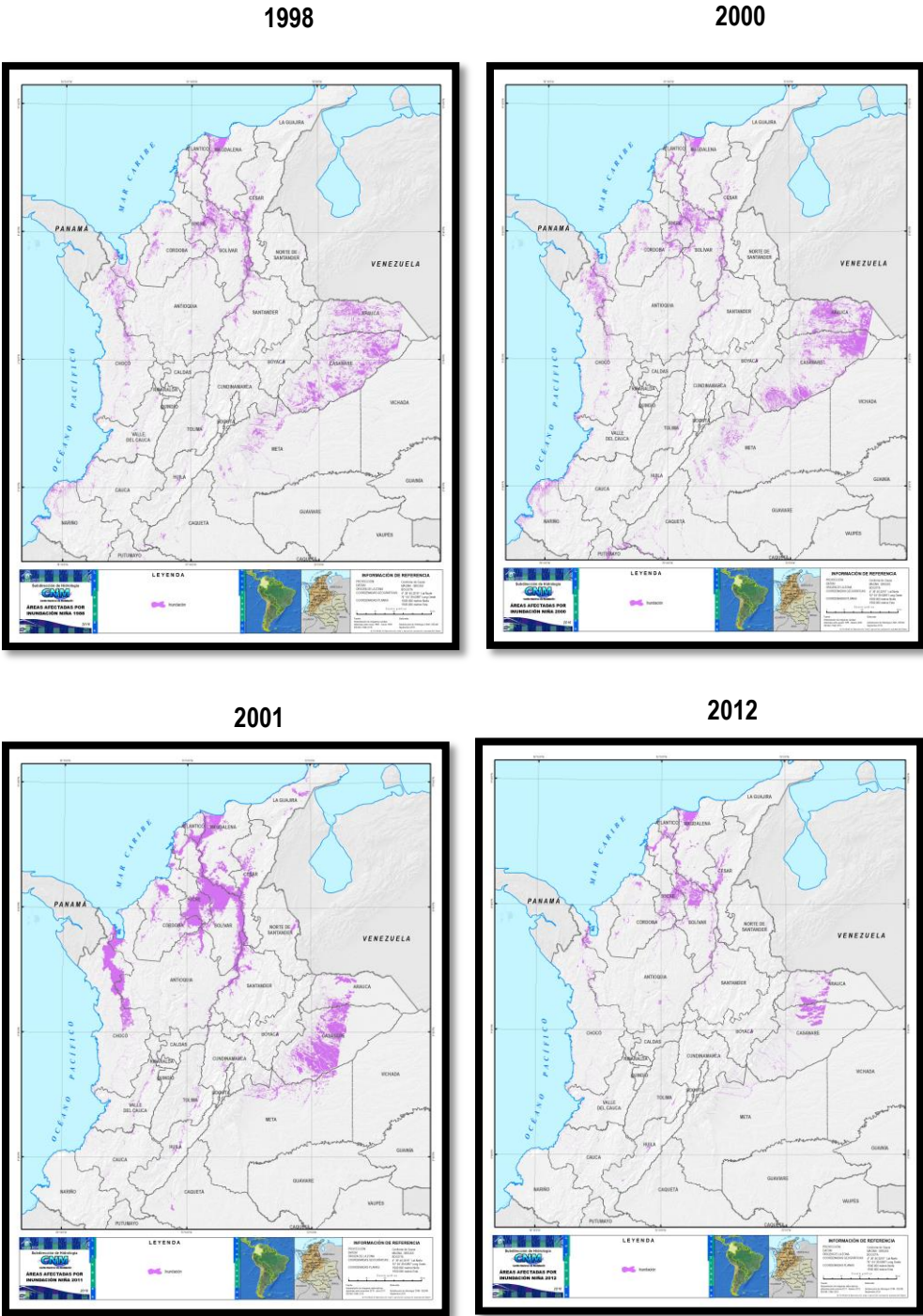
Minsalud

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 afectadas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia



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



La salud
es de todos

Minsalud

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.



La salud
es de todos

Minsalud

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 choque²⁴.

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 Nariño²⁵ (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 Nariño²⁵ (Mapa 7).

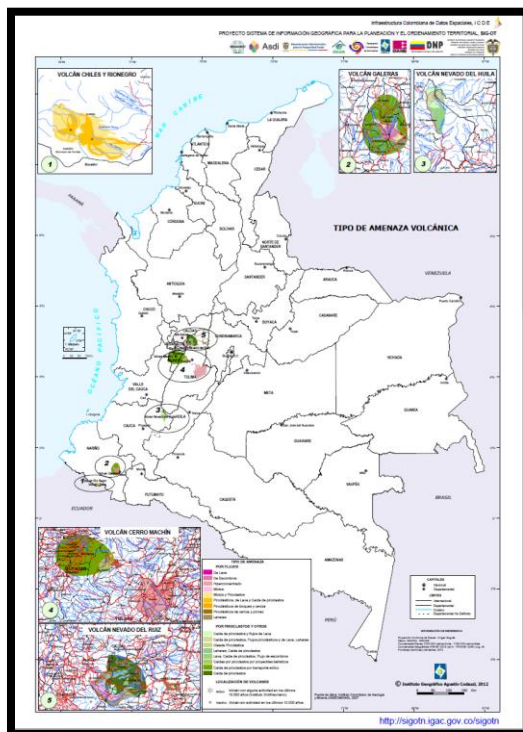
Otros volcanes que podrían generar una amenaza son el Volcán Alto de Mulatos (Antioquia); Volcán Arboletes (Antioquia); Volcán del Totumonota (Bolívar); Volcán Paipanota (Boyacá); Volcán El Escondido (Caldas); Volcán Alto Mellizos (Caldas); Volcán Petacas (Nariño y Cauca) y el Volcán Bordoncillo (Nariño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



La salud
es de todos

Minsalud

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 más²⁶. 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 SGC²⁷.

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 Valledupar²⁸ (Mapa 8)



La salud
es de todos

Minsalud

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 país²⁹.

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 nariñense²⁹.

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)²⁹.

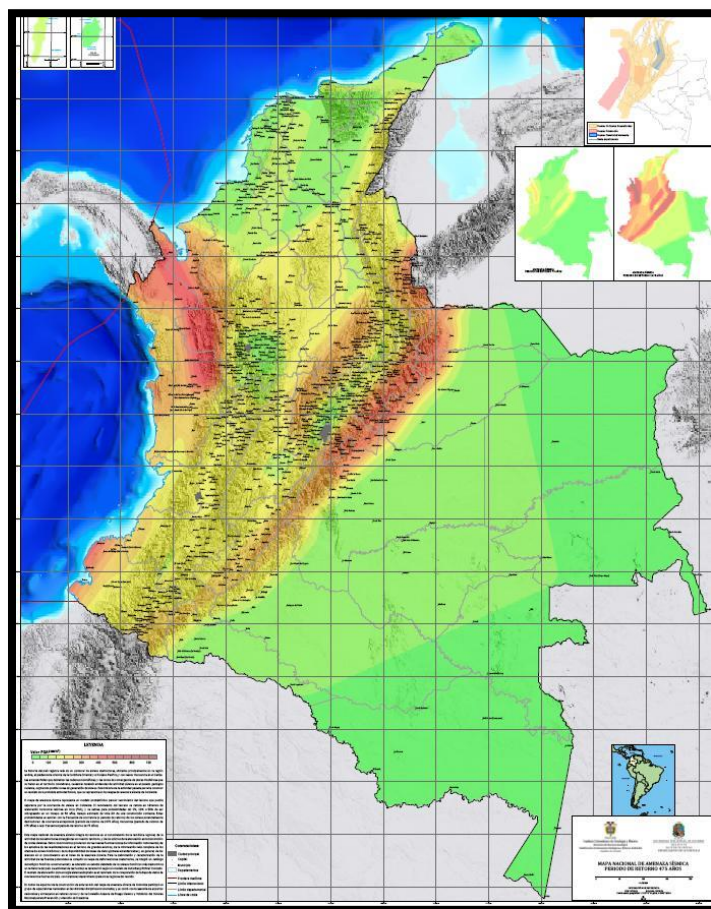
Desde 1644 a marzo del 2019 el país ha registrado 52 sismos con intensidades mayores o iguales a ocho (VIII) en la Escala Macro sísmica Europea de 1998, (EMS – 98), 37 sismos que corresponde a la categoría “causa daños severos” A mucha gente le cuesta mantenerse de pie, muchas viviendas muestran grietas grandes en los muros. Unos pocos edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios en los muros, mientras que las estructuras antiguas y débiles pueden colapsar³⁰, 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).



La salud
es de todos

Minsalud

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 parciales³⁰ (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).



La salud
es de todos

Minsalud



La salud
es de todos

Minsalud

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
1992	10	MW	Murindó	Antioquia
1993	8	MW	Puerto Rondón	Arauca
1994	8	MW	Páez (Belalcázar)	Cauca



La salud
es de todos

Minsalud

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
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 caso³¹. 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 reptación³².

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 llanero³³ (Mapa 9).

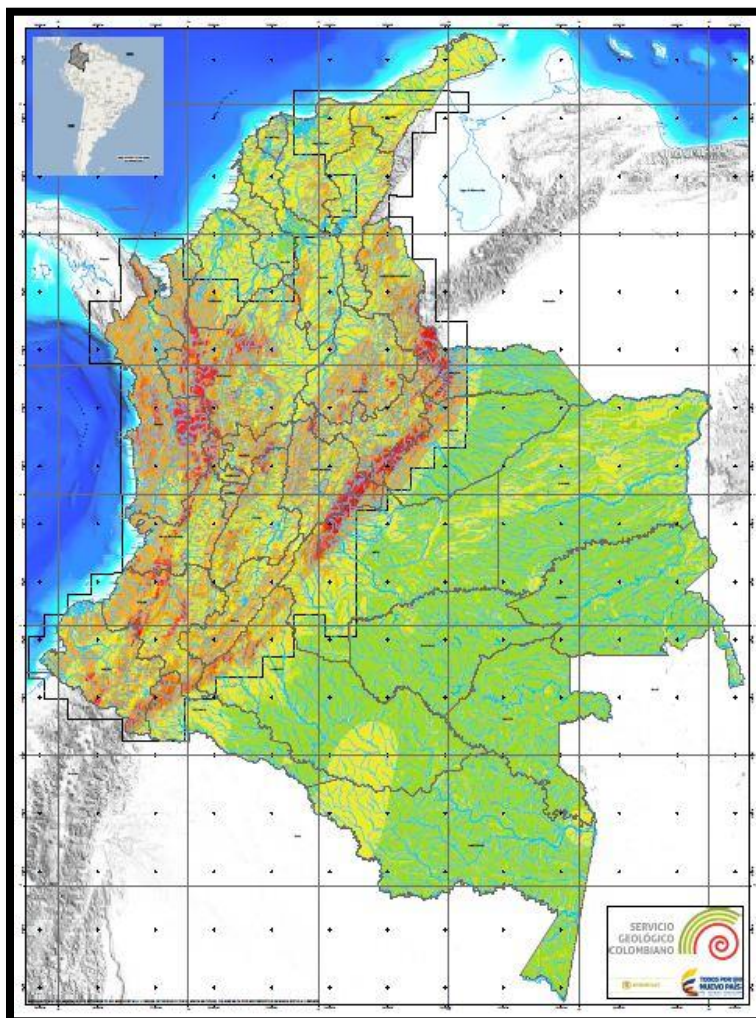
Por otra parte, a una escala de 1:100.000, se tiene que el nivel de amenaza relativa predominante es el medio (47,64%), seguido por la amenaza alta (42,17%); la amenaza muy alta (7,4%) y la amenaza baja (2,79%). Con base en el análisis de la distribución espacial de la amenaza a nivel nacional a escala 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%)³³ (Mapa 9).



La salud
es de todos

Minsalud

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 Oriental³³ (Mapa 9).



La salud
es de todos

Minsalud

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”³⁴.

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 polvo³⁴.

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 terraceo³⁴ (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 erosión³⁴ (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



La salud
es de todos

Minsalud

(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%)³⁴ (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 secos³⁴.

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 Juan³⁵.

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

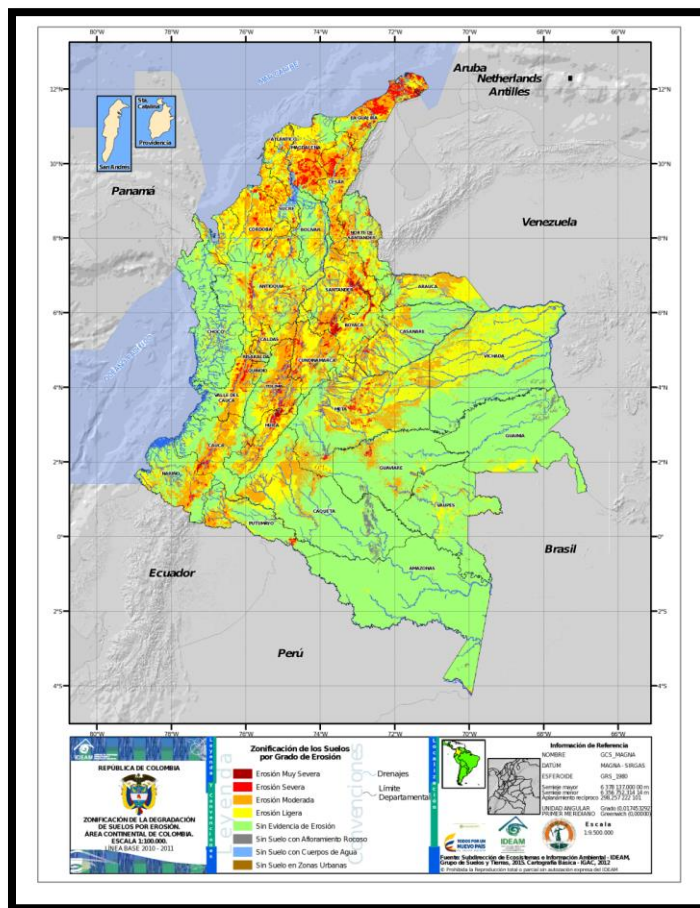


La salud
es de todos

Minsalud

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 interanual³⁶. 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



La salud
es de todos

Minsalud

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 piedemontes³⁷.

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 ambiente³⁸.

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 Orinoquía 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 Antioquia³⁸.

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 Cauca³⁸.

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 Cauca³⁸.

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 intervención³⁹ (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 bajo¹⁴. 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 nordeste¹⁴

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 Aerocivil ⁴⁰. 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 nacional⁴¹.

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 navegables⁴². 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	Cartagena de	CONTECAR S.A, Sociedad Portuaria Regional de Cartagena S.A, COMPAS



La salud
es de todos

Minsalud

Zona portuaria	Canal de acceso	Puerto Marítimo
Indias	Indias	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 navegables⁴¹.

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 – Lenguaque 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 Cauca⁴³. 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).

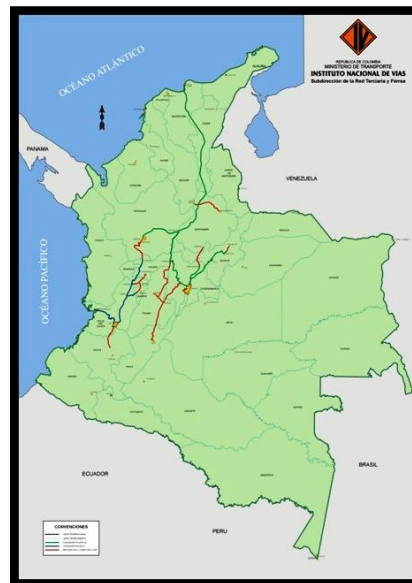
Colombia se enfrenta al reto de tener más competitividad y participar de forma más activa en la economía internacional, al adherir a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esto implica integrar los sistemas de transporte para ofrecer oportunidades de acceso, progreso en 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 país⁴⁴.

Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea

Sistemas terrestre y fluvial



Sistema férreo



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO -

ASIS, 2015, Instituto

Nacional de Vías (INVÍAS)

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



La salud
es de todos

Minsalud

el cumplimiento de sus funciones.¹⁴ Actualmente el país se divide en 32 departamentos, diez distritos: Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Buenaventura, Riohacha, Mompox, Turbo, Cali y Tumaco (proceso de convertirse en distrito) 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 y Norosí (Bolívar) en 2007 (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



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - módulo Geográfico de SISPRO, 2016/05.

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 Gráfica 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



La salud
es de todos

Minsalud

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 indígena¹⁴.

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



La salud
es de todos

Minsalud

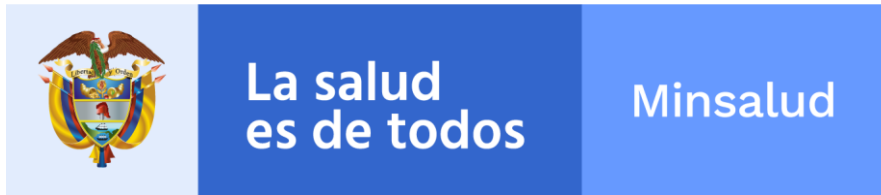
Innovación; 6 departamentos administrativos encargados dirigir y ejecutar un servicio público de asistencia técnica administrativa o auxiliar para los demás organismos del ejecutivo (de la Presidencia; Nacional de Estadística –DANE; Nacional de Planeación y Servicios Técnicos –DNP; Dirección Nacional 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 sociales⁴⁵ 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 hombres⁴⁶. Sin embargo, los datos publicados del CENSO de 2018 estiman que el país para el año 2020 tiene 50.372.424 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 2018⁴⁷.

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 produce¹⁴.

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 Andes¹⁴ (Mapa 13).

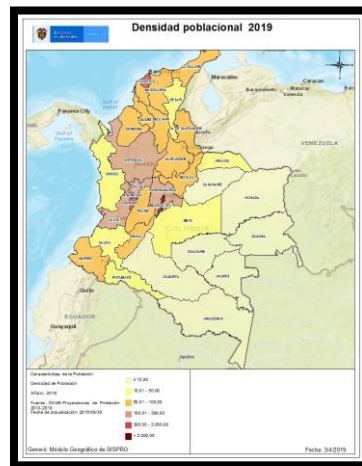
En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 4.825 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (17.058), Soledad (9.926), Barranquilla (7.676), Medellín (6.546) y Sabaneta (5.865). Otros territorios que tienen densidad poblacional

por encima de las 1.800 personas por kilómetro cuadrado corresponden a Envigado (4.749), Cali (4.081), Soacha (4.030), Bucaramanga (3.944), Bello (3.657), Floridablanca (3.048), Dosquebradas (2.797), Armenia (2.650), San Andres (2.393), La Estrella (2.158), Chía (1.968) y Cartagena (1.840) (Mapa 13).

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.

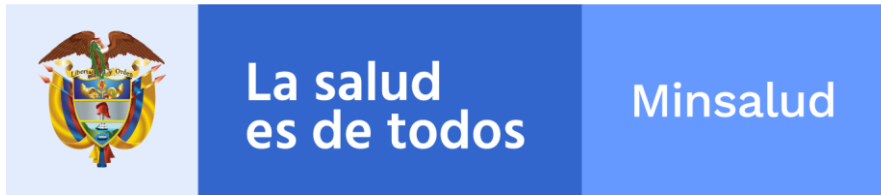
Para el 2020, es decir 35 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá cuenta con 52% de la población de las cinco ciudades más pobladas y 15% de toda Colombia. Las siguientes cinco ciudades más pobladas corresponden a Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Cúcuta. En contraste los territorios con menos de 1.100 personas son La Guadalupe (296), La Victoria (6), Puerto Alegría (771), Papunahua (776) Cacahual (903), Morichal Nuevo (962), Puerto Arica (1.042), Mapiripana (1.071) y Yavaraté (1.097).

Mapa 13. Densidad poblacional, 2019



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

En los últimos 20 años, se han reconocido cada vez más los derechos de los pueblos indígenas, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNDRIP) de 2007, 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).⁴⁸ Colombia ha avanzado en el reconocimiento de los derechos fundamentales individuales y colectivos de los grupos étnicos.

En el mundo, hay alrededor de 370 millones de indígenas en más de 90 países. Si bien constituyen el cinco por ciento de la población mundial, los pueblos indígenas representan alrededor del 15 % de las personas que viven en pobreza extrema. 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 región.⁴⁸

En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones amazónica, andina, la Orinoquía y el Caribe¹⁴; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 3,4% (1.392.623 personas)⁴⁹. 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 Medellín¹⁴. 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 Cauca¹⁴. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos es del 10,3% (4.273.722 personas)⁴⁹. La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,2% (34.898.171 personas)⁴⁹, 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 territorio¹⁴. 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)⁴⁹ (Mapa 14).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – CNPV 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%



La salud
es de todos

Minsalud

(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 de la población según pertenencia étnica, 2005



Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007

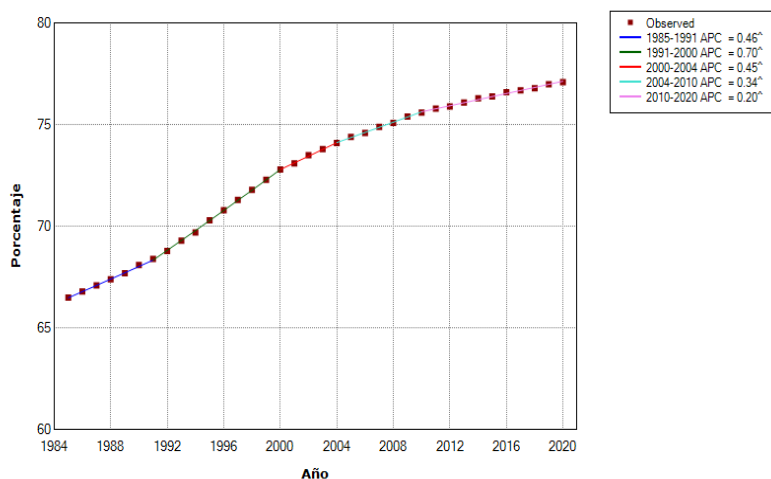
Durante la última década casi todos los países latinoamericanos han sufrido un rápido proceso de urbanización como reflejo de los procesos migratorios internos, regionales y en gran parte como efecto de problemáticas sociales internas. En Colombia este proceso no ha sido ajeno: según las proyecciones censales del DANE, entre 1985 y 2020 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 14%⁵⁰; 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



La salud
es de todos

Minsalud



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

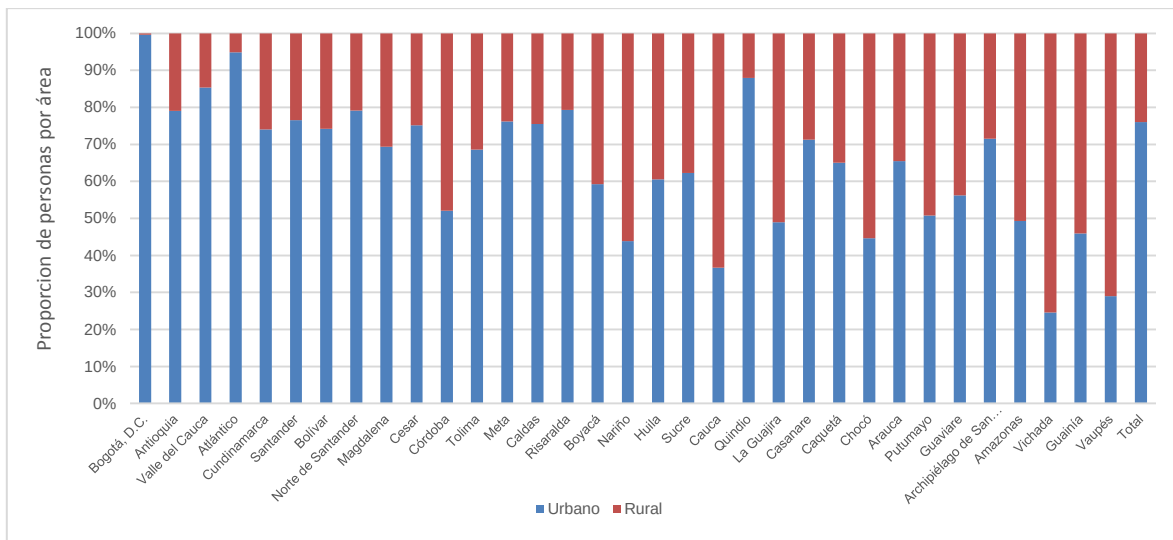
Fuente: Elaboración a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.

Para 2020 el 76% (38.293.939) de la población colombiana habita en las cabeceras municipales y el 24% (12.078.485) en el resto; se proyecta que para 2050 la situación sea muy similar a la actual, teniendo un 75.9% (47.089.493) de población congregada en las áreas urbanas⁵¹, demandando aún mayor cantidad de recursos y servicios. En 2004 el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes⁵², 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 económicas⁵³. El uso de vehículos automotores genera altos índices de contaminación atmosférica y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil⁵⁴ y con el incremento en la demanda de servicios de salud⁵⁵.

Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2020 los territorios de Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca son los territorios con mayor concentración de población urbana (Gráfico 2). En tanto 45 municipios registran más del 90% de la población en el área urbana. Dado la rapidez en crecimientos 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 ciudades⁵⁶ (Banco Mundial. Desarrollo Urbano).

Gráfico 2. Población por área según departamento, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2018-2020, total municipal por área. Información Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Información actualizada al 9 de octubre de 2020.

Población por curso de vida

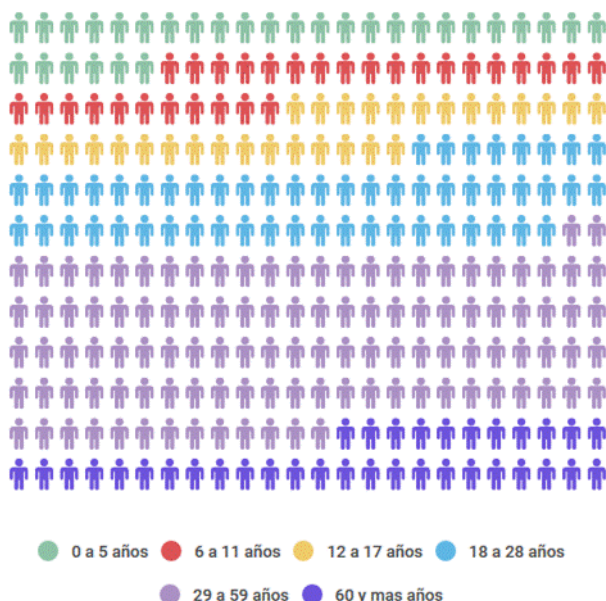
En Colombia a 2020, el 39,42% (19.855.371) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguidamente del curso de vida juventud (18 a 28 años) concentra el 18,69 % (9.414.236), en la vejez (60 y más años) concentra el 13,52% (6.808.641), la adolescencia (12 a 17 años) con el 9,63% (4.850.150), en la infancia se concentra el 9,39% (4.728.917), y por último, el curso de vida con menor población corresponde a la primera infancia con 9,36% (4.715.109) (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, primera infancia, adolescencia e infancia. Los territorios como Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander se concentran el 57,7% de las personas entre los 29 y 59 años. El 76,7% de los jóvenes viven en Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Bolívar. En Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca concentran el 71,3% personas mayores de 60 años.

Gráfico 3. Población según curso de vida, Colombia 2020



La salud es de todos

Minsalud

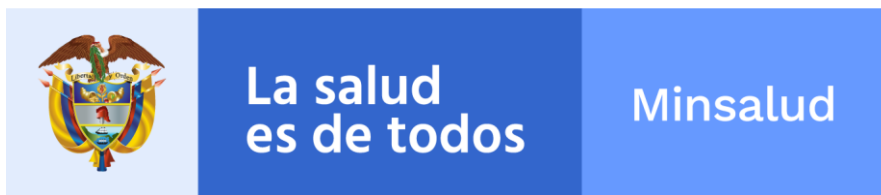


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE: Proyecciones de población a nivel nacional 2018 – 2070

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%⁵⁷.

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 se mantienen de moderadas a bajas⁵⁸. Para 2018, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 30 niños entre 0 y 4 años; para 2020 esta cifra descendió a 29 y se proyecta que para 2023 pase a 28. Así mismo, en 2020 la población menor de 15 años corresponde al 23,5% (11.839.596) de toda la población, es 0,53 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 9,26% de toda la población mostrando incremento en 0,45 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 2020 el número de dependientes es de 48,72 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 activas⁵⁷.

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 34,96 en 2020, 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 13,77 en 2020; 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 117,46 en 2019, 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).

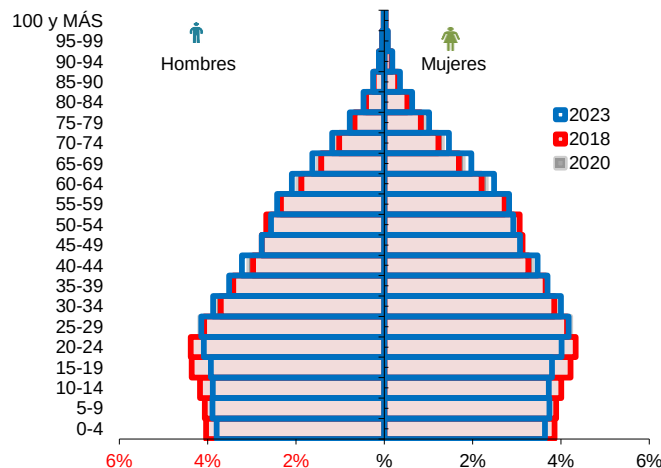
Tabla 3. Índices demográficos: 2018, 2020 y 2023

Índice Demográfico	Año			Tendencia
	2018	2020	2023	
Poblacion urbana	36.424.653	38.292.939	39.861.613	
Poblacion rural	11.833.841	12.079.485	12.294.641	
Poblacion total	48.258.494	50.372.424	52.156.254	
Poblacion Masculina	23.573.287	24.594.882	25.417.094	
Poblacion femenina	24.685.207	25.777.542	26.739.160	
Relación hombres:mujer	95,50	95,41	95,06	
Razón niños:mujer	30	29	28	
Índice de infancia	24	24	23	
Índice de juventud	26	25	24	
Índice de vejez	13	14	15	
Índice de envejecimiento	54	58	65	
Índice demográfico de dependencia	48,88	48,72	49,05	
Índice de dependencia infantil	35,77	34,96	33,80	
Índice de dependencia mayores	13,10	13,77	15,26	
Índice de Friz	121,86	117,46	110,04	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2018-2023 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 28 de 2020.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2020, comparado con 2018; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 25 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, 2020, 2023



Fuente: DANE, Proyecciones de población 2018-2023 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Para 2020, el 33,34%, es decir 11 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 le índice más alto con 104.99, seguido de Caldas (96,29), Risaralda (89.96), Tolima (78,15), Boyacá (71,35), Valle del Cauca (68,74), Antioquia (68,48), Santander (65,48), Nariño (60,71), Archipiélago de San Andres (60,50) y Cundinamarca (59,19) . 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. (Grafico 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 93,01, seguido de Guainía (76,99%), Amazonas (70,33), Vichada (68,87), Chocó (64,40) y La Guajira (63,15) son los territorios, que requieren más de soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas. (Grafico 5)



La salud
es de todos

Minsalud

En Vaupés (85,26), Guainía (69,95), Vichada (62,77%), Amazonas (61,69%), La Guajira (55%), Chocó (54,33%) y Guaviare (50,1%), son territorio que se caracterizan por requerir más soporte social la población infantil y juvenil por parte de la población en edad activa, es decir registran valores los altos en el índice de dependencia infantil. (Grafico 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, que con puntuaciones mayor a 160 entonces la población se considera joven; igual a 66 a 160 entonces la población se considera madura; y menores de 60 entonces la población se considera vieja. Los territorios jóvenes quedaron conformados por los departamentos de Vaupés (358,34), Guainía (263,04), Vichada (223,48), Amazonas (206,24), La Guajira (186,37), Chocó (184,58) y Guaviare (172,08). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 158 a 101 que pueden considerarse territorios maduros.



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2020

Departamento	Índice de Envejecimiento	Índice Demografico de Dependencia	Índice de dependencia Infantil	Indice de Dependencia Mayores	Indice de Friz
VAUPÉS	13,75	93,01	85,26	7,75	358,34
GUAINIÁ	14,91	76,99	69,95	7,04	263,04
VICHADA	15,65	68,87	62,77	6,10	223,48
AMAZONAS	20,67	70,33	61,69	8,64	206,24
LA GUAJIRA	22,35	63,15	55,00	8,15	186,37
CHOCÓ	27,54	64,40	54,33	10,07	184,58
GUAVIARE	26,72	58,62	50,10	8,52	172,08
CAQUETA	32,58	57,33	47,03	10,30	159,12
CESAR	32,03	56,29	46,24	10,04	151,06
MAGDALENA	38,46	56,31	44,61	11,69	150,49
ARAUCA	29,82	53,58	44,69	8,89	146,80
HUILA	45,91	55,83	42,51	13,33	142,92
SUCRE	47,41	55,06	41,31	13,76	141,59
PUTUMAYO	34,40	52,26	42,29	9,97	140,70
BOLIVAR	43,94	54,11	41,58	12,53	140,48
CORDOBA	47,94	55,38	41,56	13,82	138,91
NORTE DE SANTANDE	47,00	50,23	38,07	12,16	126,21
CAUCA	54,08	50,80	36,74	14,06	124,93
ATLANTICO	48,83	49,41	37,22	12,19	124,32
META	45,53	49,08	37,64	11,44	123,73
TOLIMA	78,15	51,74	33,33	18,41	119,73
VALLE DEL CAUCA	68,74	51,58	34,88	16,71	119,72
BOYACA	71,35	53,50	35,47	18,03	118,36
COLOMBIA	57,51	48,72	34,96	13,77	117,46
NARIÑO	60,71	50,07	34,81	15,25	115,58
CUNDINAMARCA	59,19	46,59	33,18	13,41	109,05
SANTANDER	65,48	47,31	32,53	14,78	108,52
SAN ANDRES	60,50	44,01	32,22	11,79	108,13
BOGOTA D.C.	46,38	37,32	28,86	8,45	106,53
ANTIOQUIA	68,48	44,74	30,60	14,15	104,68
RISARALDA	89,96	47,52	29,23	18,29	100,99
CALDAS	96,29	47,89	28,71	19,17	100,40
QUINDIO	104,99	46,30	26,70	19,60	95,19

Fuente: DANE, Proyecciones de población 2018-2023 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a 28 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

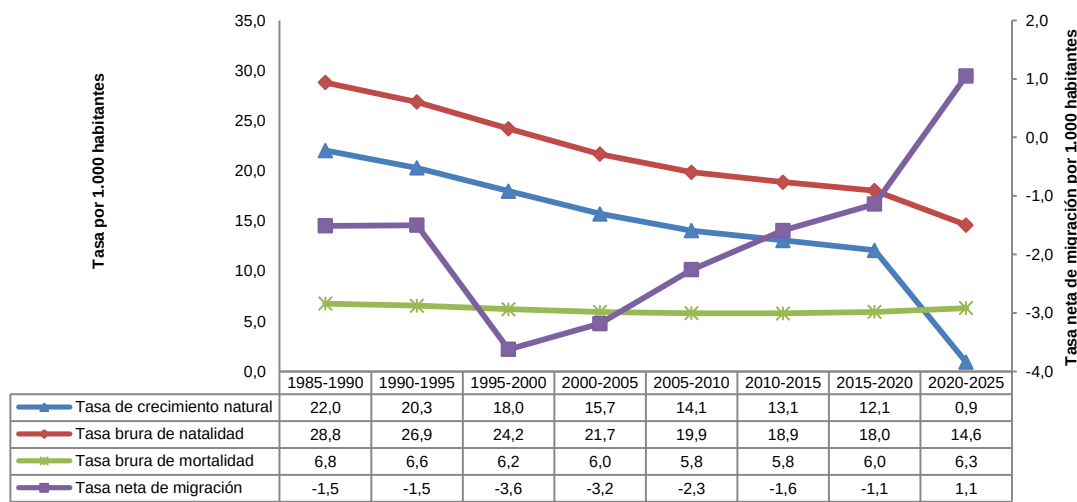
Dinámica demográfica

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 neta⁵⁹. 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%⁶⁰. Según las estimaciones del DANE, las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 22,0 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa proyectada de 12,1 en el quinquenio 2015-2020 y a una tasa de 0,9 para el quinquenio 2020 - 2025, esto en términos relativos representa una reducción del 45,217% en la tasa de crecimiento natural y en términos absolutos en casi diez personas por cada 1.000 habitantes. Así mismo, se proyecta que las tasas de crecimiento exponencial pasen de 20,6% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 11,0% en el quinquenio 2015-2020⁵⁸.

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 28,8 a 18,0 y luego a 14,6 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 37,4% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 10,8 nacidos vivos por cada 1.000 personas. Aunque entre 2005 y 2020 las proyecciones poblacionales muestran un suavizamiento de la pendiente, se prevé que la tendencia se mantenga al descenso en el siguiente quinquenio. Por su parte la mortalidad se prevé estable con una leve inclinación al descenso, pasando de 6,8 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 6,0 muertes por cada mil en el quinquenio 2015-2020 y se espera que se mantenga constante durante el quinquenio siguiente. En cuanto a la tasa neta de migración se espera que las salidas de población predominen sobre las llegadas; para el quinquenio 2015-2020 la tasa neta de migración es menor en un 68,5% que para 1995-2000 pasando de -3,6 a -1,1 migrantes por cada mil habitantes⁵⁸. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2025



Fuente: DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005, Proyecciones de Población 2005-2020 y Proyecciones del Cambio Demográfico 2018-2070.

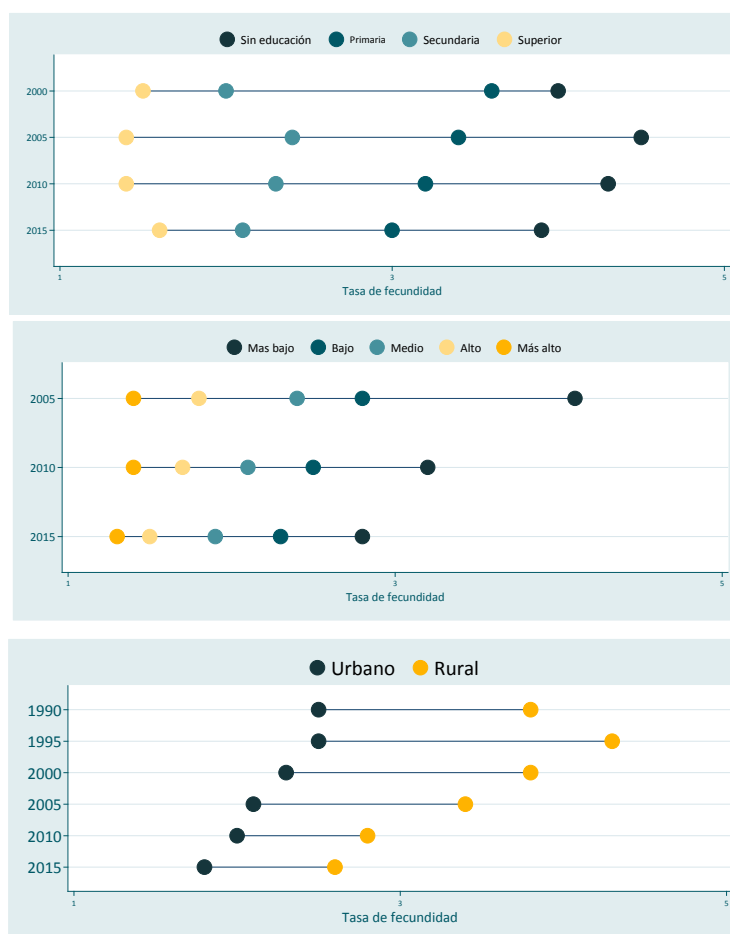
Fecundidad

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 proyecta que para 2020 sigan disminuyendo⁵⁸. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,29 hijos, lo cual representa una disminución del 31,45% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985.1990⁵⁸, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos⁶⁰. Así mismo, se esperan 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

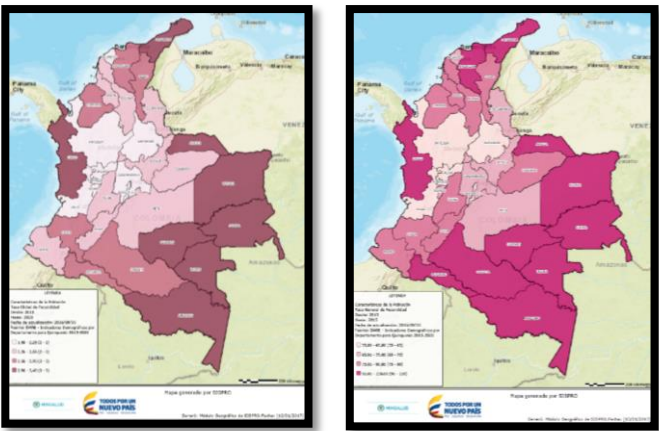
años menos que en 2005⁵⁸. La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo por parte de las mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales de las familias. De acuerdo con la ENDS, entre 1990 y 2015, la brecha en las 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 mujer⁵⁸. (Mapa 15)

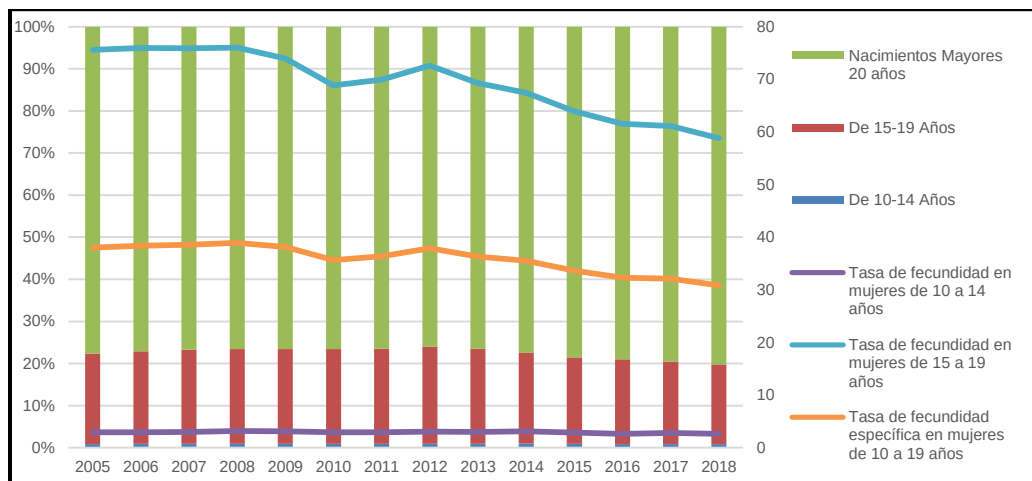


Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020

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 2018 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años se mantuvieron estables oscilando entre 38 y 31 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad. Para este periodo el promedio anual fue de 146.563 nacimientos que ocurrieron en adolescentes, se observa que la tasa entre los 15 y 19 años disminuye en 17 nacimientos con respecto al 2005, que para el 2018 es de 59. 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 2018. (Gráfico 8)

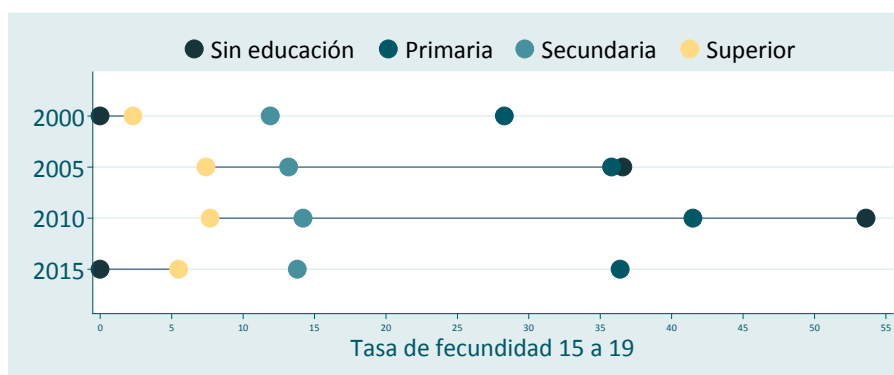
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Cubo de indicadores. 2005 a 2018. Consultado el 25 de septiembre de 2020.

A pesar de la reducción promedio de la tasa de fecundidad en adolescentes, se trata de un fenómeno que afecta en mayor medida a las mujeres que viven en condiciones de pobreza y condiciones de deterioro social. 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)

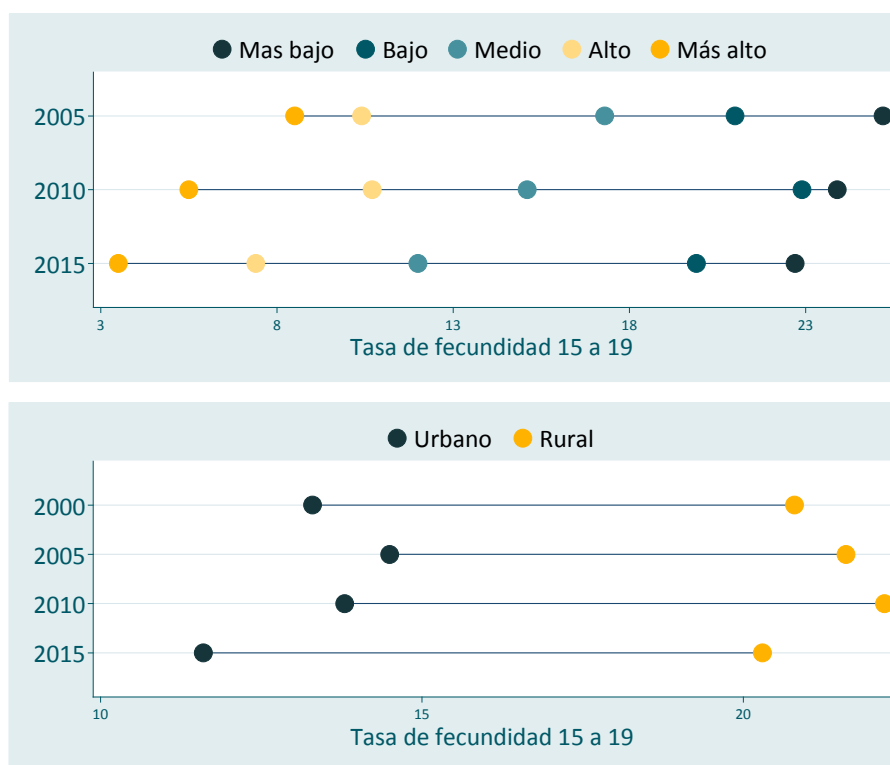
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015





La salud es de todos

Minsalud



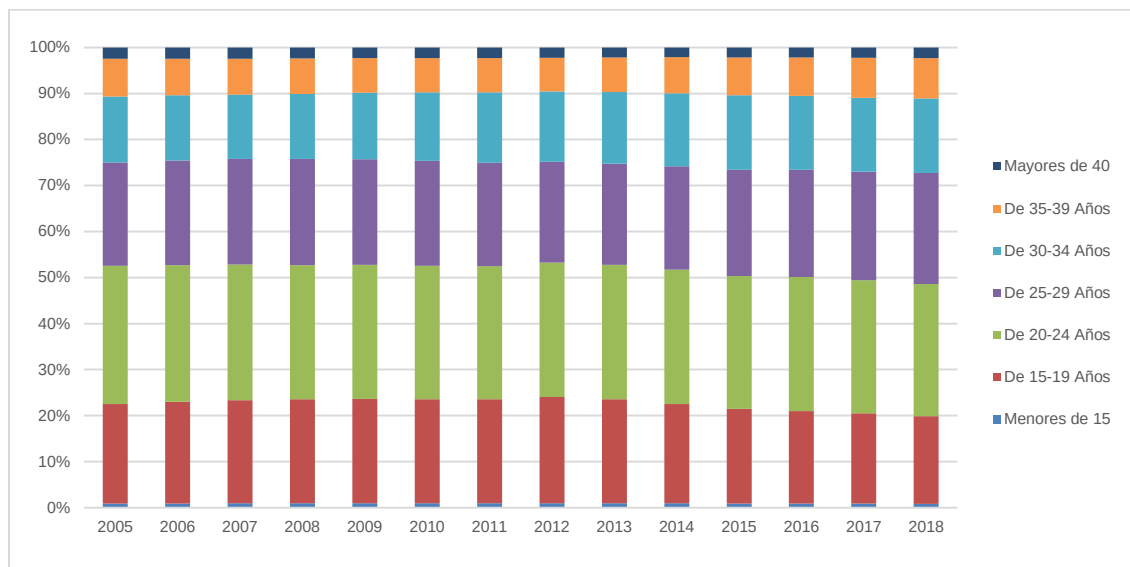
Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1985-2015.

Las adolescentes entre 10 y 19 años de los departamentos de Bolívar, Cesar, Huila, Magdalena, Nariño, Amazonas y Vichada tuvieron tasas de fecundidad significativamente más altas que la nacional. En tanto que, Guainía reportó su tasa de 10 y 14 años significativamente mayor que la nacional. Los territorios de Bolívar, Caquetá, Cesar, Córdoba, Huila, Magdalena, Sucre, Arauca, Amazonas y Guainía tuvieron tasas de entre 15 y 19 años significativamente mayores que el país.

Natalidad

Los datos absolutos de nacimientos muestran un descenso en 2009 y 2010, para luego pasar a un incremento a partir de 2014 y 2015, después describe un comportamiento al descenso mantenido. En resumen, la tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, se proyecta que la tasa bruta pase de 28,80 a 18,03. Esto significa una reducción de 10,77 nacimientos por cada mil habitantes⁵⁸. Cada año en Colombia se presentan aproximadamente 6780.441 nacimientos, en el periodo 2005 y 2018. Durante 2018 el 73% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 20% en menores de 19 años y el 0,84% en menores de 15 años. (Gráfico 10)

Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Cubo de indicadores. 2005 a 2018. Consultado el 25 de septiembre de 2020.

En 2018, los territorios que tienen tasas brutas de natalidad que se encuentra entre 9 y 13 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, corresponden a Cundinamarca, Putumayo, Tolima, Chocó, Antioquia, Boyacá, Bogotá, D.C., Guaviare, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío Nariño y Caldas. En este año el país registro una media de 13,3 nacimientos por cada 1.000 habitantes y un rango entre 9,4 y 20 nacimientos por cada 1.000 personas.

Por departamentos 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 Andres (11,71), Nariño (11,70), Quindío (11,38) y Caldas (11,23). (Mapa 16)

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



La salud
es de todos

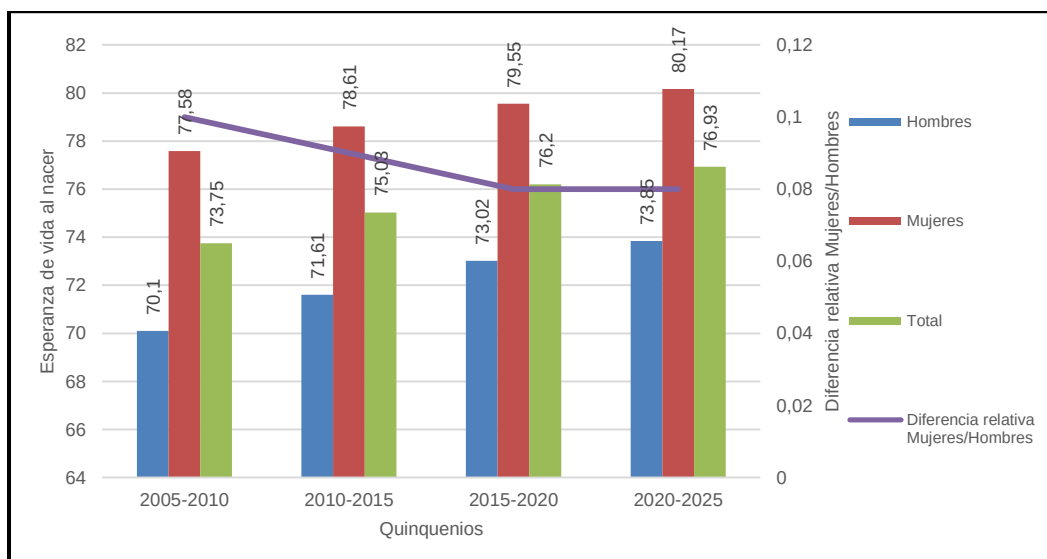
Minsalud





La salud
es de todos

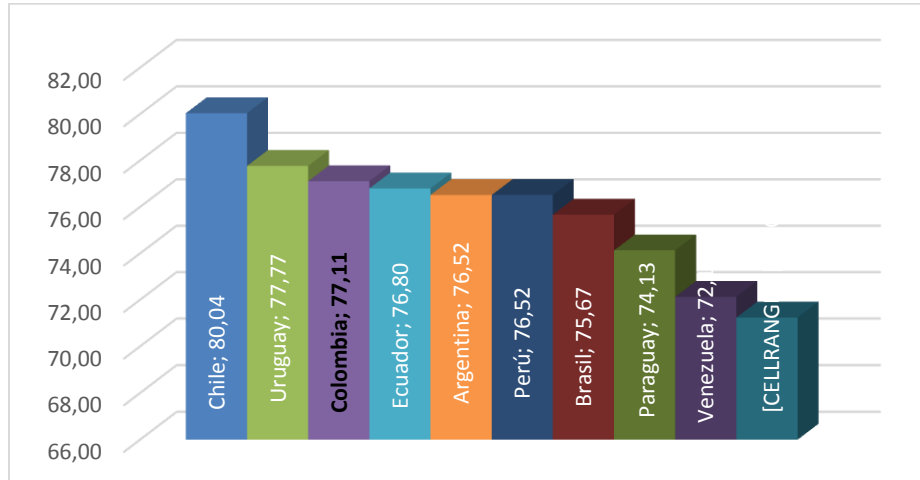
Minsalud



Fuente: DANE. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2017 y Proyecciones del Cambio Demográfico 2018-2050.

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 años⁶². (Gráfico 12).

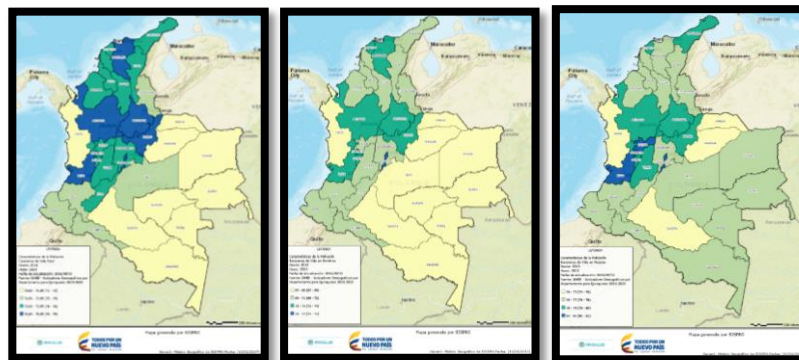
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2018



Fuente: Banco Mundial. Indicadores según país 2018.

Para el quinquenio 2015-2020 se estima que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres sea de 76,83 años y represente 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 tiene 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 respectivamente⁵⁸. (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.



La salud
es de todos

Minsalud

Migración y movilidad

El comportamiento de la tasa de migración neta para el periodo 1985 - 1990 fue de -1,51 negativo, con un comportamiento similar para el periodo 2015 - 2020 será de -1,14, que representa una tendencia al descenso en la salida de la población colombiana. (Gráfico 13)

Bogotá D. C. y Casanare, en los siete quinquenios han registrado tasas positivas, representa territorios receptores de población. En tanto que Caquetá, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Arauca, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y el Grupo Amazonía* en los primeros quinquenios registraban tasas positivas y a partir de 1995 invierten su flujo constituyéndose en departamentos expulsores y dicho comportamiento se mantendrá a 2020. (Gráfico 13)

Durante los dos primeros quinquenios registraron tasas negativas y a partir de 1995 cambia el comportamiento a tasas positivas en Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Meta, representando mayor recepción de población. (Gráfico 13)

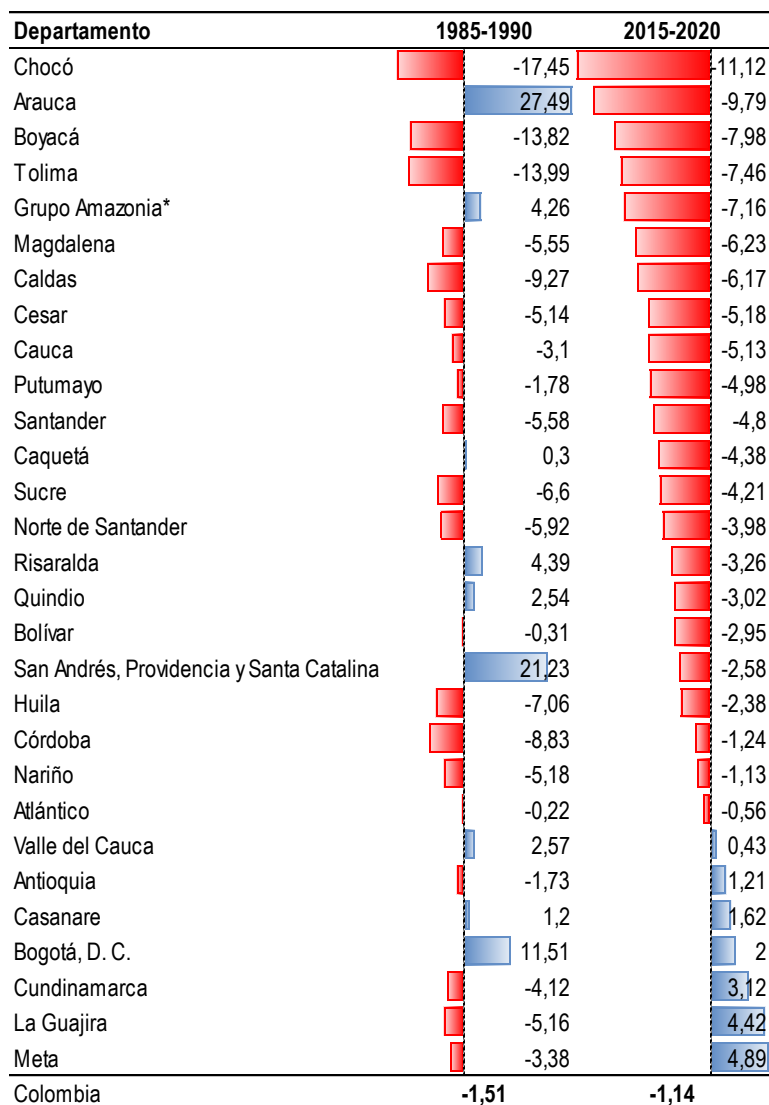
Los datos preliminares del CENSO 2018, muestran que Antioquia, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración superior a 22 personas por cada mil habitantes. En tanto, Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Valle del Cauca, tienen menor inmigración con tasas iguales o menor a 10 personas por cada mil habitantes⁶³.



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2015 - 2020



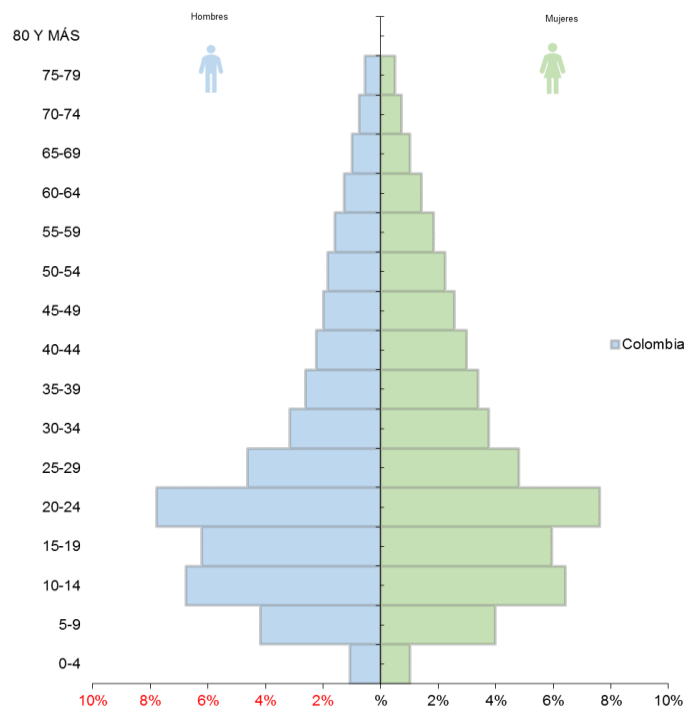
Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE: indicadores demográficos según departamento 1985-2020, conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. * Comprende los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

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) para marzo de 2019 se han registrado 338.311.496 hechos victimizantes y 8.911.602 personas, es decir una persona registró alrededor de 38 hechos victimizantes. El 67,1% (226.887.262) fue caracterizado como desplazamiento forzado en 7.669.519 personas, para una razón hecho: persona de 29,6. Esta cifra representa el 15,237% del total de la población colombiana en 2019. El 50,1% (3.843.946) mujeres y el 46,6% (3.571.419) hombres, para una razón mujer: hombre de 1,1. El 49,10% (3.638.279) de las víctimas de movilidad forzada eran menores de 25 años y el 9,4% (695.561) mayores de 65. (Gráfico 14)

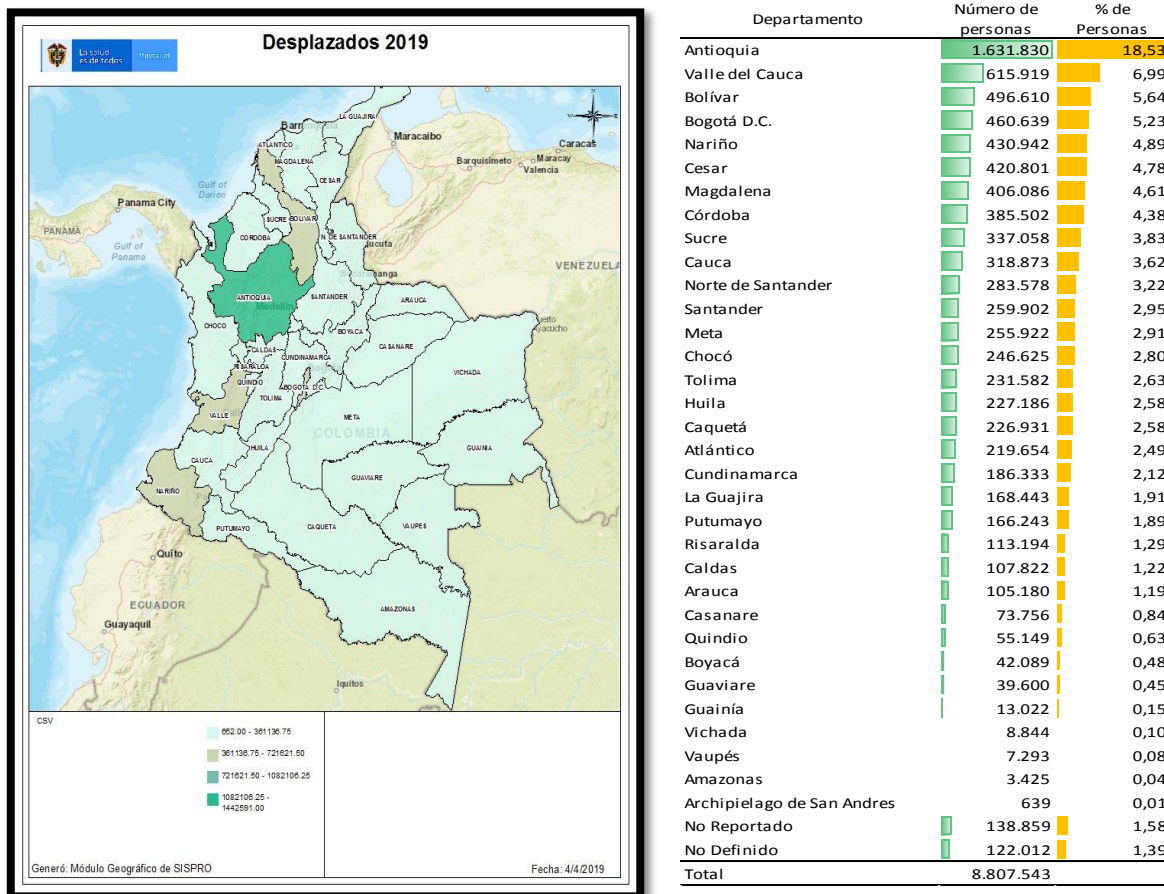
Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2020



Fuente: Registro Único de Víctimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte: junio 10 de 2020.

El 50% de las personas que reportaron mayor proporción de personas víctimas de desplazamiento habitan en los territorios de Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Magdalena y Cesar. En tanto en Casanare, Quindío, Boyacá, Guaviare, Guainía, Vichada, Vaupés, Amazonas, San Andrés, Providencia y Santa Catalina fueron los que tuvieron proporciones inferiores al 1,0. (Mapa 18)

Mapa 18. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cubo Registro Único de Víctimas, (RUV), SISPRO- MINSALUD, consultado el 26 de noviembre de 2020

Aunque el 95% (7.252.160) de los registros cuyo hecho victimizante es el desplazamiento forzado no tienen diligenciada la variable etnia, se encuentra que el 3% (232.894) de las personas se reconocieron como indígenas, el 12% (919.451) como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, el 0,4% (34.457) como Ron, 8.960 (0,12%) personas como raizales de San Andrés y 2.051 (0,03%) personas como palenqueros de San Basilio. El 59,5% (4.566.416) pertenecían al régimen subsidiado y el 24,2 (1.859.434) al contributivo.

Inmigración hacia Colombia

Otro fenómeno poblacional para considerar es la migración de población proveniente de otros países. Entre 2012 a 2018, se presentó una tendencia al incremento anual al pasar de 10,74% (9.444.268) en 2012 a

19,02% (16.719.587) de viajeros extranjeros, presentó una tasa promedio de variación anual del 8,3%. La variación entre 2013 y 2019 fue de 3 puntos porcentuales. (Gráfico 15)

De acuerdo, con los datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, (UAEMC) para 2019 se registraron 16.646.334 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 50,86% (8.466.409) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios. (Gráfico 15)

Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2019

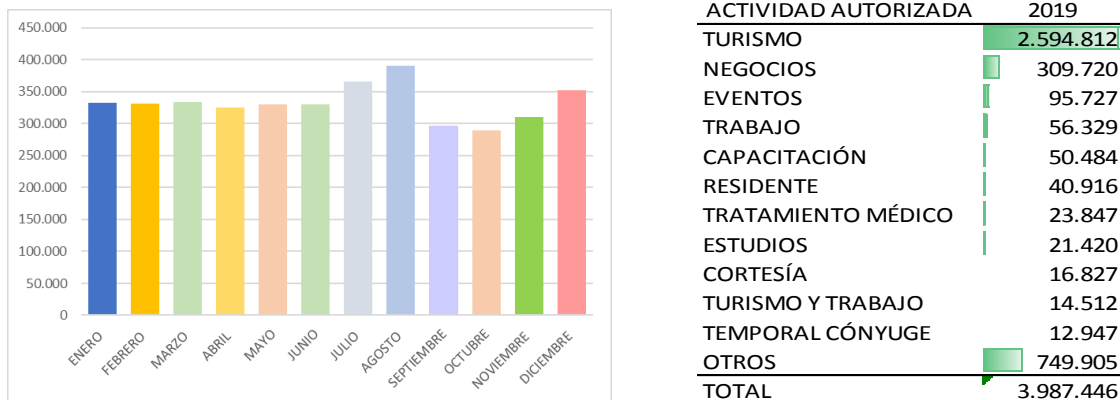
AÑO	COLOMBIANOS		EXTRANJEROS		TOTAL		TOTAL GENERAL	VARIACIÓN %
	ENTRADAS	SALIDAS	ENTRADAS	SALIDAS	ENTRADAS	SALIDAS		
2012	2.780.905	3.015.291	1.586.193	1.532.576	4.367.098	4.547.867	8.914.965	
2013	3.280.586	3.418.374	1.698.627	1.633.662	4.979.213	5.052.036	10.031.249	13%
2014	3.604.629	3.741.426	1.924.174	1.861.266	5.528.803	5.602.692	11.131.495	11%
2015	3.734.686	3.861.508	2.387.463	2.350.837	6.122.149	6.212.345	12.334.494	11%
2016	3.569.532	3.794.529	2.699.257	2.636.220	6.268.789	6.430.749	12.699.538	3%
2017	3.809.801	4.016.597	3.344.816	3.190.486	7.154.617	7.207.083	14.361.700	13%
2018	4.098.497	4.368.162	4.151.565	4.101.363	8.250.062	8.469.525	16.719.587	16%
2019	4.211.089	4.478.963	3.987.446	3.968.836	8.198.535	8.447.799	16.646.334	
TOTAL	29.089.725	30.694.850	21.779.541	21.275.246	50.869.266	51.970.096	102.839.362	

Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2019 en promedio mensual fue de 332.287, con una desviación estándar de 26.486,34. Los meses en dónde se registró un mayor número de entradas de extranjeros al país fueron: agosto (10%), julio (9%), diciembre (9%) y marzo (8%), mientras que septiembre y octubre registraron un menor número de entradas de extranjeros (7 %). Teniendo en cuenta el motivo de llegada de extranjeros al país, se encuentra que el 65% (2.594.812) llegan al país por turismo y el 8% (309.720) por negocios. (Gráfico 16).

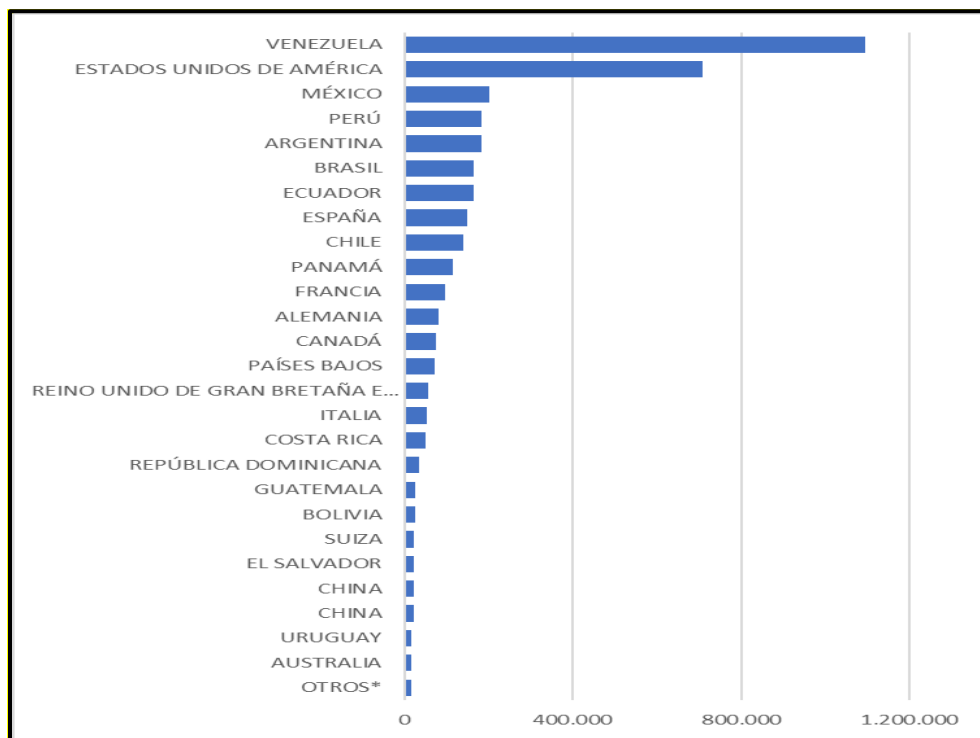
En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa un incremento de 806.749 extranjeros. En 2018 los venezolanos se consolidaron como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 1.359.815, que corresponde al (32,8%) de las entradas para este año, seguido de Estados Unidos de América (15,7%), Argentina (5,0%), Brasil (4,9%), México (4,5%), Ecuador (4,1%), Perú (3,8%), España (3,5%), Chile (3,5%) y Panamá (2,5%).(Gráfico 17)

Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2019



Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2018



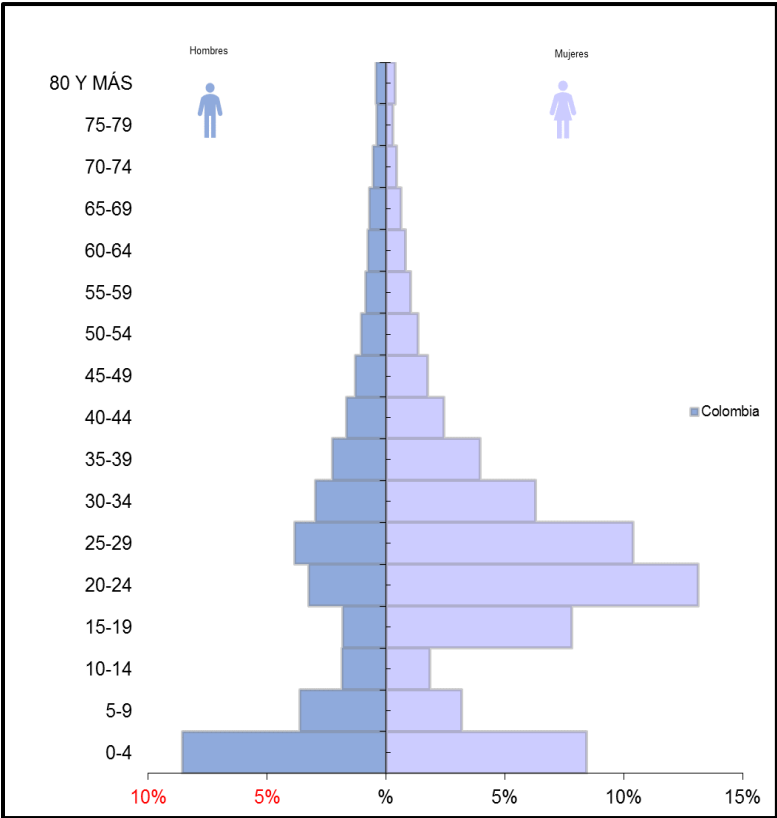
Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Es importante resaltar que el país atraviesa por un fenómeno de transito 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 2019, se registra un total de 693.832 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 en las personas de 20 a 29 años principalmente, al revisar según son las mujeres quienes más acuden especialmente entre los 15 a 34 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo, en cuanto a los hombres reportan el 38% de personas consultantes y el quinquenio de menores de 5 años el más representativo seguido por el de 25 a 29 años y 5 a 9 años (Gráfico 18).

Gráfico 18. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2019



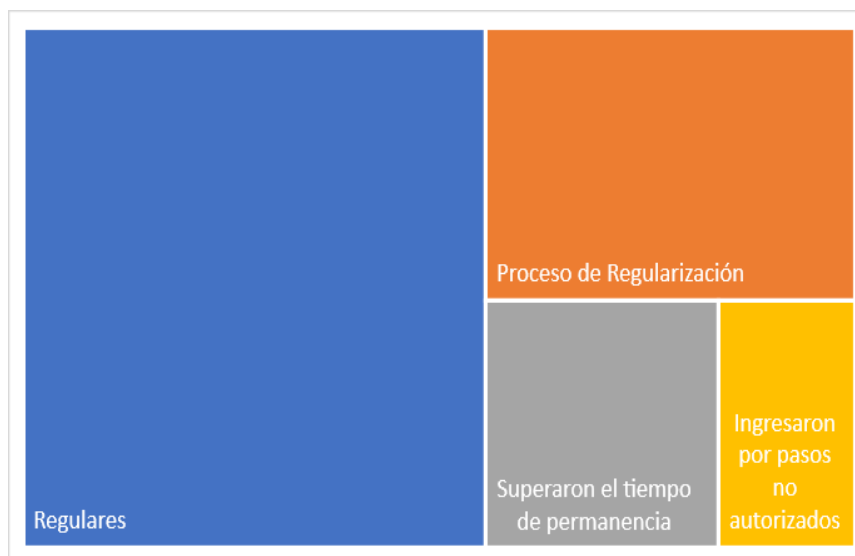
Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

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, en 2019, la entrada de venezolanos a Colombia se concentró en los Puestos de Control Migratorio, (PCM) por vía terrestre en los puesto migratorios ubicados en Cúcuta, Paraguachón, Arauca y Puerto Santander; por vía aérea en los Aeropuertos Camilo Daza de Cúcuta; el Aeropuerto El Dorado de Bogotá representó el 35,5%, por vía marítima en los puestos fluviales de Puerto Carreño y Puerto Inírida con un 54% de participación y los demás PCM del país el 10,5%⁶³.

La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela, para el periodo entre 2012 y 2018, presentó una tendencia ascendente. Entre 1991 y 2019 en el territorio colombiano se encuentran 1.095.706 venezolanos. Distribuidos en ingresos regulares el 55,6% (609.213), que hace referencia a venezolanos con Visa, Cédula de Extranjería, PEP o dentro del Tiempo de Ley Establecido. El 23,3% (255.299) en proceso de regularización, que son los venezolanos que están censado en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, (RAMV) y están en proceso de expedir el PET. El 13,3% (145.729) de las personas son irregulares, es decir superaron el tiempo de permanencia y el 7,8% (85.465) ingresaron por pasos no autorizados. (Gráfico 19)

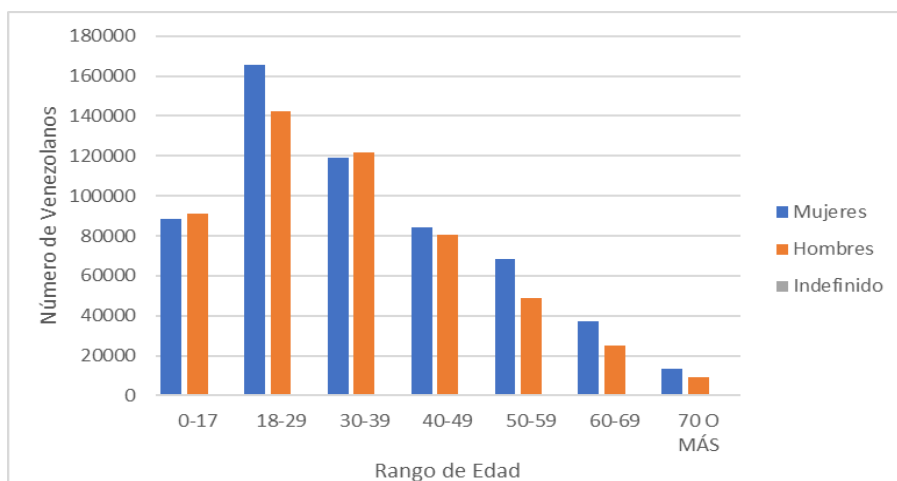
Gráfico 19. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 – 2019





La salud
es de todos

Minsalud



Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

De los 1.748.716 venezolanos que residen en el país, el 49,39% (863.610) son mujeres, el 50,61% (885.106) hombres, el 23,95% (418.839) son menores de 18 años de edad, el 36,25% (633.881) están entre los 18 a 29 años, el 21,72% (379.764) se encuentran entre 30 a 39 años, el 10,61% (185.615) están entre los 40 a 49 años, el 4,88% (85.379) se encuentran entre 50 y 59 años, el 1,82 % (31.893) entre 60 y 69 años y 0,76% (13.345) se encuentran las personas mayores de 70 años. El 19,62% de los venezolanos residen en Bogotá D.C. (343.169), Norte de Santander (197.979) y Atlántico (161.313). (Gráfico 20).

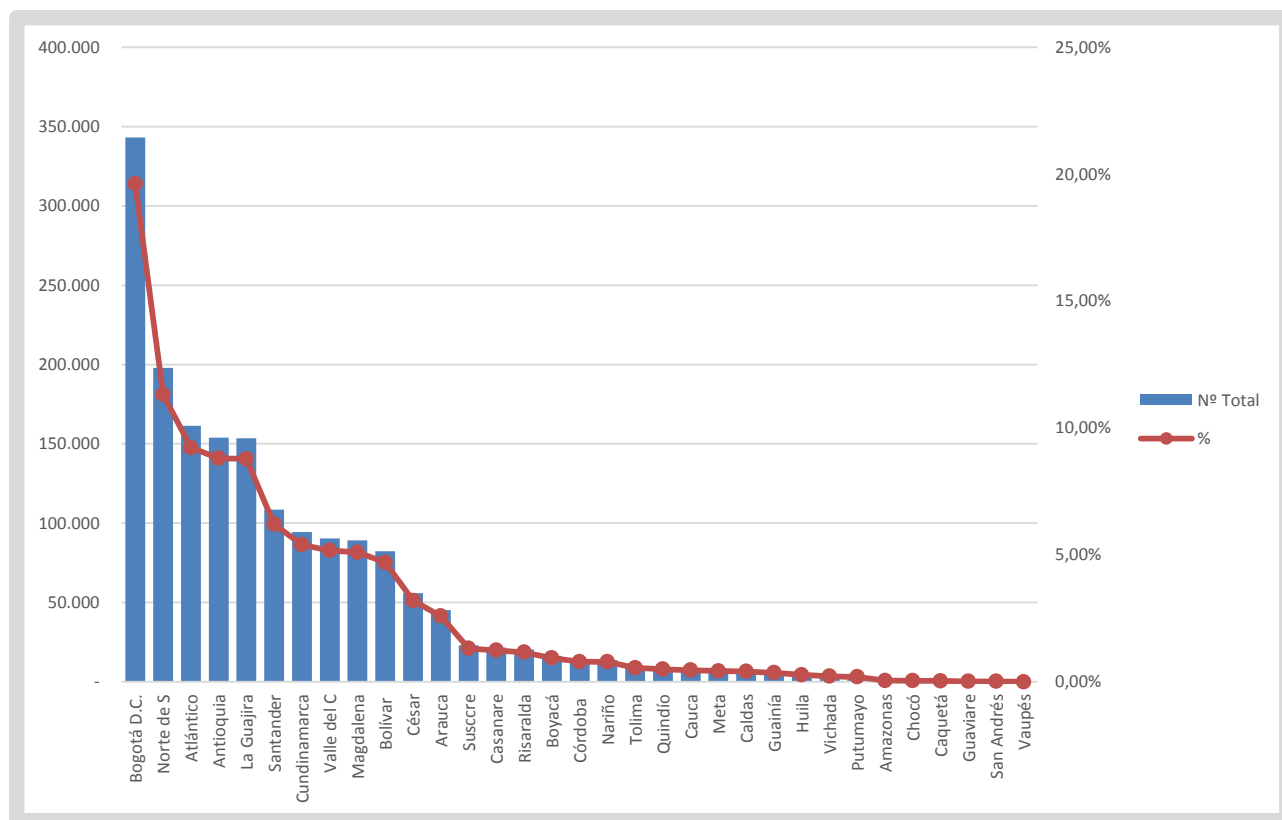
De acuerdo, con la información de Migración Colombia, a junio del 2020 hay 762.857 regulares es decir cuentan con permiso PEP y 985.859 residen manera irregular. Para el corte de junio de 2020 se describe una disminución con respecto al mes de mayo que fue del 1%. Adicionalmente se observa que las ciudades con mayor cantidad de venezolanos son principalmente Bogotá 343.169, San José De Cúcuta 103.254, Barranquilla 95.491, Medellín 87.942 y Cali 60.452.



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 20. Registro de venezolanos en Colombia por departamento, 2020



Departamento	Nº Total	%
Bogotá D.C.	343.169	19,62%
Norte de Santander	197.979	11,32%
Atlántico	161.313	9,22%
Antioquia	153.937	8,80%
La Guajira	153.600	8,78%
Santander	108.614	6,21%
Cundinamarca	94.498	5,40%
Valle del Cauca	90.457	5,17%
Magdalena	89.280	5,11%
Bolívar	82.272	4,70%
César	55.977	3,20%
Arauca	45.296	2,59%
Sucre	23.072	1,32%
Casanare	21.699	1,24%
Risaralda	20.370	1,16%
Boyacá	16.489	0,94%
Córdoba	13.929	0,80%
Nariño	13.826	0,79%
Tolima	9.697	0,55%
Quindío	8.700	0,50%
Cauca	8.027	0,46%
Meta	7.573	0,43%
Caldas	7.178	0,41%
Guainía	6.323	0,36%
Huila	4.863	0,28%



La salud
es de todos

Minsalud

Departamento N° Total	N° Total	%
Vichada	3.912	0,22%
Putumayo	3.434	0,20%
Amazonas	962	0,06%
Chocó	788	0,05%
Caquetá	682	0,04%
Guaviare	366	0,02%
Archipiélago de San Andrés	360	0,02%
Vaupés	74	0,00%
Total	1.748.716	

Fuente-. Datos de Migración Colombia, corte Junio 2020.

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



La salud
es de todos

Minsalud

Pobreza e ingresos

En el tercer trimestre de 2020pr, el Producto Interno Bruto (PIB) decreció un 9,0% respecto al mismo periodo de 2019pr. 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 las cuales decrecieron 20,1% (contribuye -3,9 puntos porcentuales a la variación anual). El sector de la Construcción decreció 26,2% (contribuye -1,8 puntos porcentuales a la variación anual). La explotación de minas y canteras decreció 19,1% (contribuye -1,2 puntos porcentuales a la variación anual).

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto en su serie corregida de efecto estacional y calendario creció 8,7%. Esta variación se explica principalmente por la siguiente dinámica: la Industria manufacturera creció un 23,4%, el comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida creció 22,3% y por último, las Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores creció un 12,3%.⁶⁴. (Tabla 4)

Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2020pr

Actividad económica	Tasas de crecimiento	
	Serie original	Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Anual	Trimestral
	2020- I ^{pr} / 2019- I ^{pr}	2020 ^{pr} - I / 2019 ^{pr} - IV
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	6,8	2,3
Explotación de minas y canteras	-3,0	-2,4
Industrias manufactureras	-0,6	-4,5
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado ²	3,4	1,5
Construcción	-9,2	-11,4
Comercio al por mayor y al por menor ³	0,9	-3,2
Información y comunicaciones	1,4	0,2
Actividades financieras y de seguros	2,1	0,1
Actividades inmobiliarias	2,6	0,2
Actividades profesionales, científicas y técnicas ⁴	2,7	0,8
Administración pública, defensa, educación y salud ⁵	3,4	-1,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios ⁵	-3,2	-3,9
Valor agregado bruto	1,1	-2,3
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	1,2	-2,9
Producto Interno Bruto	1,1	-2,4

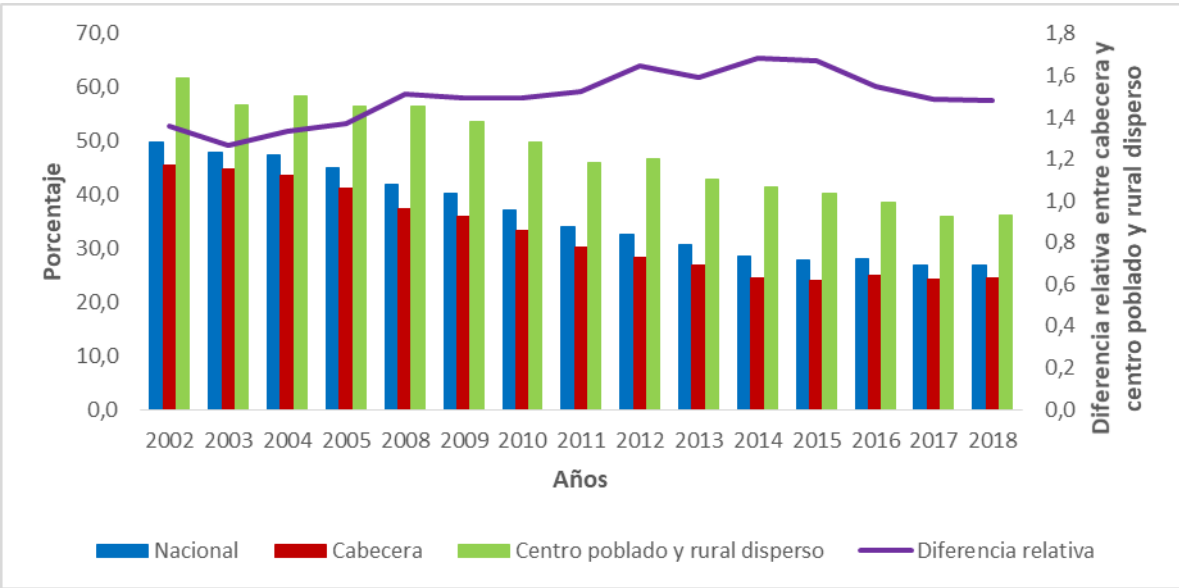
Fuente: DANE, Cuentas nacionales

De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14.13% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,74% en la miseria, el 5,31 en viviendas inadecuadas, el 3,58% con servicios inadecuados, el 4,06% en hacinamiento. La incidencia de la pobreza monetaria fue 1,7 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales⁶⁵. (Gráfico 21)

De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria, para el 2018 los departamentos de Chocó, La Guajira, Cauca, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander Nariño, Sucre, Caquetá, Huila, Bolívar. Tolima presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que al nacional (Tabla 5)

En 2018, en el total nacional, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional fue 19,6%. Por una parte, los departamentos que presentaron mayor nivel de incidencia de la pobreza multidimensional en cada región fueron: Guainía con 65,0% para la región Orinoquia-Amazonia; La Guajira con 51,4% para la región Caribe; Chocó con 45,1% para la región Pacífico (sin incluir Valle del Cauca); Norte de Santander con 31,5% para la región Oriental; y Caquetá con 28,7% para la región Central.

Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).

En 2018, el porcentaje de personas clasificadas como pobres extremas respecto al total de la población nacional fue del 7,2%. En las cabeceras esta proporción fue del 4,9% en los centros poblados y rural disperso



La salud
es de todos

Minsalud

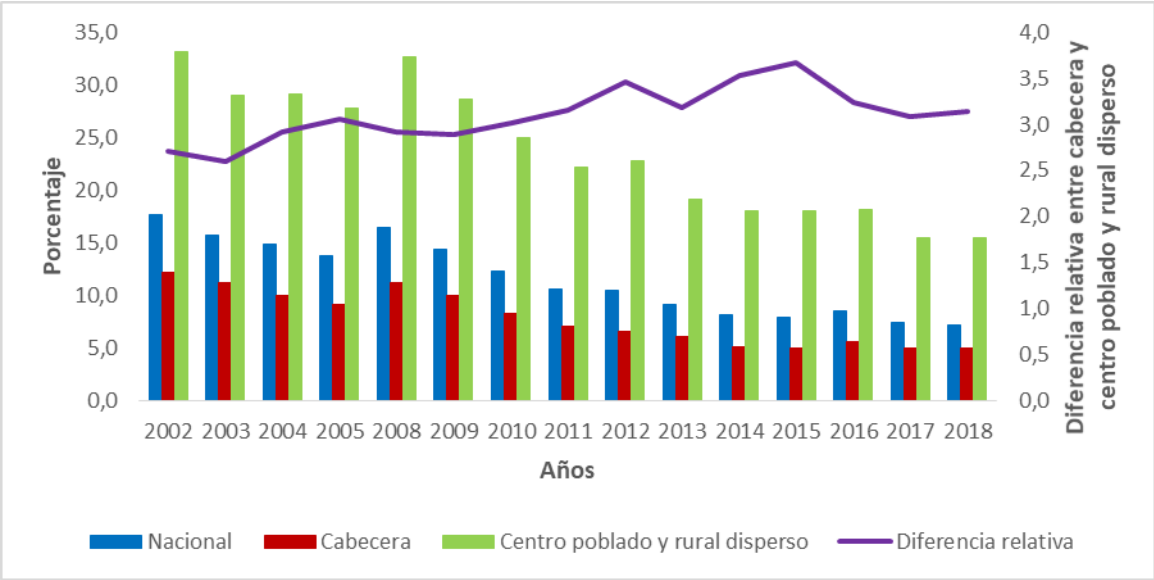
del 15,4%, así, la incidencia de la pobreza extrema en los centros poblados y rural disperso equivale a 3,1 veces la incidencia en las cabeceras. (Gráfico 22).

Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2018

Departamento	NBI - Total	NBI - Urbano	NBI - Urbano
Antioquia	10,67	6,67	26,77
Atlántico	11,28	10,68	22,76
Bogotá, D.C.	3,36	3,34	11,03
Bolívar	26,56	21,69	41,40
Boyacá	10,04	4,93	17,81
Caldas	8,91	6,92	15,00
Caquetá	23,48	16,60	39,01
Cauca	18,27	12,38	22,12
Cesar	22,82	18,53	36,42
Córdoba	34,82	21,66	51,65
Cundinamarca	6,26	4,60	10,83
Chocó	65,40	68,29	62,58
Huila	12,68	9,26	18,05
La guajira	53,01	28,95	74,96
Magdalena	26,50	21,64	38,43
Meta	13,31	7,95	31,71
Nariño	21,59	16,20	26,61
Norte de Santander	18,26	13,28	37,01
Quindío	6,73	6,29	9,98
Risaralda	8,14	5,08	19,21
Santander	9,45	6,25	20,07
Sucre	28,98	24,11	37,99
Tolima	12,06	7,61	22,83
Valle del cauca	6,18	5,23	11,83
Arauca	32,26	25,78	45,32
Casanare	15,89	11,78	27,11
Putumayo	18,41	11,75	27,10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14,84	19,29	5,88
Amazonas	34,92	25,62	45,60
Guainía	59,21	39,77	79,24
Guaviare	27,80	15,47	47,87
Vaupés	68,89	30,64	86,17
Vichada	67,62	32,46	85,18
Colombia	14,13	9,42	30,22

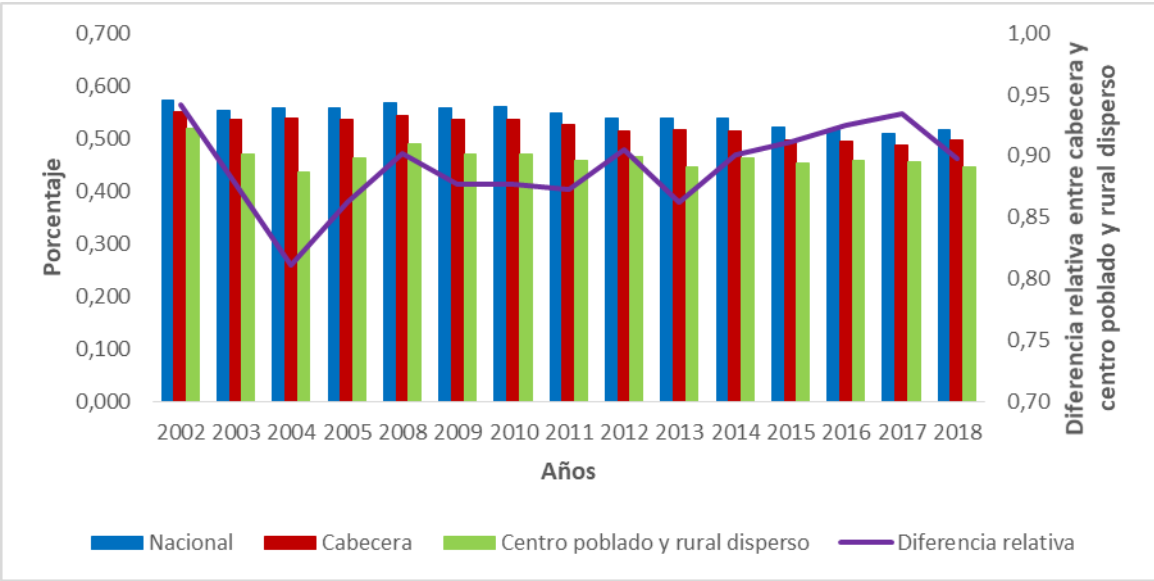
Fuente: Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según departamento y total nacional NBI - DANE, Censo 2018. Actualizado el 25 de noviembre de 2020

Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).

Gráfico 23. Coeficiente de Gini según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).

En relación con el comportamiento del Gini se observa para 2018 un pequeño cierre en la brecha urbano y rural (Gráfico 23), mientras por ciudades: Pereira (0,416), Bucaramanga (0,432) e Ibagué (0,435), registraron

los menos valores para el coeficiente de Gini en 2018. En contraste con Riohacha (0,529), Quibdó (0,528) y Bogotá (0,504) que registraron los mayores valores, para los dos primeros siendo superiores al coeficiente de Gini nacional. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial por ciudades, 2017 - 2018

	2017	2018	Diferencia
Riohacha	0,524	0,529	0,005
Quibdó	0,531	0,528	-0,003
Total Nacional	0,508	0,517	0,009
Bogotá	0,498	0,504	0,006
Florencia	0,474	0,485	0,011
Popayán	0,486	0,484	-0,002
Pasto	0,470	0,479	0,009
Villavicencio	0,452	0,477	0,025
Medellín AM	0,464	0,474	0,010
Neiva	0,453	0,465	0,012
Cali AM	0,460	0,463	0,003
Santa Marta	0,467	0,463	-0,004
Sincelejo	0,443	0,460	0,017
Tunja	0,463	0,458	-0,005
Armenia	0,452	0,457	0,005
Cartagena	0,449	0,452	0,003
Montería	0,463	0,451	-0,012
Valledupar	0,461	0,450	-0,011
Manizales AM	0,455	0,446	-0,009
Barranquilla AM	0,440	0,443	0,003
Cúcuta AM	0,426	0,440	0,014
Ibagué	0,429	0,435	0,006
Bucaramanga	0,406	0,432	0,026
Pereira AM	0,401	0,416	0,015

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2017-2018).

Educación

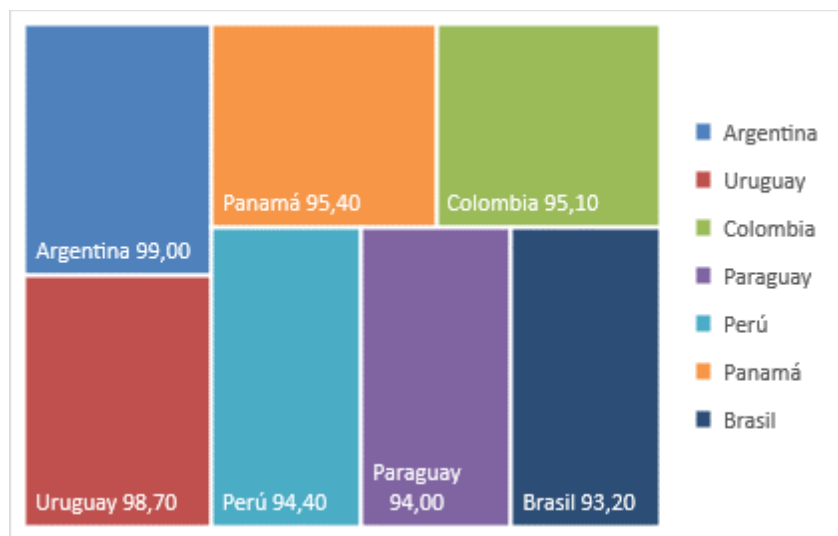
De acuerdo con las estimaciones del Departamento Nacional de Planeación – DNP basadas en el censo de 2005, el 18,50% de los hogares en Colombia tenían analfabetismo encontrándose diferencias

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)

Por otra parte, según los datos preliminares 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 escritura⁶⁶.

De acuerdo con datos del Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁶⁷, 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%), corresponde a Argentina (99%), Uruguay (98,70%), Panamá (95,40%), Colombia (95,40%), Perú (94,40%), Paraguay (94%) y Brasil (93,20%). (Gráfico 24).

Gráfico 24. 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 reporta 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

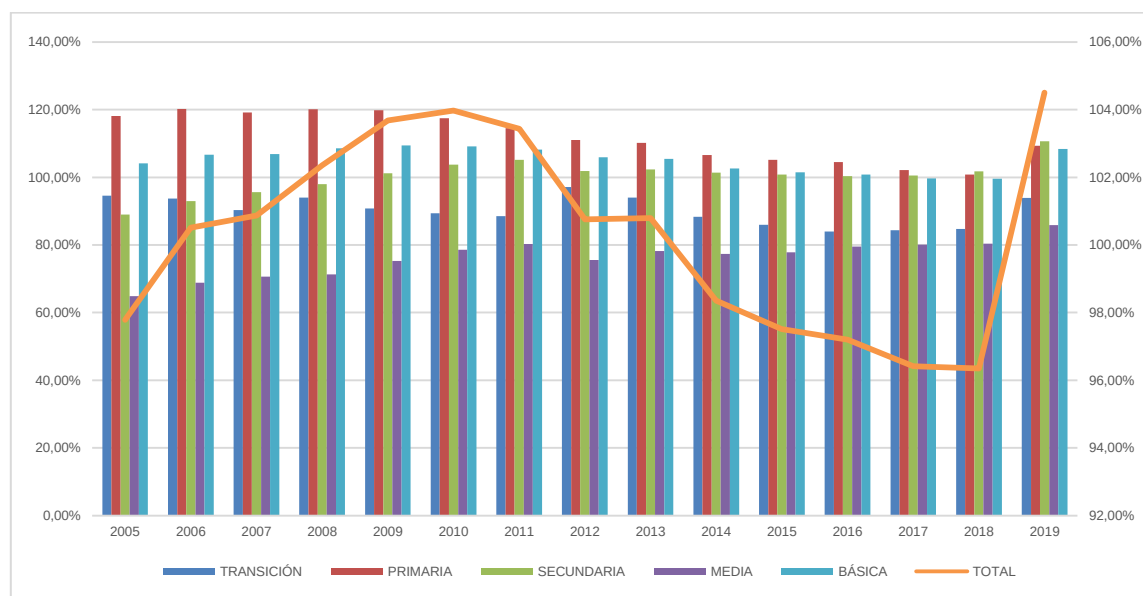


La salud
es de todos

Minsalud

respecto a la población en edad teórica para cursarlo; ha tendido ligeramente a la fluctuación entre el descenso en el 2013 al 2018 y a un repunte en el 2019. Se puede observar que entre el 2013 al 2018 hubo un descenso de decayendo 9 puntos porcentuales en la primaria en la población entre 6 y 10 años viéndose recuperado e el 2019 al llegar nuevamente a esta en 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 describen un incremento de 9 y 5 puntos porcentuales respectivamente. La cobertura total describe un ascenso de casi 8 puntos porcentuales⁶⁸. (Gráfico 25).

Gráfico 25. 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.

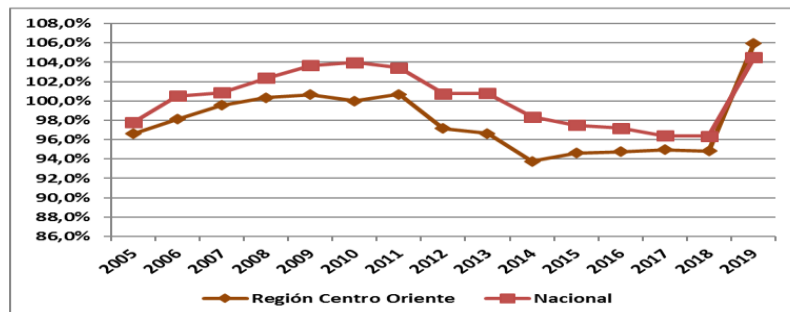
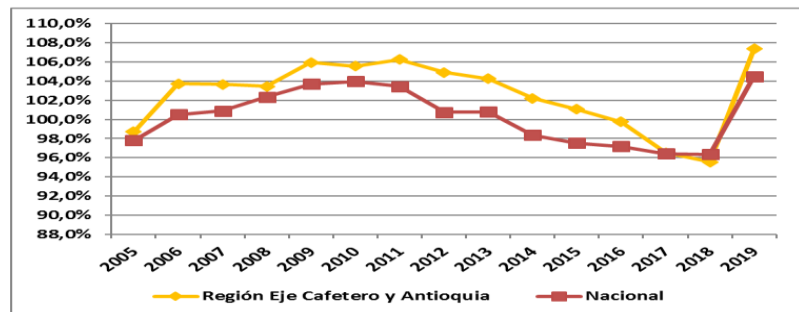
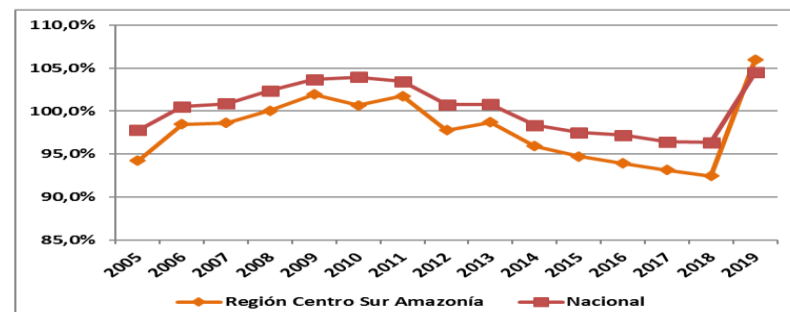
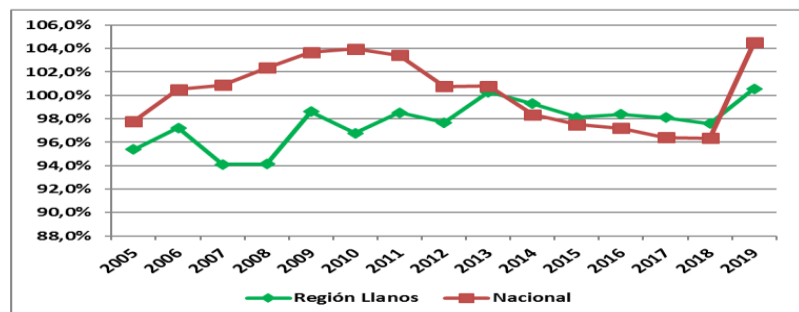
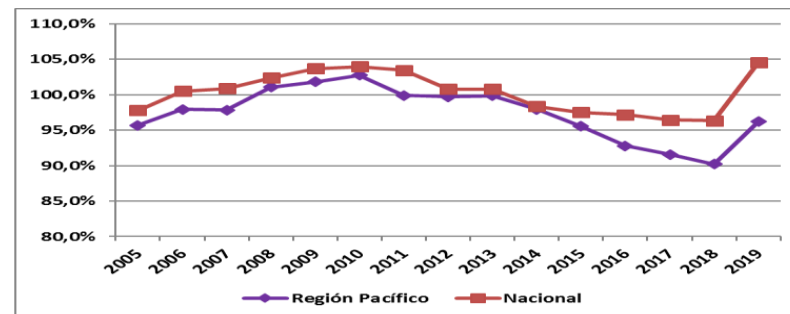
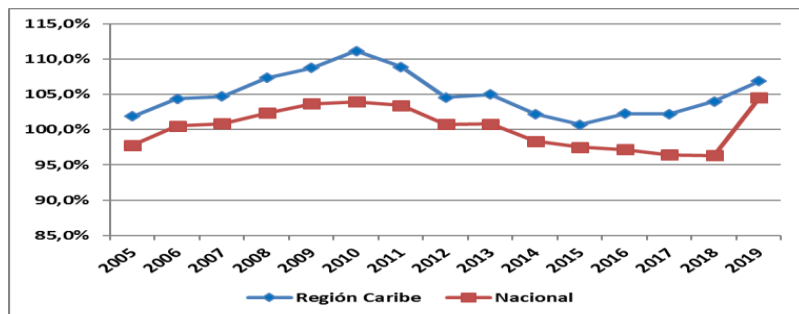
Entre 2005 y 2019 la mayoría de las Regiones (Caribe, Centro Sur Amazonia, Centro Oriente y Eje Cafetero y Antioquia) describen coberturas brutas por encima del promedio nacional para el último año. Comportamiento diferente en las regiones de Los Llanos y Pacífica que describe una tasa por debajo del 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 26)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 26. Tasa de cobertura bruta por regiones, 2005-2019



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



La salud es de todos

Minsalud

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: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 25 de noviembre de 2020. Porcentaje de analfabetismo: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Analfabetismo.



La salud
es de todos

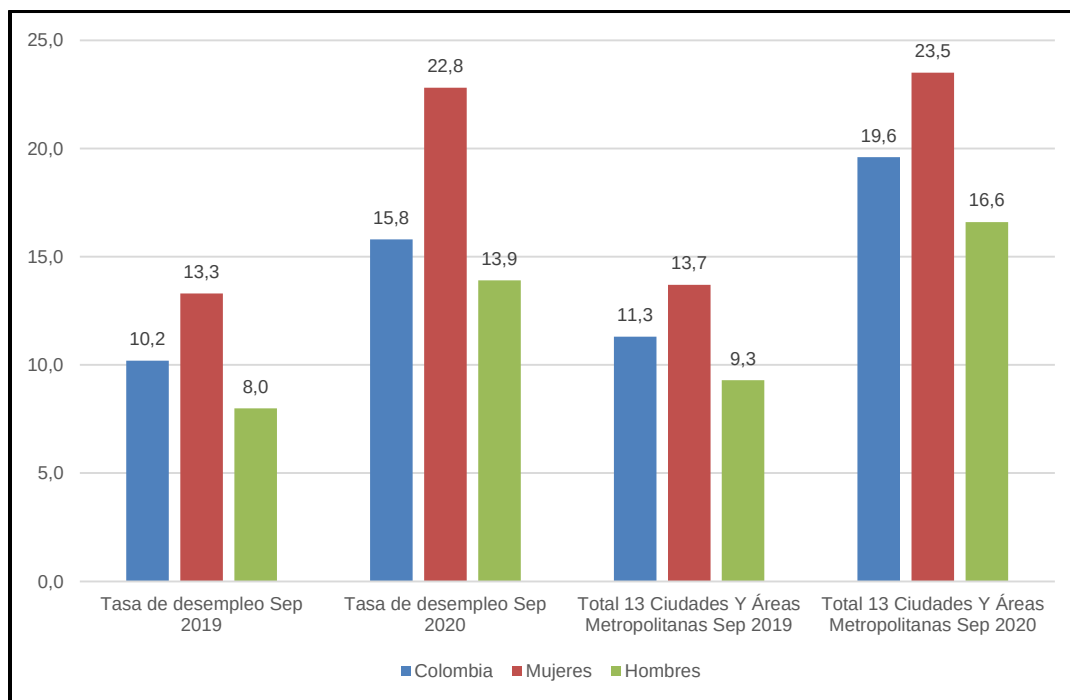
Minsalud

Desempleo

Para septiembre de 2020, el DANE estimó que la tasa de desempleo nacional fue de 15,8% con respecto al mismo mes en 2019 (10,2%), muestra un incremento de más de 5 puntos porcentuales. Mientras tanto, la tasa global para las 13 ciudades y áreas metropolitanas en 2020 fue de 19,6% (Gráfico 27) y la tasa de ocupación fue de 48,1%. Para septiembre de 2020, las ciudades que registraron las mayores tasas de desempleo fueron: Ibagué (27,5%), Florencia (27,2%), Neiva (26,4%), Popayán (25,2%) y Cucutá A.M. (24,6%). En comparación con las ciudades que presentaron las menores tasas de desempleo fueron: Barranquilla A.M (12,3%), Pasto (17,7%) y Cartagena (18,1%). (Tabla 8)

Para hombres y mujeres se observa incremento de la tasa de desempleo de 5.9 y 9.5 puntos porcentuales respectivamente. Asimismo, la brecha ha aumentado alrededor de 4 puntos porcentuales entre hombres y mujeres entre septiembre de 2019 y el mismo mes de 2020 para este indicador. Este comportamiento se describe a nivel nacional y en las 13 ciudades y áreas metropolitanas. (Gráfico 27)

Gráfico 27. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a Septiembre 2019 y 2020



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



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, septiembre 2019 y 2020

Territorio	TD(2020)	TD(2019)	Variación
Ibagué	27,5	13,6	-13,9
Florencia	27,2	13,8	-13,4
Neiva	26,4	13,8	-12,6
Popayán	25,2	10,9	-14,3
Cúcuta A.M.	24,6	16,5	-8,1
Tunja	24,1	10,8	-13,3
Valledupar	23,9	15,3	-8,6
Villavicencio	23,1	12,3	-10,8
Armenia	22,7	15,0	-7,7
Manizales A.M.	22,3	11,3	-11,0
Cali A.M.	22,2	11,7	-10,5
Montería	22,1	12,4	-9,7
Sincelejo	22,0	11,8	-10,2
Bogotá D.C.	22,0	10,0	-12,0
Riohacha	21,4	14,9	-6,5
Bucaramanga A.M.	21,2	9,0	-12,2
Quibdó	21,2	18,4	-2,8
Total 23 Ciudades y A.M.	21,0	10,9	-10,1
Total 13 Ciudades y A.M.	20,8	10,6	-10,2
Santa Marta	20,7	11,7	-9,0
Medellín A.M.	20,0	12,0	-8,0
Pereira A.M.	18,4	9,3	-9,1
Cartagena	18,1	6,6	-11,5
Pasto	17,7	10,4	-7,3
Barranquilla A.M.	12,3	7,9	-4,4

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

Actualizada 29 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

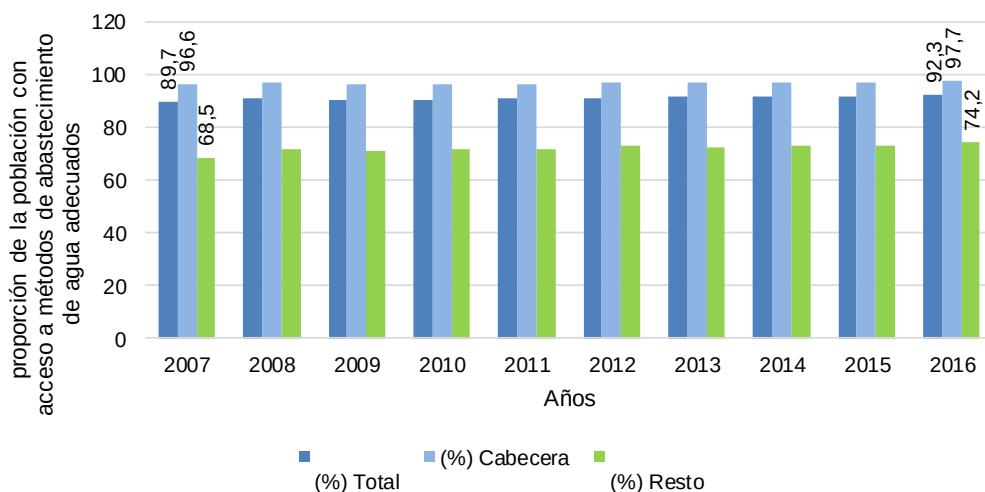
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos

Hogares

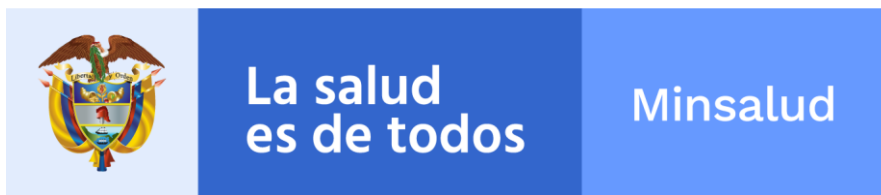
Entre 2007 y 2016, la población colombiana que habita en viviendas con métodos de abastecimiento de agua adecuados, los cuales son: para viviendas en la cabecera municipal, acueducto; para viviendas en zonas diferentes a la cabecera municipal (resto), acueducto, otra fuente por tubería, pozo con bomba y pila pública, ha registrado 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 28)

En 2017 el 90,3% de la población colombiana tiene acceso a acueducto y el 78,6% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 99,5 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica y el 64,5% el de gas natural.

Gráfico 28. 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.



De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2019, en Colombia el 87,0% de la población tiene acceso a acueducto y el 74,4% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 98,1 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica, el 64,5% el de gas natural, el 81,8% de los hogares tienen acceso a la recolección de la basura y el 25,2% disponen de telefonía fija. (Tabla 9)

Para 2019 Colombia incremento a 0,4 puntos porcentuales (p.p) en la cobertura de energía eléctrica, 0,1 p.p en el gas natural, acueducto y recolección de basuras; descendió en 0,3 p.p. en alcantarillado, mientras en telefonía fija fue de 4,0 p.p. 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 9)

Tabla 9. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2019

Año	Energía Eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	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 en el país se 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Acueducto

De acuerdo con los datos Sistema Único de Información (SUI), en 2017 de los 1.102 municipios en los cuales la prestación del servicio de acueducto fue el 8,7% (96) municipios registran coberturas del 100%, el 15,2% (167) de los territorios reporto coberturas entre 82,46% y 99,97%, el 23,9% (263) registro coberturas en un rango de 57,84% a 82,21%. Los municipios con coberturas entre 35,92% y 57,82% fueron el 24% (261) y el 29% (315) de los territorios registran coberturas por debajo del 35,88%. (Mapa 19)

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 10)

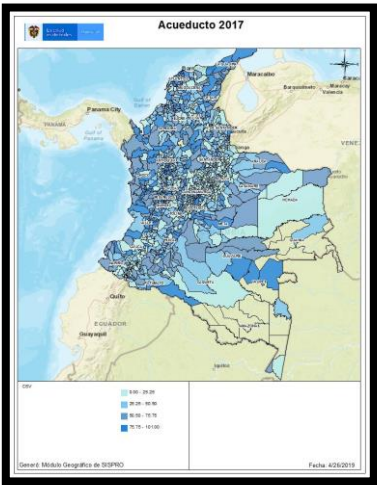
Alcantarillado

Según datos del SUI, en 2017 de los 1.102 municipios, el 2,5 (28) registraron coberturas del 100%. el 19,8% (218) municipios registran coberturas entre el 60% y 99 %; el 26,0% (286) de los territorios reporto coberturas entre 36% y 62%; el 23,2% (256) registro coberturas en un rango de 18,4% a 35%. Los municipios con coberturas entre 0% y 18,3% fueron el 28,5% (Mapa 19).

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 10)

Mapa 19. Cobertura de servicios públicos por municipios de Colombia, 2017

Acueducto total



Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Sistema Único de Información (SUI), consultado el 26 de abril de 2019.

Acueducto urbano

Acueducto rural





La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 10. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Un elemento que hace parte del sistema alcantarillado, son los Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR), en 2016 existían 696 STAR en 514 municipios. Cundinamarca es el departamento con mayor cantidad STAR para un total de 119; 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. (Tabla 11)

Tabla 11. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) Colombia 2016

Departamento	Cantidad de STAR
Cundinamarca	119
Antioquia	90
Tolima	54
Cauca	37
Boyacá	35
Santander	35
Córdoba	30
Valle del Cauca	29
Cesar	28
Magdalena	25
Sucre	24
Casanare	24
Huila	21
Atlántico	21
La Guajira	20
Norte de Santander	19
Bolívar	17
Meta	12
Putumayo	10
Arauca	9
Chocó	9
Quindío	6
Nariño	6
Caqueta	4
Vaupés	3
Caldas	3
Archipiélago de San Andres	3
Guainía	2
Vichada	2
Bogotá D.C.	1
Risaralda	1
Amazonas	0
Guaviare	0

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



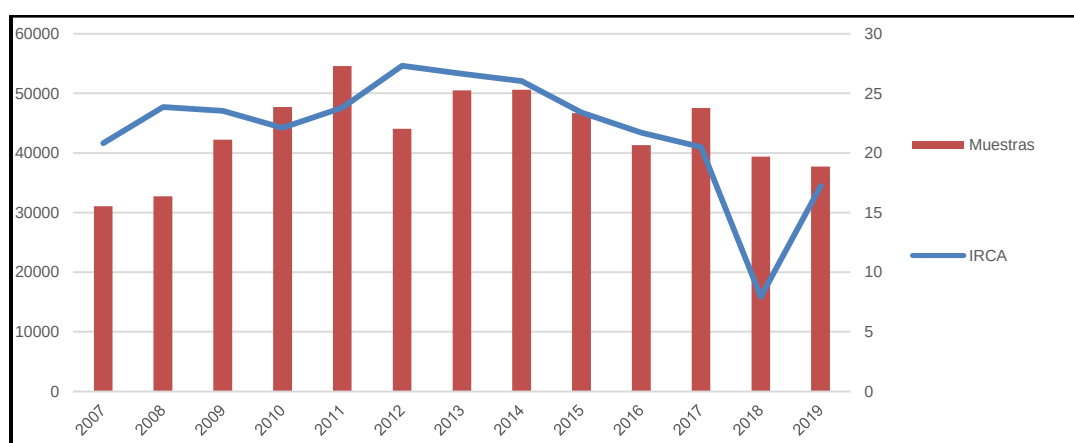
La salud
es de todos

Minsalud

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 el riesgo medio con un porcentaje de 17,23. (Gráfico 29)

Gráfico 29. 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 reportan su indicador en alto riesgo, lo que refleja la gestión de las entidades territoriales realizada al respecto. (Mapa 20)

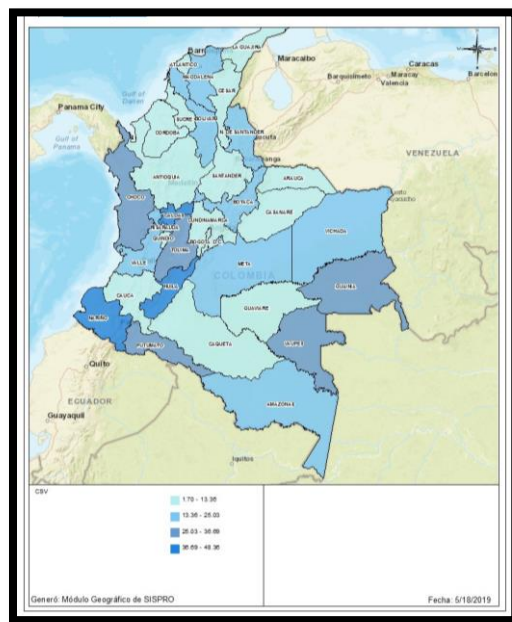


La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 20. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA) 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
Bolívar	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



La salud
es de todos

Minsalud

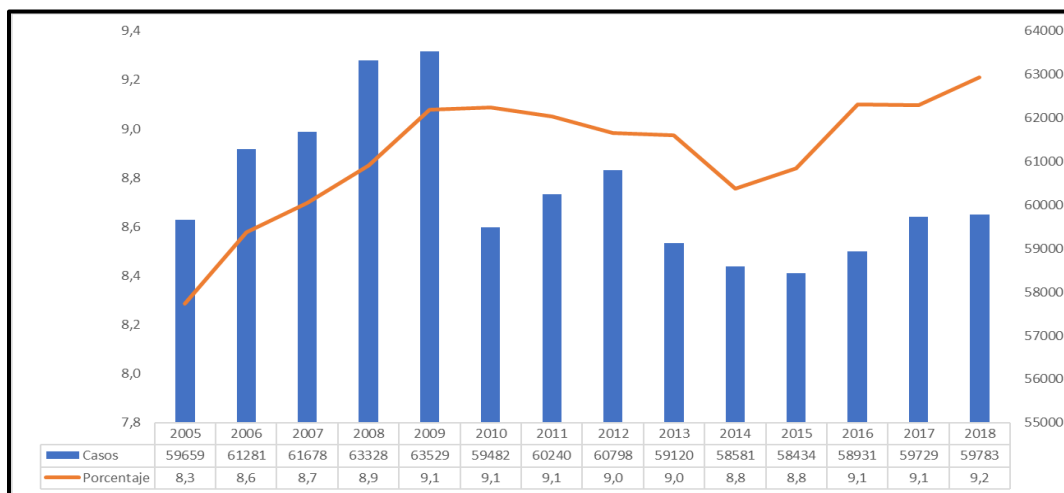
Seguridad alimentaria

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 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 30)

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 infantil⁶⁹. 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.

Gráfico 30. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2018

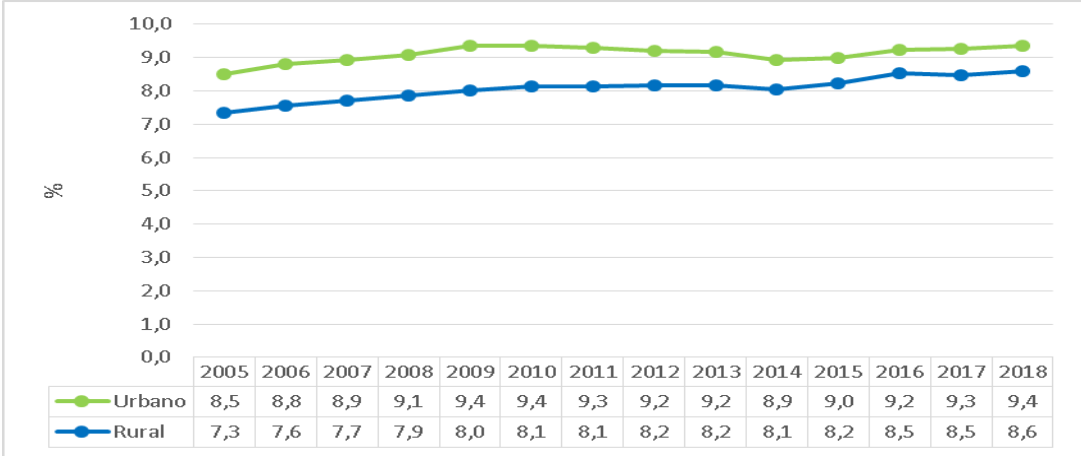


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Actualizado el 29 de noviembre de 2020.

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 31)

Gráfico 31. 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, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS.

En 2018, el Distrito Capital de Bogotá (13,48%) y los departamentos de Cundinamarca (11,15%), Chocó (10,79%), Boyacá (10,17%), Nariño (9,96%), Antioquia (9,54%) y La Guajira (9,49%) presentaron valores por encima del promedio nacional, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores departamentales y el nacional, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 21)

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 32)

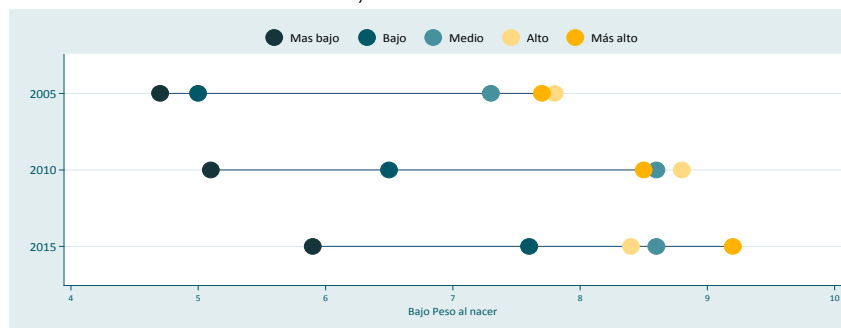


Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2018

[illegible]

Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Gráfico 32. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015



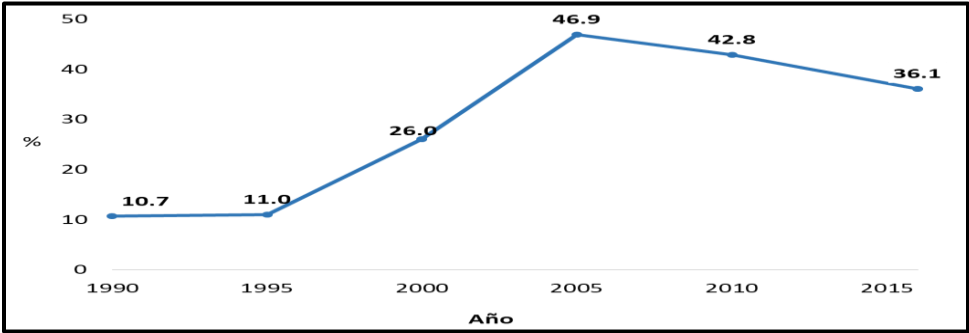
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

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”⁷⁰. 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 solo el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva⁷¹.

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 revisión”⁷⁰.De acuerdo con lo anterior y con la recomendación 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 11,0 % 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 33). 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 34).

Gráfico 33. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben, lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015

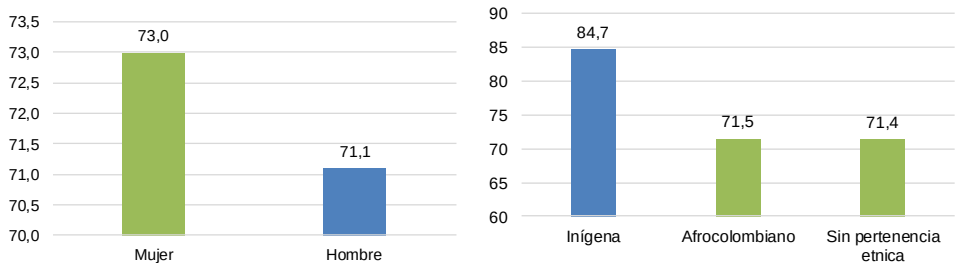


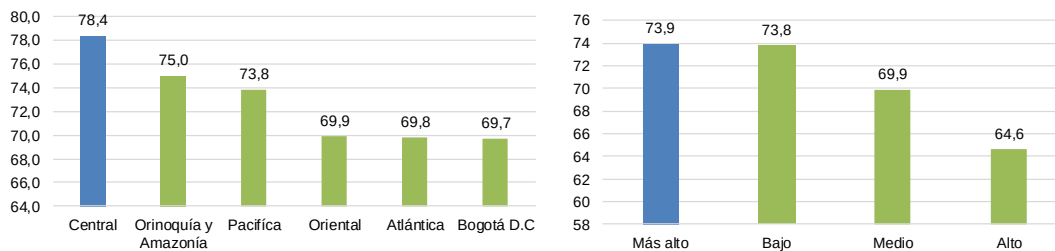
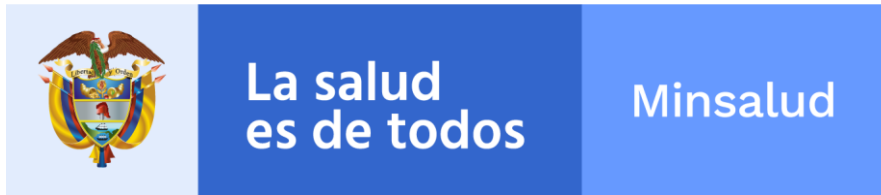
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1995-2015.

En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionado 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 casos⁷⁰.

El inicio temprano de la lactancia materna se incrementó en 15,4 puntos porcentuales, al pasar 56,6 de en 2010 a 72,0 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 (72,0%). Bogotá D.C., 69,7 de cada 100 niños tienen inicio temprano de lactancia materna, alrededor de dos puntos porcentuales menos alto que el país. (Gráfico 35)

Gráfico 34. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015





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

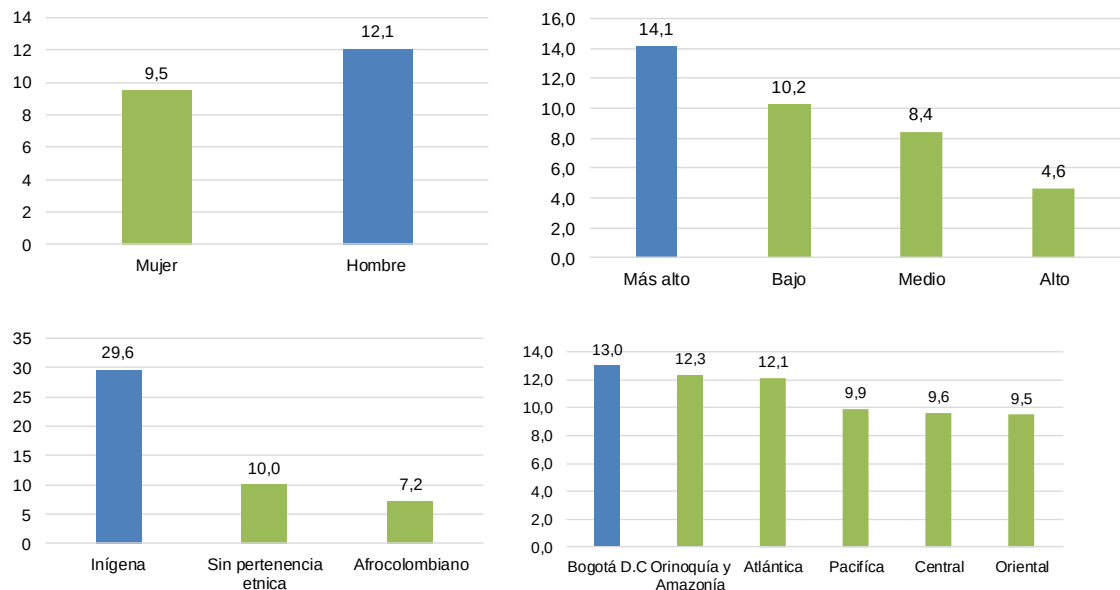
Desnutrición crónica en menores de cinco años o talla baja para la edad

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 desnutrición⁷². 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.

En Colombia, según la ENSIN, entre 1990 y 2015 ha descendió 15,3 puntos porcentuales. En 2015, pasando una prevalencia de 26,1 a 10,8. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas cuya prevalencia es de 29,6, en el pueblo afro es de 7,1, reflejando la diversidad cultural y de condiciones socioeconómicas de los grupos étnicos en Colombia⁷⁰.

Para 2015, la prevalencia de desnutrición crónica 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) la desnutrición crónica supera el indicador nacional⁷⁰. La desnutrición en los niños es 12,1 de cada 100 niños menores de 5 años tienen retraso en talla, es decir 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 35)

Gráfico 35. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015

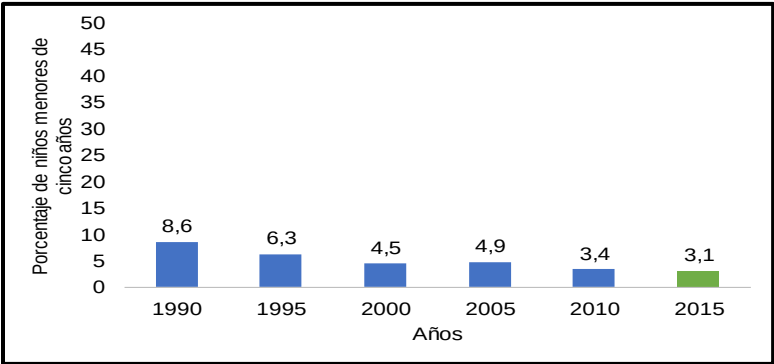


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990- 2015.

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 media⁷³; 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. (Gráfica 36)

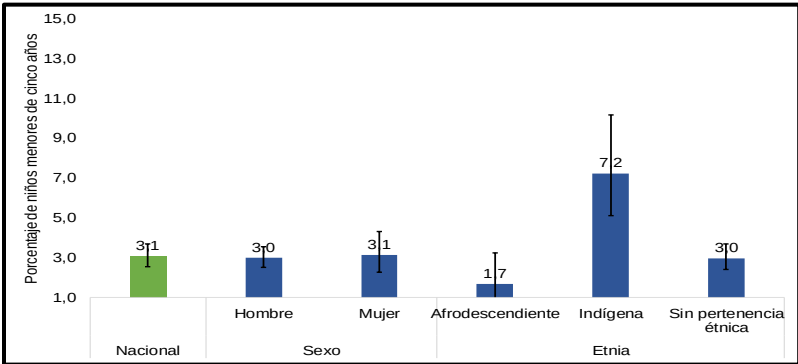
Gráfico 36. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 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 es 2,32 veces mayor que la nacional (Gráfico 37).

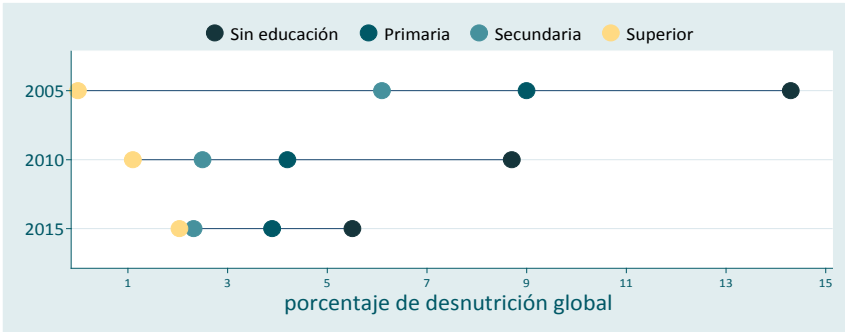
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 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 tendencia decreciente en ambos casos, la tendencia de la brecha de desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015. . La prevalencia de desnutrición global, en el área rural que en el área urbana (4,0 y 2,7, respectivamente) (Gráfica 38)

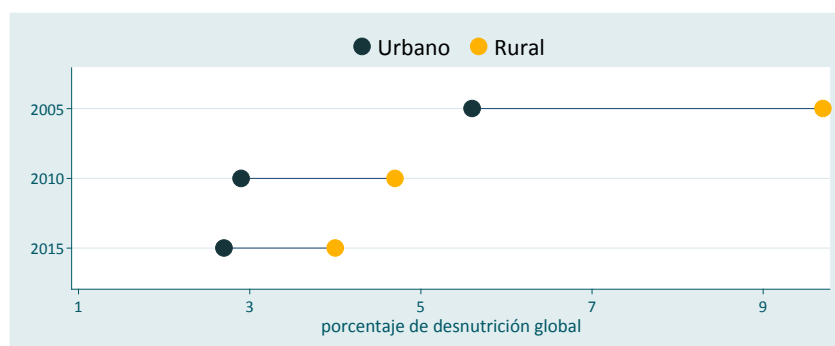
Gráfico 38. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia, 2000, 2005, 2010 - 2015





La salud
es de todos

Minsalud



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

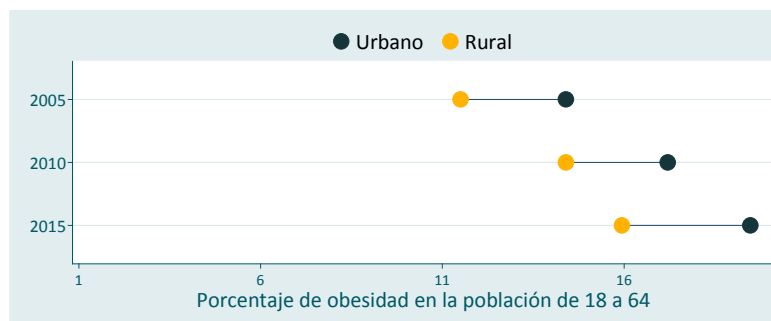
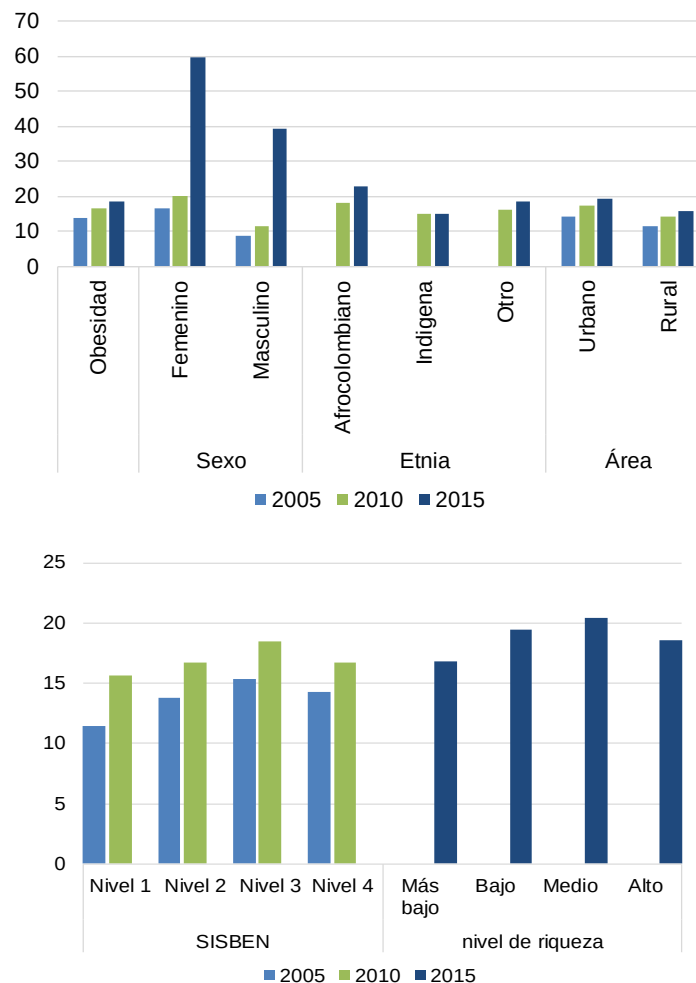
Obesidad

Según datos de la encuesta STEPS de la OPS, en 2016 el sobrepeso y obesidad en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 59,0%, los países que registraron valores por encima de la región fueron Argentina (66,2%), Uruguay (64,9%), Chile (64,7%), México (63,6%), República Bolivariana de Venezuela (62,9%). En tanto, Colombia (56,6%), Perú (54,8%), Ecuador (52,6%) y Bolivia (52,2%) registraron prevalencias ajustadas por la edad por debajo de América Latina⁷⁴.

En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 es 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%), (Gráfico 39)

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 39)

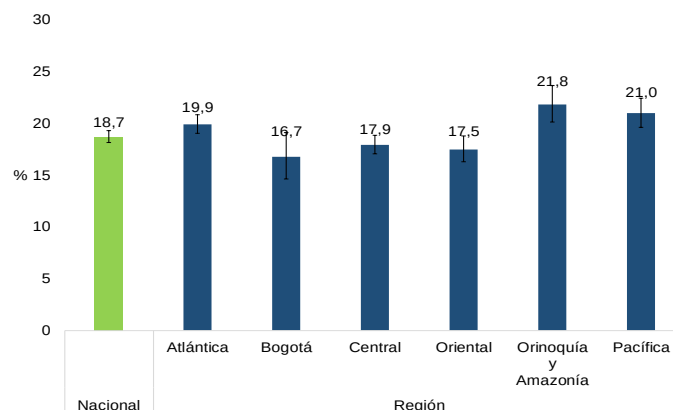
Gráfico 39. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010, 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 40)

Gráfico 40. 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 encuesta 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 etnias los indígenas (34,0%) y Afro descendientes (33,0%) son los que se ven más afectado 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.

Factores conductuales, psicológicos y culturales

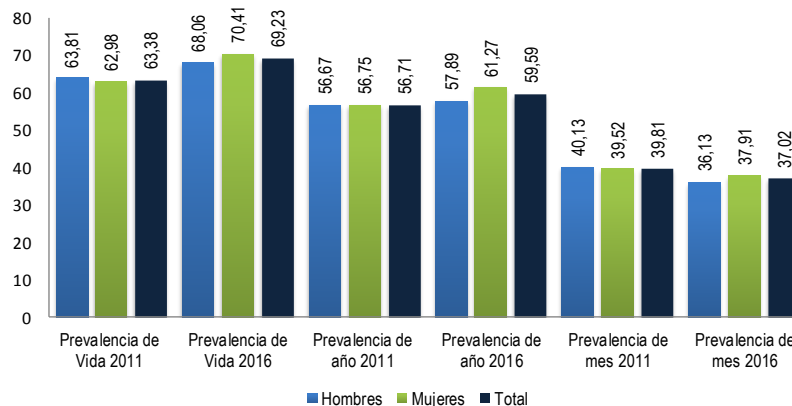
Consumo de alcohol

Según datos de la OPS, en 2016 el consumo de alcohol en adultos (litros/per cápita /año), en América Latina fue de 6,9. El cálculo de este indicador se realiza dividiendo la cantidad de alcohol vendido en el país por el número de habitantes mayores de 15 años. En 2016, Uruguay (10,8), Argentina (9,8), Chile (9,3), Brasil (7,8),

Paraguay (7,2) son países que registraron valores por encima de la región. En contraste, México (6,5), Perú (6,3), Colombia (5,8), República Bolivariana de Venezuela (5,6) y Ecuador (4,4) registraron valores por debajo en América Latina⁷⁶.

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 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 12,86⁷⁶. 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 41) 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 41. 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, Ministerio de Salud y Protección Social.

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. (Tabla 12)

En 2016 los departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95%, en relación con el consumo de alcohol en el último mes. Sin embargo, se observan que han disminuido 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 12)

Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016

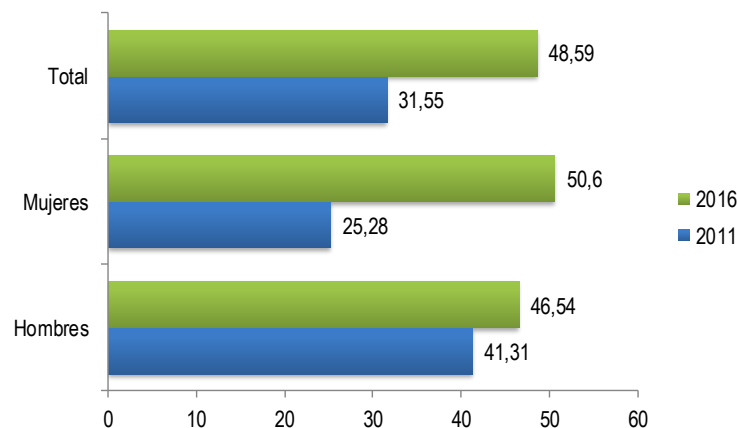
Departamento	2011	2016	Δ 2011 - 2016	Tendencia
Caqueta	35,95	41,90	5,95	↗
Arauca [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Casanare [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Guainía [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Vichada [^]	37,12	41,70	4,58	↗
Santander	34,27	38,60	4,33	↗
Magdalena	24,56	28,70	4,14	↗
Huila	30,38	34,40	4,02	↗
Bolívar	29,76	32,70	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.

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 42)

Gráfico 42. 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, Ministerio de Salud y Protección Social.

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 grupo étnico, las otras etnias (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.



La salud
es de todos

Minsalud

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 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 graves⁷⁷.

Consumo de tabaco

Según datos de la OPS, en 2016 la prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 15,3. En Chile (37,9), Bolivia (23,7*), Argentina (22,0), Uruguay (17,0), Uruguay (17,0), son países que registraron valores por encima de la región. En contraste, Brasil (14,0), República Bolivariana de Venezuela (13,7*), Paraguay (13,3), Colombia (9,1), Perú (7,2), y Ecuador (7,2) registraron valores por debajo en América Latina⁷⁸.

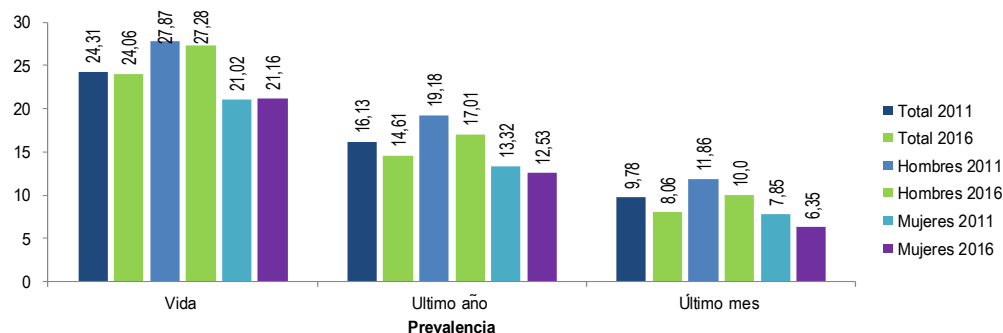
El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares, reportó que la edad de inicio para el consumo de tabaco en Colombia en promedio es de 12,9 años de edad. En hombres la edad de inicio es de 12,85 años y en las mujeres los 12,86 años de edad. El 25% de los escolares manifestaron 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 edad⁷⁶.

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; 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.

* Datos disponible 2015 para República Bolivariana de Venezuela y Bolivia.

Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes. (Gráfico 43) El consumo de cigarrillo en el último mes es 0,7 p.p. más alto que en zona urbana (8,1% IC95%: 7,61 – 8,75) en comparación con la rural (7,4% IC95: 5,47 – 9,38).

Gráfico 43. 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, Ministerio de Salud y Protección Social.

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 13)

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 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia,

2016

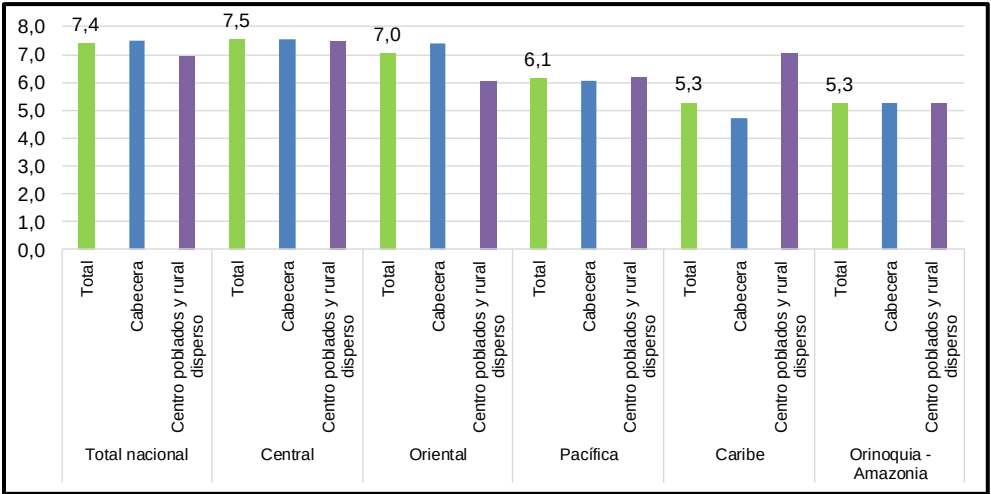
Departamento	2016
Bogotá	13,10
Nariño	13,10
Caldas	11,90
Arauca*	10,80
Casanare*	10,80
Vichada*	10,80
Cundinamarca	10,70
Santander	10,10
Amazonas	9,70
Boyacá	9,10
Tolima	8,90
Antioquia	8,20
Quindío	8,00
Cauca	7,10
Huila	7,00
Risaralda	6,50
Bolívar	6,10
Caquetá	5,90
Valle del Cauca	5,90
Córdoba	5,30
Meta	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, Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de 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 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 registró la frecuencia más baja (4,3%) (Gráfico 44)

Gráfico 44. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018

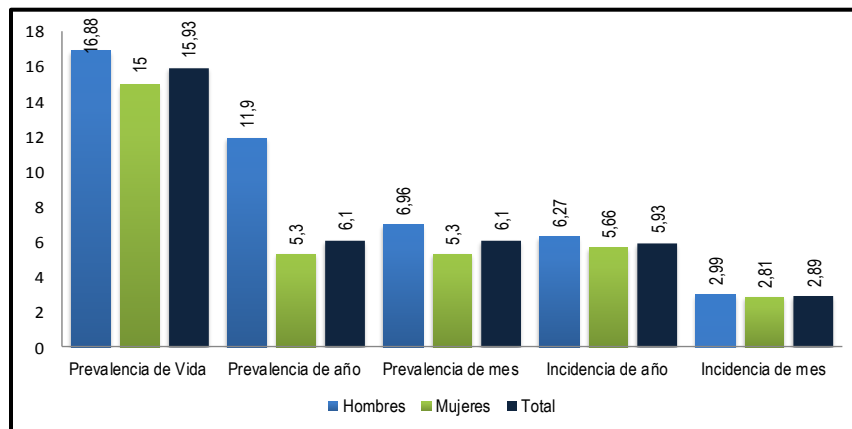


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, del DANE en Colombia 2018.

Consumo de sustancias psicoactivas

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares, muestra el uso de sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, popper, cocaína, solvente, dick, otros alucinógenos, LSD, basuco y otras sustancias, encontró un 15,9% de los escolares declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, con un 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, 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 1,16⁷⁶⁵. (Gráfico 45)

Gráfico 45. 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 Colombia, 2016.

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%)⁷⁵.

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 14)

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.

Tabla 14. 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/Cigarillo	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, Ministerio de Salud y Protección Social.

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.C⁷⁵. (Tabla 15)

Tabla 15. 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, Ministerio de Salud y Protección Social.

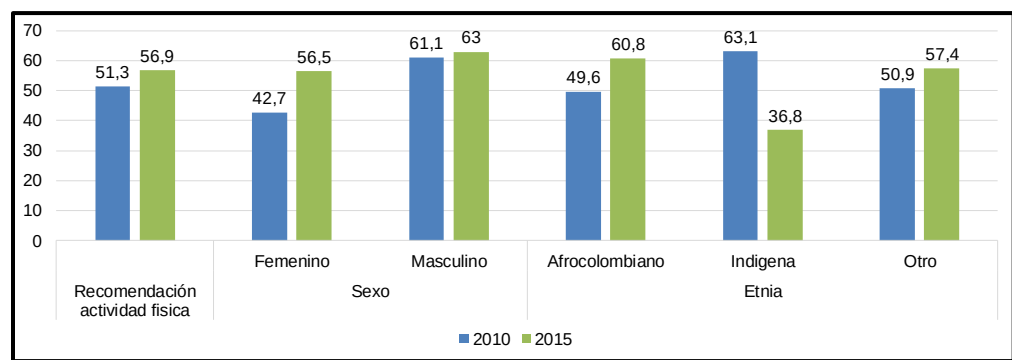
Actividad física

De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 5 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37,6% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 35,8 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres (26,0%).

El 13,4% de los adolescentes de 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos diarios por 7 días a la semana. Entre los hombres fue de 18,7% y en las mujeres 7,6%. Se observa una diferencia por área de 1,4 p.p, en el área rural registró 14,4% y área urbana 13,0%. Por etnias los Afrodescendientes (17,1%) y sin pertenencia étnica (13,1%), son los que más siguen las recomendaciones comparado con los indígenas (12,9%). La recomendación de actividad física es 5,3 p.p más frecuente el quintil de riqueza bajo (15,5%) comparado con el quintil alto de riqueza (10,2). Las regiones que muestran valores por encima del valor nacional en la recomendación corresponden a la Central (15,6%), Atlántica (14,6%), Bogotá D.C (14,4%), Pacífica (13,7%) y regiones como Oriental (12,7%), Orinoquía y Amazonía (11,6%), registraron 0,7 p.p y 1,8 p.p menos que el país (13,4%).⁷⁹

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 46)

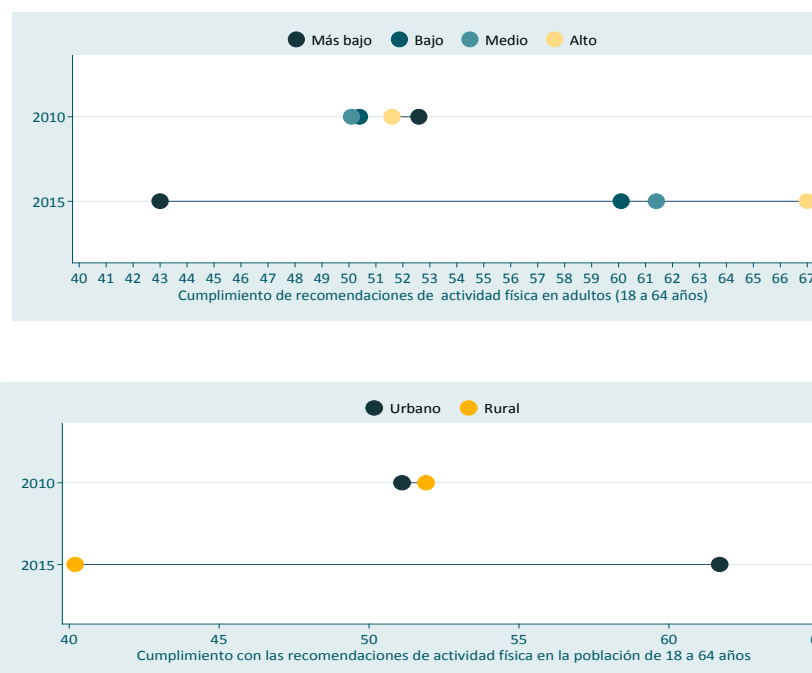
Gráfico 46. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 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 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 47)

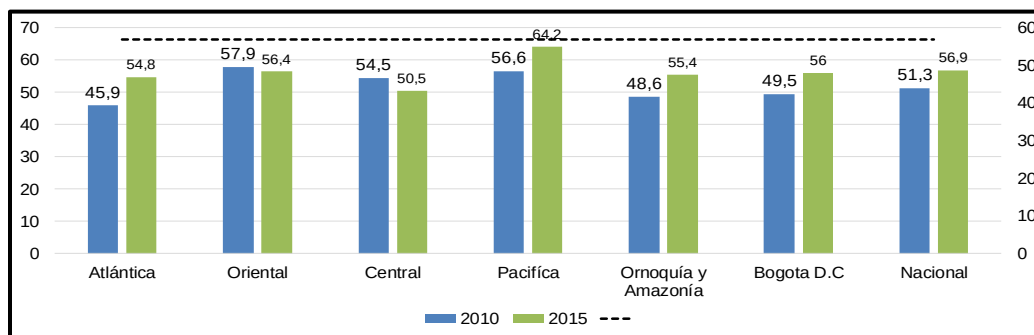
Gráfico 47. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en 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 48)

Gráfico 48. 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 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

Uso de métodos anticonceptivos

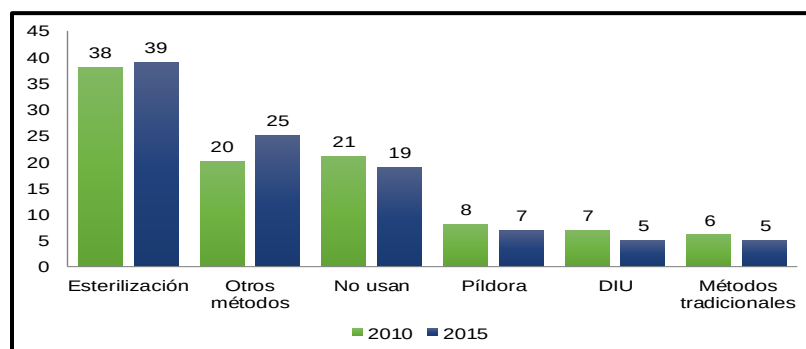
De acuerdo con los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina (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%)⁸⁰.

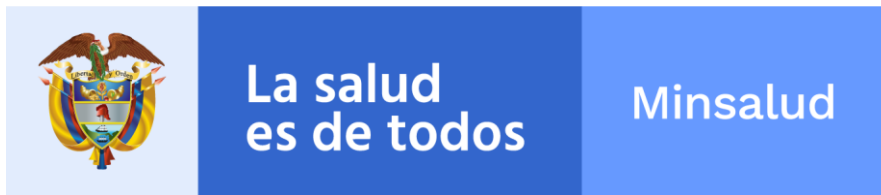
El 99,8% de todas las mujeres, el 99,9% de las mujeres actualmente unidas y el 100% de las no unidas pero sexualmente activas hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Entre los hombres el 99,6% de todos los hombres, el 99,9% de los hombres actualmente unidos y el 100% de 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 observa que la proporción de mujeres no 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 49)

Gráfico 49. 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 16)

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, en puntos porcentuales van entre 7 y 3 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.

Entre 2005 y 2015, Guaviare (13,9), Casanare (10,1) Cauca (8,5), 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 16)

Tabla 16. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 - 2015



La salud es de todos

Minsalud

Departamento	2005 (15 - 49 años)	2010 (15 - 49 años)	2015 (15 - 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

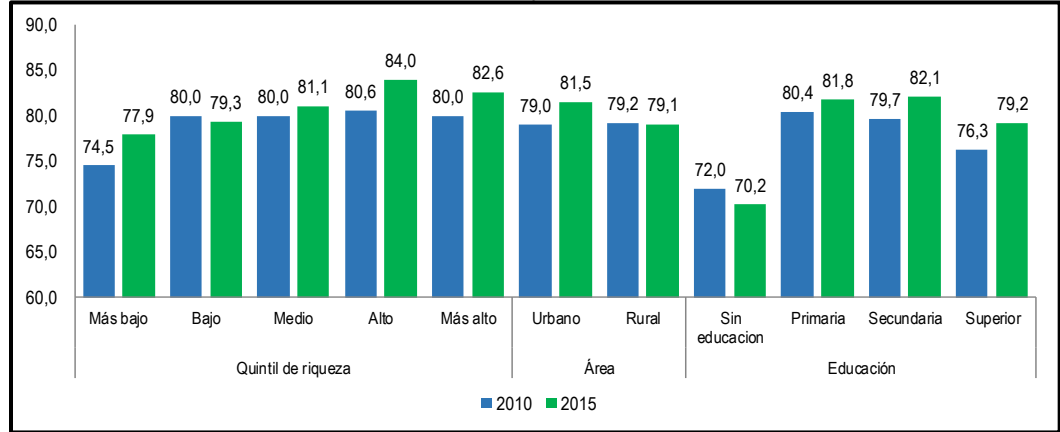
Métodos anticonceptivos modernos

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). La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que la desigualdad por área se ha incrementado a través del tiempo. (Gráfica 50 y 51)

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. (Gráfico 50 y 51)

Gráfico 50.Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



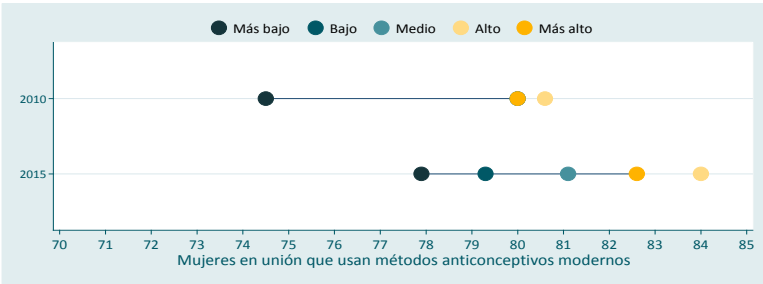
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

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 51)

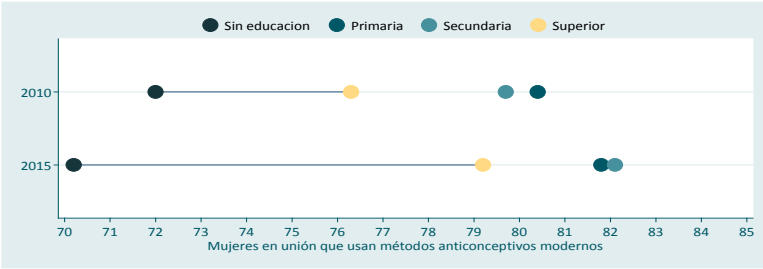
La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 50 y 51)

Gráfico 51. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

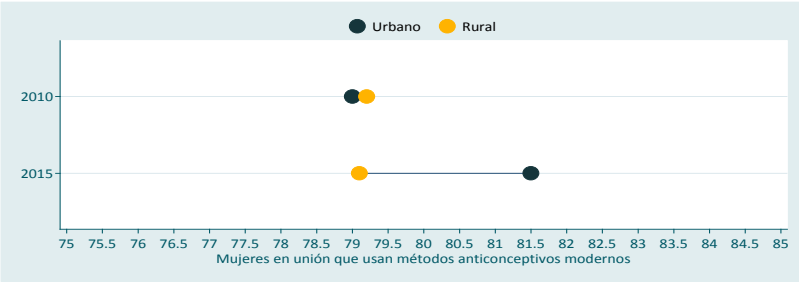
Quintil de riqueza



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 22) (Tabla 17)

Mapa 22. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015

2010

2015



La salud
es de todos

Minsalud



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



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 17. Uso de los 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

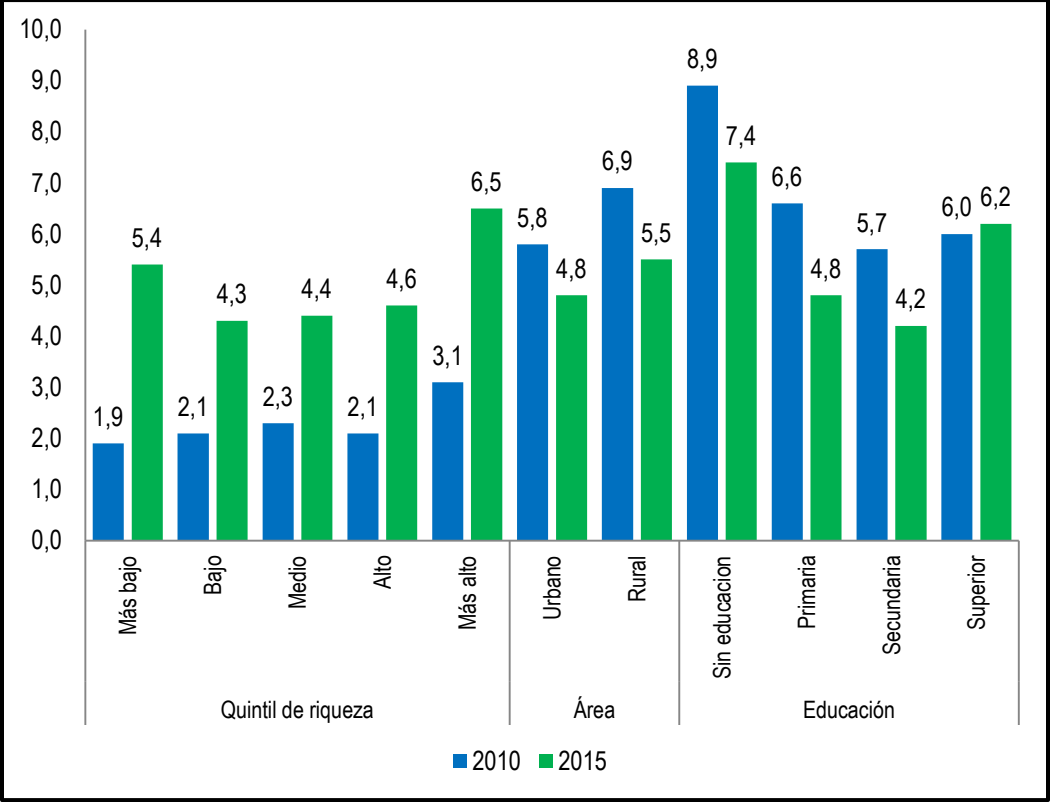
Métodos anticonceptivos tradicionales

Entre 2010 y 2015 por índice riqueza, en todos con 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 52) 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 53)

Según datos de las ENDS entre 2010 y 2015, el nivel educativo de las mujeres unidas que usan métodos tradicionales ha descendido un (1) p.p. 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. (Gráfico 52 y 53)

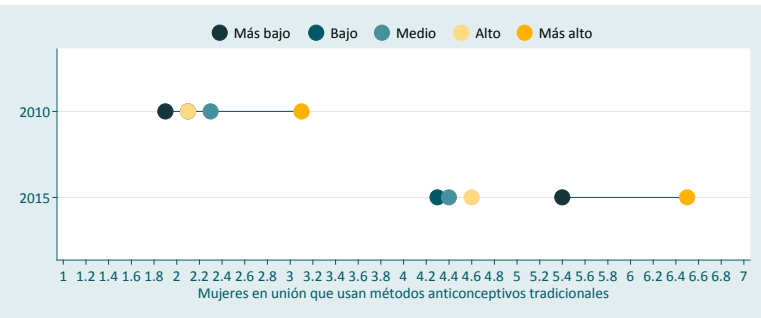
Gráfico 52.Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



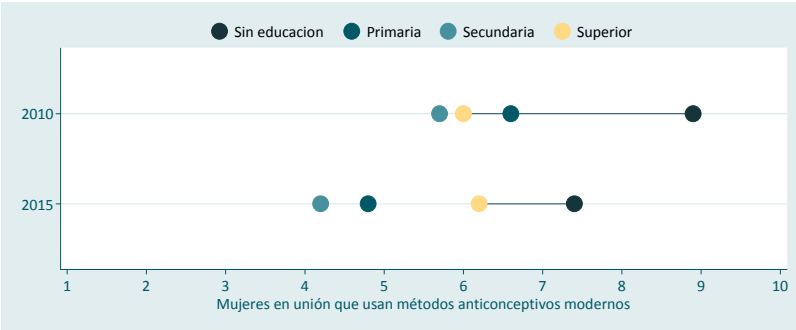
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

Gráfico 53. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

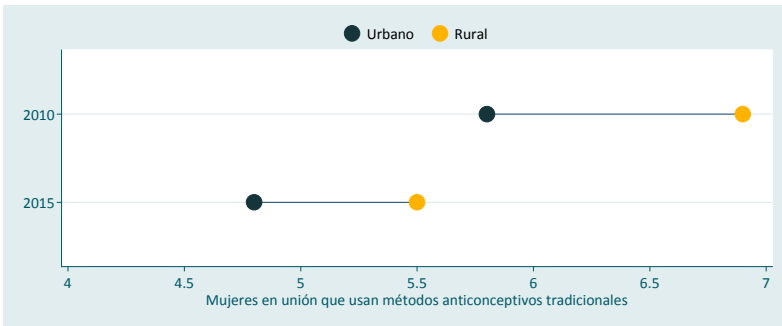
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



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

Uso de métodos anticonceptivos en hombres

Según datos de la ENSIN 2015, para los hombres en unión, 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, los métodos modernos más frecuentes son el condón masculino (46,0%), inyección (14,9%), píldora (11,4%). Por departamento se observa que en Córdoba, Putumayo, Bolívar, Atlántico, Chocó, Vichada,

Magdalena, Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés no superan el promedio nacional (79,4%). La mayor prevalencia por métodos anticonceptivos se registró 22 de los 33 departamentos. (Tabla 18)

Tabla 18. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015

2015		2015	
Departamento	(13 - 49 años)	Departamento	(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

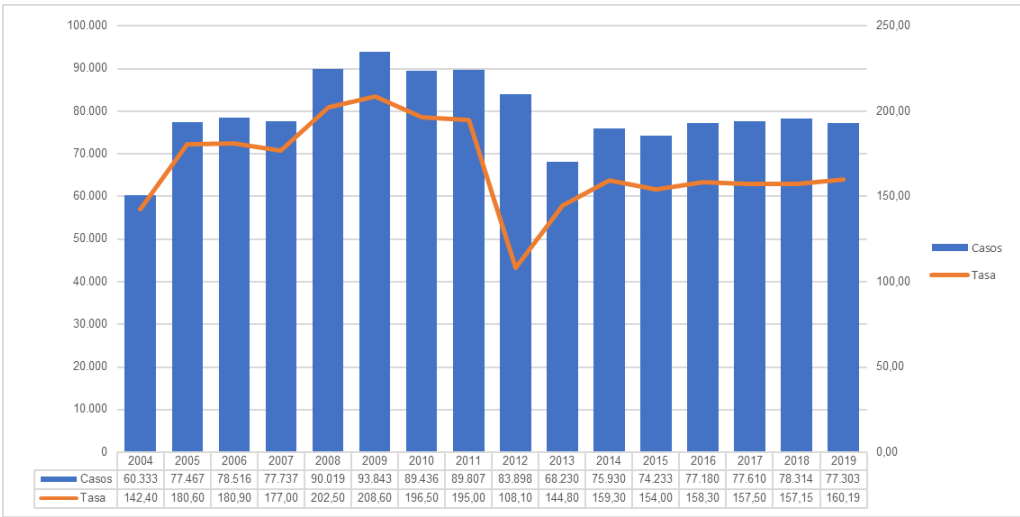
Violencia intrafamiliar

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”⁸¹. Entre 2004 y 2019, se registraron 1.269.856 casos de incidentes de violencia intrafamiliar, con una media anual de 79.366 y una 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 54).

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

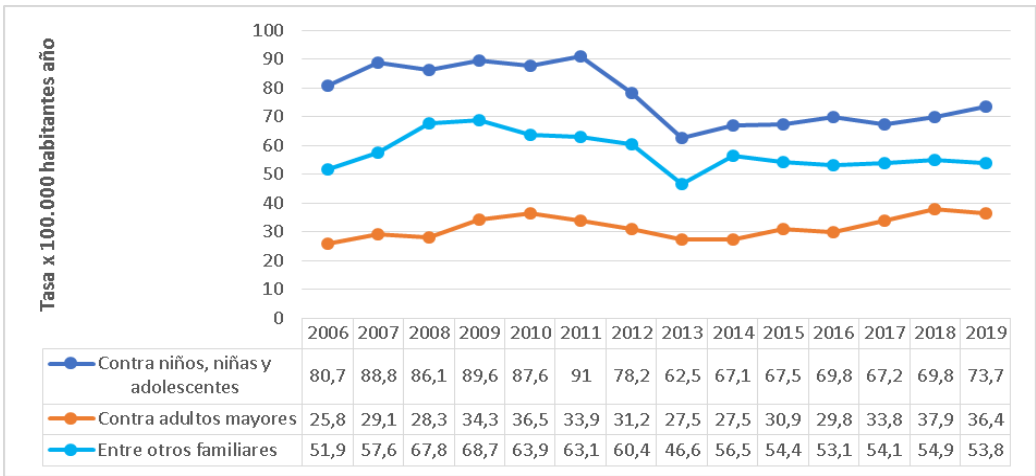
registraron 2.369 (3,1%) casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 36,4. En los 15.440 casos (20,0%), casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 53,8. (Gráfico 55)

Gráfico 54. 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

Gráfico 55. 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



La salud
es de todos

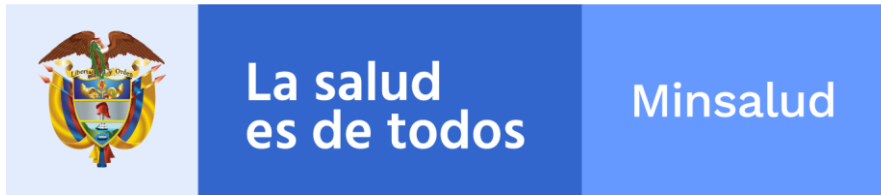
Minsalud

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 19)

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

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



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

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

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

Violencia de contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), entre 2008 y 2019 reporta una tendencia con una tendencia decreciente al pasar de 13.580 en 2013 a 10.468 casos en 2019.

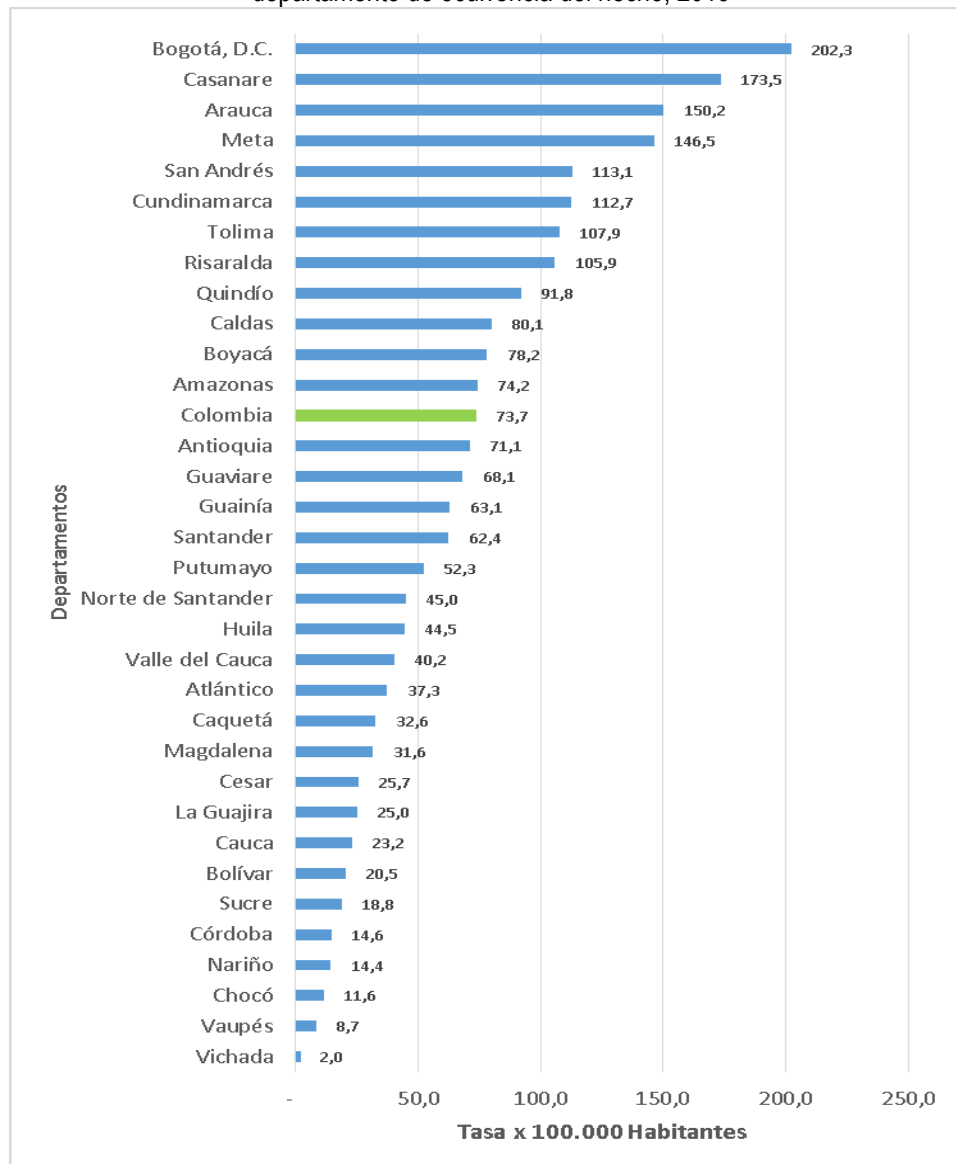
Para 2019, la tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Bogotá fue la tasa más alta del país que es 73,7 por cada 100.000 habitantes y un total de 3.599 casos registrados. En segundo lugar se ubica Casanare con un total de 245 registros y una tasa de 173,5 casos por cada 100.000 habitantes. Arauca, Meta, San Andrés, Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Caldas, Boyacá y Amazonas registran valores por encima de la tasa del promedio nacional. (Gráfico 56)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 56. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



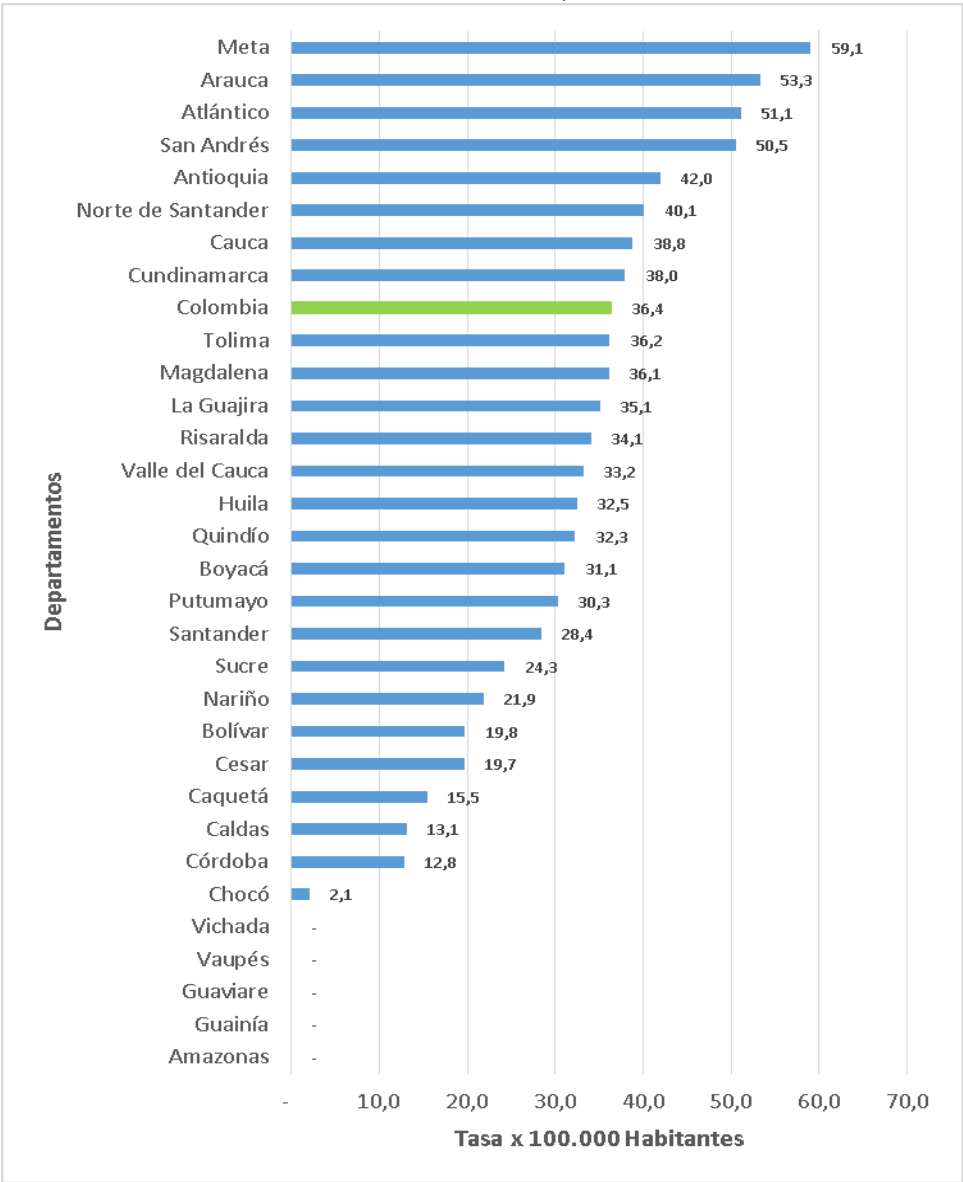
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

Violencia de contra adultos mayores

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.

Meta tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 59,1 casos por cada 100.000 habitantes siendo mayor que la nacional (36,4). Arauca, Atlántico, San Andrés, Antioquia, Norte de Santander, Cauca y Cundinamarca también ubicaron sus tasas por encima de la nacional. (Gráfico 57)

Gráfico 57. Tasas de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019



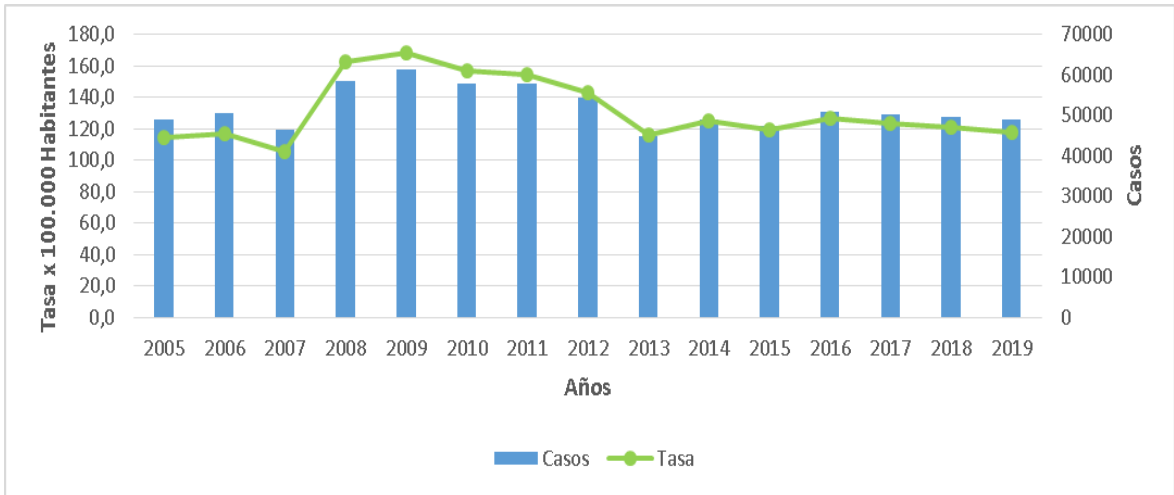
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

Violencia de pareja

Entre 2005 y 2019 se reportaron 775.463 eventos por violencia de pareja entre mujeres y hombres. Es decir, 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 cada cien mil habitantes, con descenso de 643 casos menos de los registrados en 2018. (Gráfico 58).

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 que el comportamiento de los datos para los últimos seis años ha tendido a mantenerse estable.

Gráfico 58. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2019

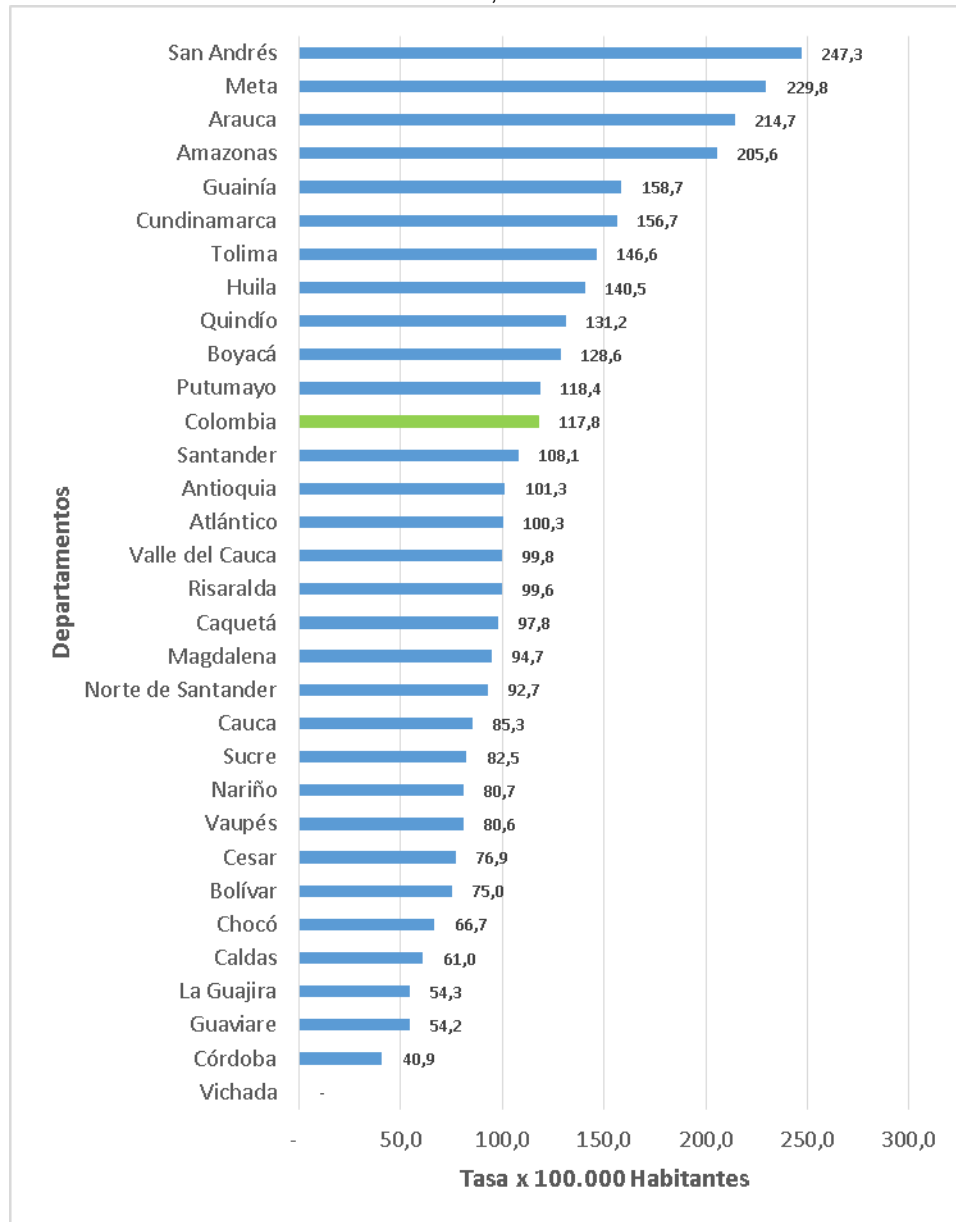


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2005 a 2019.

En el 2019, San Andrés cuenta con la tasa más alta del país, encontrándose por arriba de la nacional (117,8) alcanzando un valor de 247,3 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 131 casos. Meta, Arauca, Amazonas, Guainía., Cundinamarca, Tolima, Huila, Quindío, Boyacá y Putumayo también tuvieron tasas mayores que la nacional. (Gráfico 59)

En 2019, 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 Vaupés (24).

Gráfico 59. Tasas de violencia de pareja 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

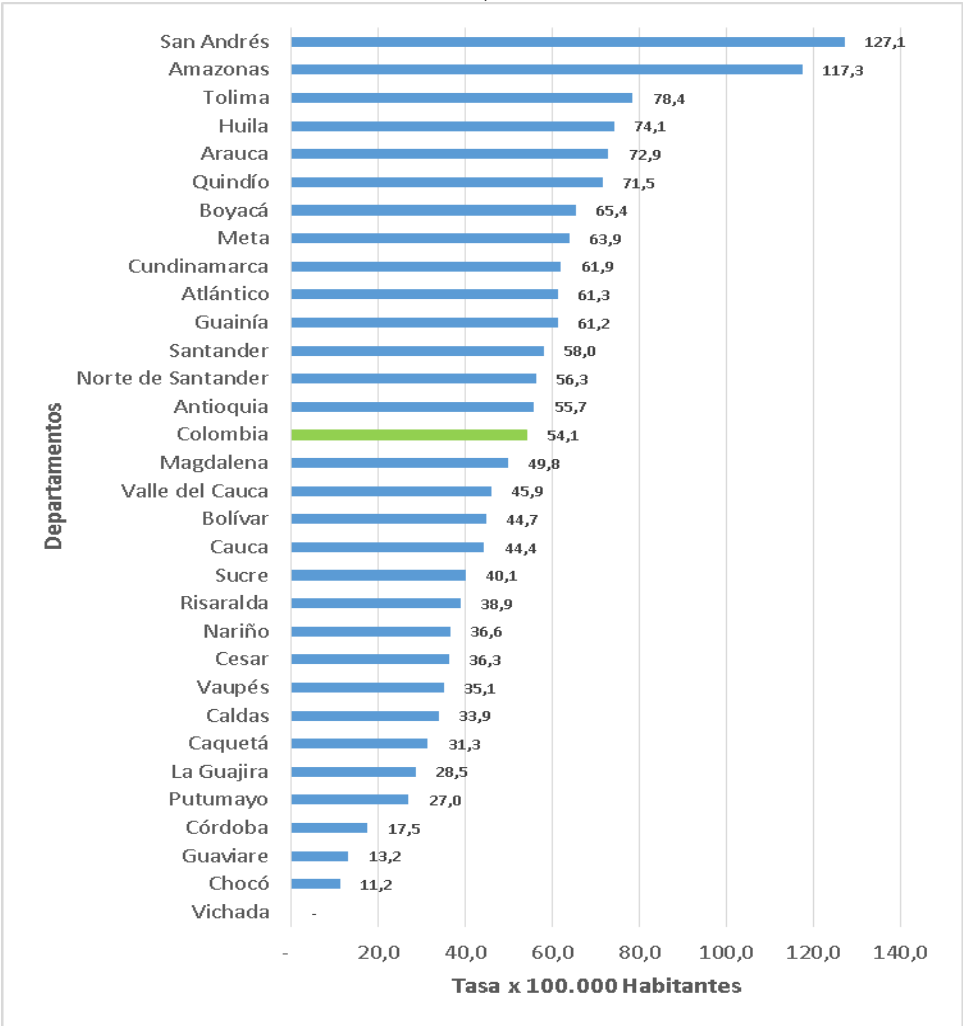
Entre otros familiares

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 60)

Gráfico 60. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



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



La salud
es de todos

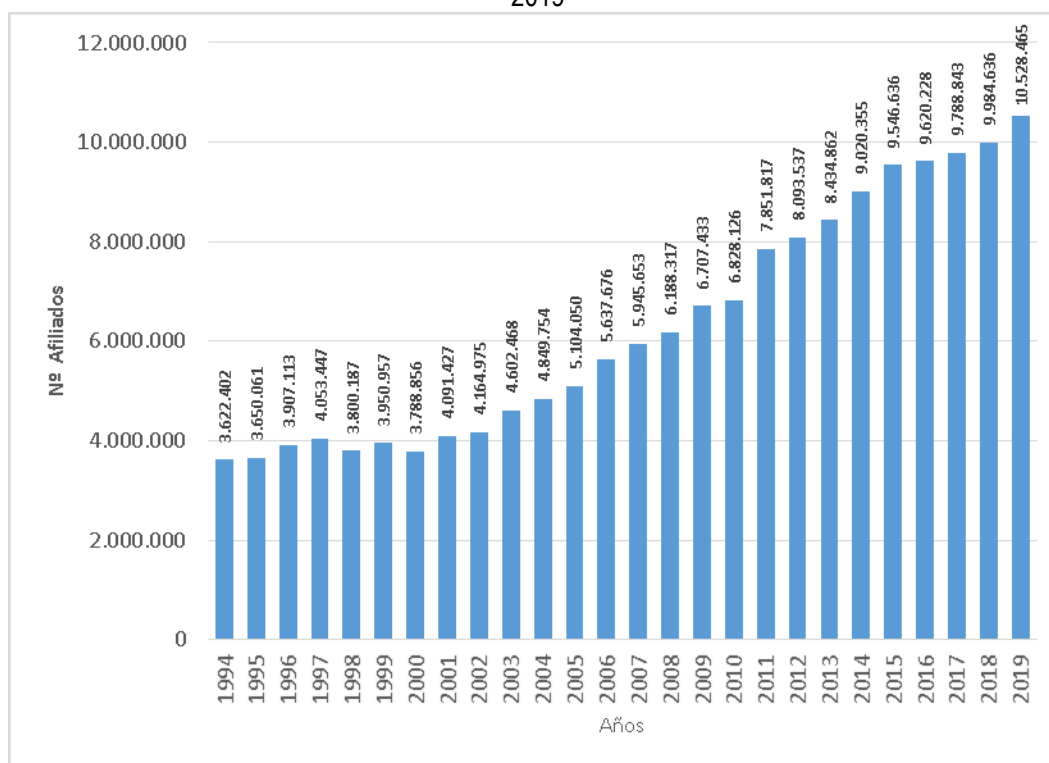
Minsalud

Condiciones laborales

Trabajadores afiliados dependientes e independientes

La afiliación al SGSSS y al 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 (es un afiliado que tiene un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal) y el 6,2% (648.474) corresponde a trabajadores independientes (es un afiliado que no está vinculado a un empleador mediante contrato de trabajo, por lo tanto los aporte al SGRL se encuentran a su cargo, salvo que el contratante realice actividades clasificadas con riesgo IV o V.)⁸² (Gráfico 61)

Gráfico 61. Número de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 1994 y 2019



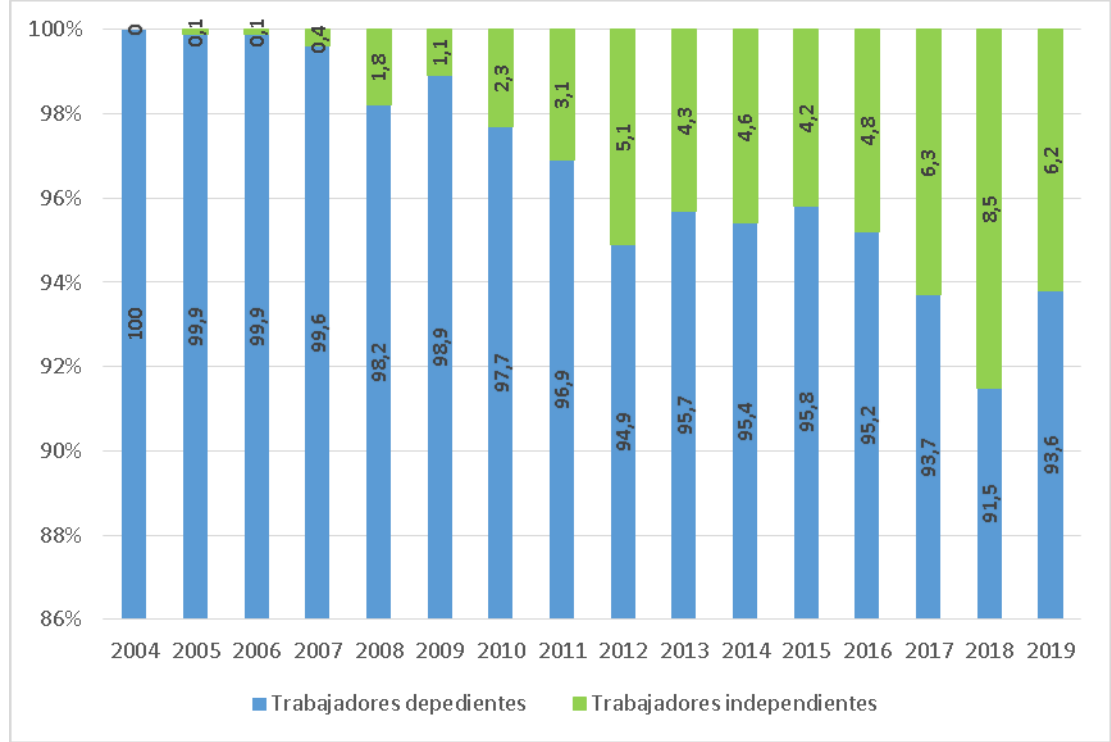
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

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 la 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 laboral periodos inferiores a un mes (Decreto 2016 de 2013); taxistas (Decreto 1047 de 2014); y estudiantes (055 de 2015).

Con respecto a los empleados dependientes, describen una tendencia oscilante, en 2004 a 2009 con el mayor registro de personas vinculadas al SGRL. En tanto, los trabajadores independientes, refleja un incremento en la afiliación en 2014 (4,6%), 2016 (4,8%), 2017 (6,34%), 2018 (8,5%) y 2019 (6,2%). (Gráfico 62)

Gráfico 62. 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 Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

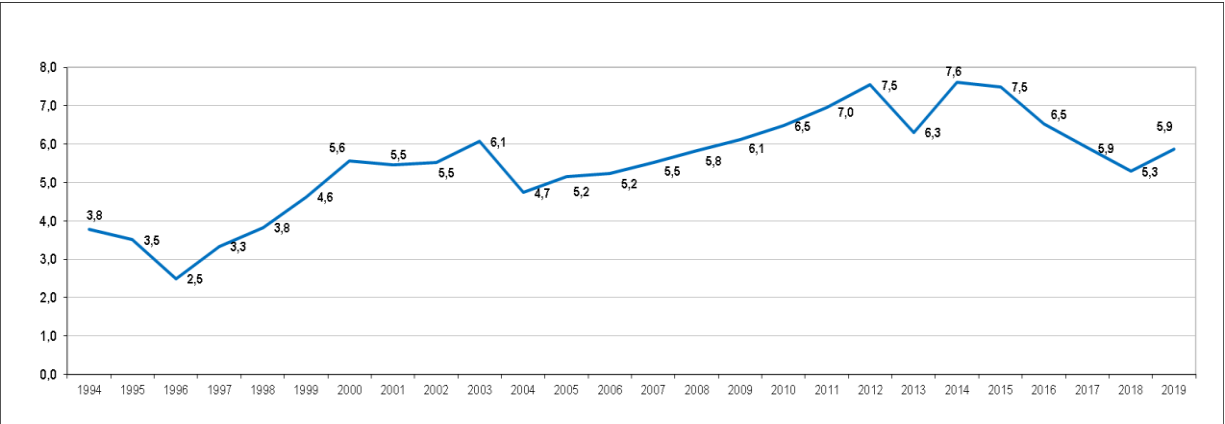
En relación con el tipo afiliado cotizante al SGRL por los sectores económicos, se observa que los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario en un 24,5%, el

comercio (13,3%), la industria manufacturera (11,8%) y Construcción (9,4%). En cuanto a los trabajadores independientes, el 21,9% trabajan en los sectores de administración pública y defensa, los servicios sociales y de salud (21,7%), inmobiliario (13,2%) y Transporte, almacenamiento y comunicaciones (12,7%).

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”⁸³, incluyendo, además, las actividades deportivas y recreativas realizadas en nombre de la empresa, el ejercicio de la función sindical. Entre 1994 y 2019 la tasa de accidentes de trabajo se incrementado 2,10 accidentes de trabajo por cada cien trabajadores. En lo corrido del periodo se reportaron mayores tasas de accidentabilidad en 2012 (7,54), 2014 (7,61) y 2015 (7,49). (Gráfico 63)

Gráfico 63. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2019

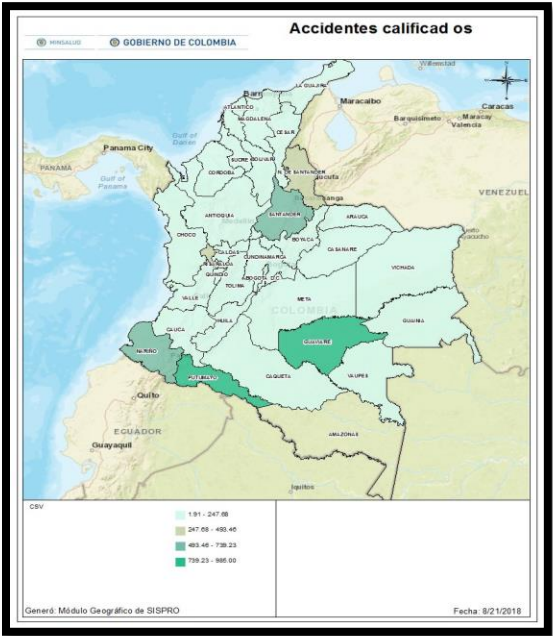


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

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) Meta, Caldas, Tolima, Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Cesar y Cauca. Los territorios Quindío, Huila, Córdoba, Nariño, Casanare, Sucre, Caquetá y San Andrés con el 4,75% (18.539). Los departamentos con menos 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 20) (Mapa 23)

Mapa 23. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. 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

Tabla 20. 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 Ministerio de salud y Protección Social. 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

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 laboral⁸⁴.

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.).”⁸³

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 prestaciones⁸⁴.

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%).



La salud
es de todos

Minsalud

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 21)

Tabla 21. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento, Colombia, 2013 a 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 Ministerio de salud y Protección Social. 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

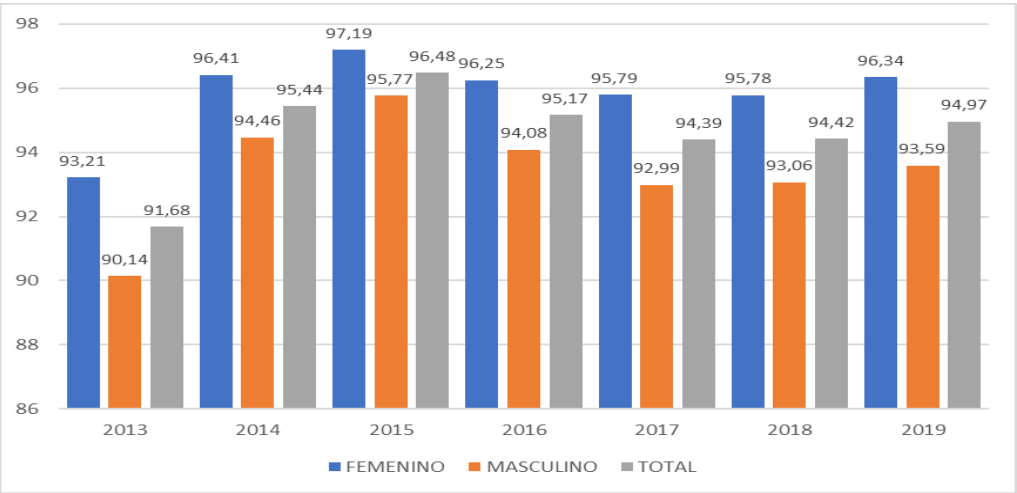
Minsalud

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

Cobertura de afiliación del SGSSS

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Entre 2013 y 2019, la cobertura de afiliación se incrementó en 3,29 puntos porcentuales (p.p.): 3,13 p.p. para las mujeres y 3,45 p.p. para los hombres. Se observa una desigualdad por sexo, la brecha se está cerrando a través del tiempo. (Gráfico 64)

Gráfico 64. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo y régimen de afiliación, 2013 – 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, consultado en noviembre 25 de 2020

Para 2019 el 94,4% de la población del país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las mujeres (95,8%) registran una cobertura tres p.p. por encima en comparación con los hombres (93,1%).

Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada cuenta con coberturas superiores al 85%; en Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Vaupés, La Guajira, Nariño y Archipiélago de San Andrés las coberturas están entre 66% y 84,5%. Cabe señalar que Guaviare (66,7%) registro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS.

El Archipiélago de San Andrés, Vaupés y Guaviare registran las coberturas más bajas estadísticamente significativas comparadas con el país con nivel de confiabilidad del 95%. Aunque a nivel nacional el

porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (45,5%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (44,9%), en Amazonas, Arauca, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Vichada más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado.

Antioquia, Bogotá D.C., Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Santander y Valle del Cauca tienen un porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras en Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Vaupés y Vichada tienen menos del 15% de afiliados que pertenecen a este régimen, con una diferencia estadísticamente significativa al 95%. (Tabla 22)

Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 2019

	Subsidiado	Contributivo	Excepcional	total
Vichada	87,28	10,96	1,78	100,02
Chocó	86,18	11,24	2,87	100,29
Guainía	83,29	14,03	2,74	100,06
Putumayo	82,78	14,31	2,95	100,04
La Guajira	82,64	15,96	1,70	100,30
Vaupés	81,56	14,30	4,16	100,02
Sucre	81,39	16,54	2,31	100,24
Arauca	80,09	17,96	2,18	100,23
Córdoba	79,21	18,65	2,41	100,27
Nariño	79,16	18,86	2,17	100,19
Caquetá	78,90	18,86	2,52	100,28
Cauca	75,91	22,20	2,06	100,17
Guaviare	75,73	22,02	2,35	100,10
Cesar	71,15	27,26	2,04	100,45
Magdalena	69,99	28,26	2,18	100,43
Amazonas	69,91	27,87	3,37	101,15
Norte de Santander	69,16	29,34	1,84	100,34
Huila	68,81	29,35	2,17	100,33
Bolívar	67,92	30,65	1,93	100,50
Tolima	58,60	39,77	2,04	100,41
Boyacá	57,24	40,46	2,60	100,30
Casanare	56,97	41,08	2,46	100,51
Atlántico	54,02	45,22	1,45	100,69
Meta	53,70	44,98	1,86	100,54
Quindío	46,09	52,58	1,86	100,53
Santander	44,56	52,75	3,27	100,58
Caldas	44,24	53,77	2,29	100,30
Risaralda	40,98	57,86	1,63	100,47
Valle del Cauca	40,89	58,28	1,38	100,55
Cundinamarca	36,32	62,92	1,28	100,52
Antioquia	36,17	62,62	1,64	100,43
Archipiélago de San Andres	22,71	78,07	1,70	102,48
Bogotá D.C.	15,99	83,57	1,80	101,36
Total	47,94	48,15	4,47	100,56

Fuente: elaboración propia a partir de los datos BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, consultado en noviembre 25 de 2020

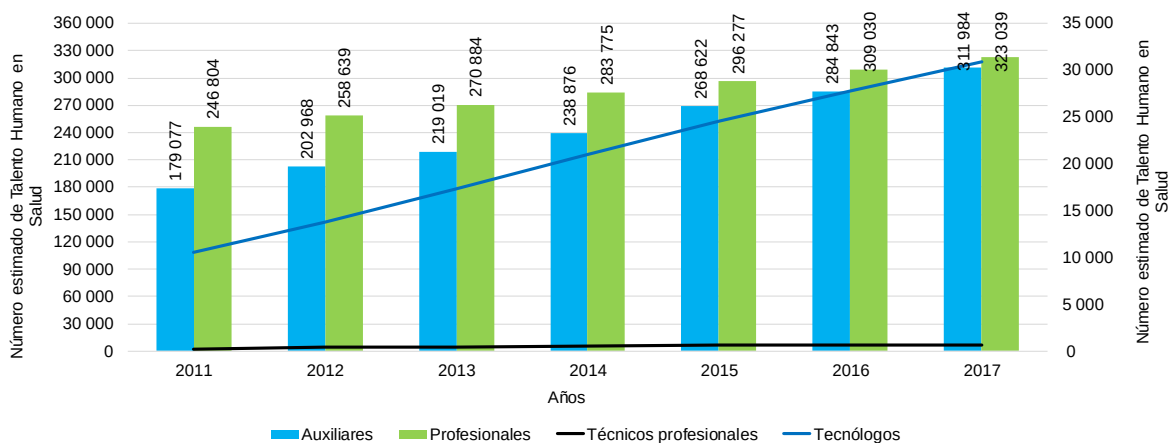
Talento humano

Número estimado de talento humano en salud

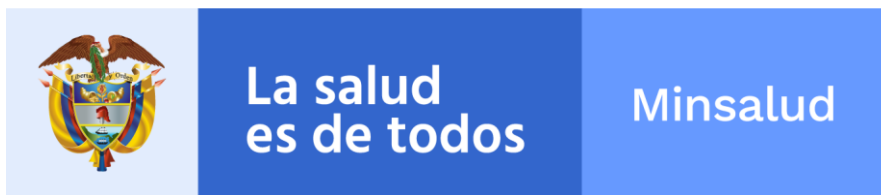
Número estimado de personas con formación en áreas de la salud, se conoce también como el número de efectivos, inventario o stock de talento humano en salud, se presenta en términos absolutos y no corresponde a puestos de trabajo o a personas empleadas⁸⁵. Para la proyección del número estimado del talento 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 más⁸⁶.

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 2017 fue 323.039, lo cual indica que se disponían de 471 profesionales de salud más en 2011 (246.804). Al igual el dato absoluto de talento humano entre 2011 y 2017, describe una tendencia al incremento. Así mismo, describe una tendencia creciente para las auxiliares, técnicos profesionales y tecnólogos. Las auxiliares pasan de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, es decir 132.907, más con respecto al 2017. Los técnicos profesionales en 2011 habían 196 y en 2017 hay 668, existen de más 76.235 tecnólogos profesionales. Los tecnólogos registrados fueron 10.539 y 30.921, entre 2011 y 2017, respectivamente, teniendo un incremento de 20.382. (Gráfico 66)

Gráfico 65. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011– 2017

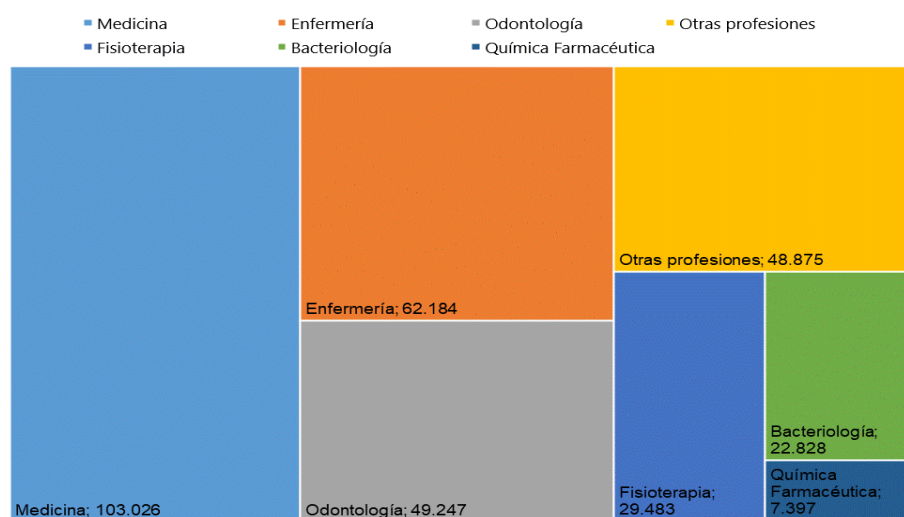


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 25 de noviembre de 2020



Según datos del OTHS de MINSALUD, en 2017, de los profesionales de salud, que más dispone el país según el área del conocimiento corresponde a médicos (31,9%), seguidos de enfermería (19,2%), odontología (15,2%) y otras profesiones (15,1%). Cabe señalar que fisioterapia (9,1%), bacteriología (7,1%), y química farmacéutica (2,3%) registran valores por debajo del 10% durante el año de análisis. (Gráfica 66)

Gráfico 66. Número estimado de talento humano en salud, según área del conocimiento, Colombia 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 25 de noviembre de 2020

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 estimados de profesionales de medicina y enfermería, respecto a la población de un territorio. Entre 2011 y 2017, describe una tendencia al aumento al pasar de 94,08 a 135,2 respectivamente. La densidad calculada es 42,6% veces que la registrada en el 2011, lo cual indica que disponían de 26 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes. Cumpliendo la meta regional en recurso humano en salud, de 25 profesionales por cada 10.000 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para 2017, Colombia cuenta con 21 médicos por cada 10.000 habitantes, se observa una mayor densidad en Bogotá, D.C. (39,5), Atlántico (26,9), Risaralda (23,4), Santander (23,2), Valle del Cauca (21,5), Huila (21,2) y Antioquia (19,9). En Chocó (5,6) y Vaupés (3,8) son territorios donde se observa menor densidad. (Tabla 23) (Mapa 24)



La salud
es de todos

Minsalud

En este mismo año, el país dispone de 13 enfermeras por cada 10.000 habitantes, con mayor presencia en los territorios de Bogotá, D.C. (22,1), Risaralda (18,8), Santander (16,8), Atlántico (15,7), Caldas (14,3), Cesar (14,3) y Quindío (13,6). En Norte de Santander (10,4), Boyacá (10,2), Nariño (10,1), Magdalena (10,1), Sucre (9,9), Huila (9,5), Arauca (9,4), Bolívar (9,3), Tolima (9,1), Cauca (9,1), Vaupés (9,0), Antioquia (8,7), Cundinamarca (8,4), Putumayo (7,5), Córdoba (6,8), La Guajira (6,5), Chocó (6,3), Caquetá (5,5), registraron valores por debajo de la densidad promedio nacional para enfermería. (Tabla 23) (Mapa 24)

Se disponen de 10 profesionales en odontología por cada 10.000 habitantes en el país en 2016. En Bogotá, D.C. (22,2), Amazonas (16,6), Quindío (11,3), Caldas (10,9), y Casanare (10,5) son los territorios donde se concentran dichos profesionales. Por otra parte, Colombia cuenta con seis fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes y los territorios donde se observa mayor presencia son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Cauca. Se observa déficit de esta profesión en Caquetá, Guaviare, Chocó y Vaupés.

En 2016, a nivel nacional registró cinco profesionales en bacteriología por cada 10.000 habitantes. El 39,39% (13) de los territorios de Bogotá, D.C. (8,9), Amazonas (7,8), Arauca (7,1), Santander (6,6), Norte de Santander (6,5), Cesar (6,0), Casanare (5,5) y Atlántico (5,1) concentraron más bacteriólogos. Vaupés (1,7) y Chocó (1,8) registran densidad inferior a dos bacteriólogos por cada 10.000 habitantes. (Tabla 23) (Mapa 24)

A nivel nacional, por cada 10.000 habitantes, se disponen de 2,4 profesionales de fonoaudiología, 2,2 profesionales de instrumentación quirúrgica, 1,6 profesionales en nutrición y dietética. Las profesiones de terapia ocupacional y química farmacéutica cuentan con 1,4 y terapia respiratoria con el 1,2 por cada 10.000 habitantes. (Mapa 24)

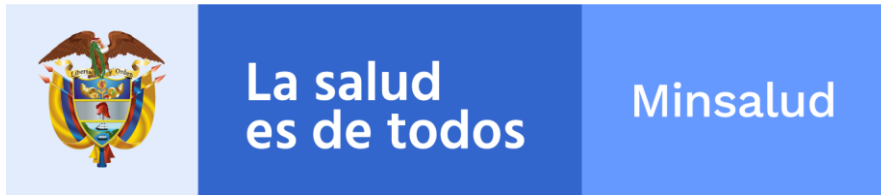
Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017

Departamento	Medicina		Enfermería		Odontología		Bacteriología	
	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número
Bogotá, D.C.	39,5	31.914	22,1	17.863	22,2	17.970	8,9	7.184
Atlántico	26,9	6.770	15,7	3.957	7,6	1.920	5,1	1.286
Risaralda	23,4	2.252	18,8	1.808	8,5	823	3,2	313
Santander	23,2	4.837	16,8	3.496	10,3	2.139	6,6	1.373
Valle del Cauca	21,5	10.128	12,0	5.662	9,6	4.526	3,0	1.423
Huila	21,2	2.511	9,5	1.123	6,0	711	2,8	334
Antioquia	19,9	13.168	8,7	5.742	8,8	5.839	3,4	2.225
Caldas	19,6	1.945	14,3	1.417	10,9	1.077	4,6	456
Cesar	18,5	1.947	14,3	1.503	5,3	557	6,0	627
Quindío	18,3	1.044	13,6	780	11,3	645	3,9	221
Bolívar	17,1	3.673	9,3	1.989	6,3	1.359	4,8	1.033
Casanare	15,9	587	10,6	393	10,5	388	5,5	202
Boyacá	15,1	1.930	10,2	1.300	8,2	1.048	4,3	547
Amazonas	15,0	117	13,1	102	16,6	130	7,8	61
Meta	14,0	1.395	12,0	1.202	9,2	919	3,8	378
Sucre	13,9	1.206	9,9	859	4,9	425	4,2	367
Tolima	13,6	1.919	9,1	1.287	7,3	1.039	3,2	451
Magdalena	13,4	1.723	10,1	1.297	5,9	754	2,9	379
Norte de Santander	12,8	1.767	10,4	1.431	7,2	993	6,5	902
Nariño	12,6	2.247	10,1	1.807	6,7	1.192	2,3	414
Arauca	12,4	332	9,4	252	7,0	187	7,1	190
Cauca	11,9	1.669	9,1	1.276	4,7	663	2,0	284
Córdoba	11,8	2.076	6,8	1.201	4,4	784	3,4	592
Cundinamarca	10,9	3.009	8,4	2.323	6,0	1.658	2,9	790
Putumayo	9,7	343	7,5	266	5,3	187	3,0	107
Caquetá	9,5	466	5,5	269	4,5	222	2,4	118
La Guajira	9,2	934	6,5	654	3,3	330	2,8	287
Chocó	5,6	288	6,3	322	2,8	141	1,8	92
Vaupés	3,8	17	9,0	40	6,0	27	1,7	7
Archipiélago de San Andrés	0,0	571	0,0	305	0,0	388	0,0	81
Guainía	0,0	53	0,0	66	0,0	58	0,0	26
Guaviare	0,0	114	0,0	110	5,2	59	0,0	29
Vichada	0,0	73	0,0	83	0,0	92	0,0	49
Colombia	20,9	103.026	12,6	62.184	10,0	49.247	4,6	22.828

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 25 de noviembre de 2020



Instrumentación quirúrgica

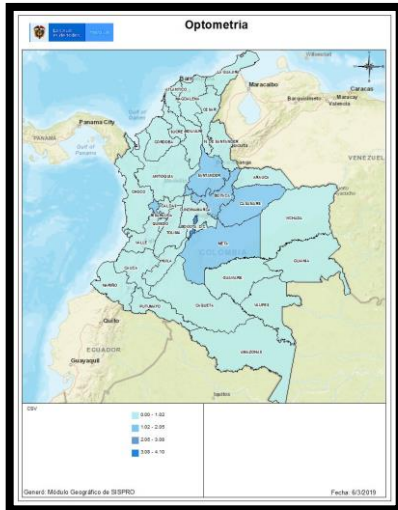


Optometría

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS.

Consultado el 30 de noviembre de 2019.

y elaboración 30 de noviembre de 2019 visor geográfico SISPRO





La salud
es de todos

Minsalud

Infraestructura

Disponibilidad de IPS

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a septiembre de 2020, mostró 19.399 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 18,75% (3.638) tenían carácter público, el 80,91% (15.696) privado y mixtas el 0,34% (65). Los territorios de Bogotá D.C (15%), Antioquia (10,93%), Valle del Cauca (9,94%), Atlántico (6,22%), Santander (5,51%), Bolívar (4,99%) y Córdoba (4,27%), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano. (Tabla 24) (Mapa 25)

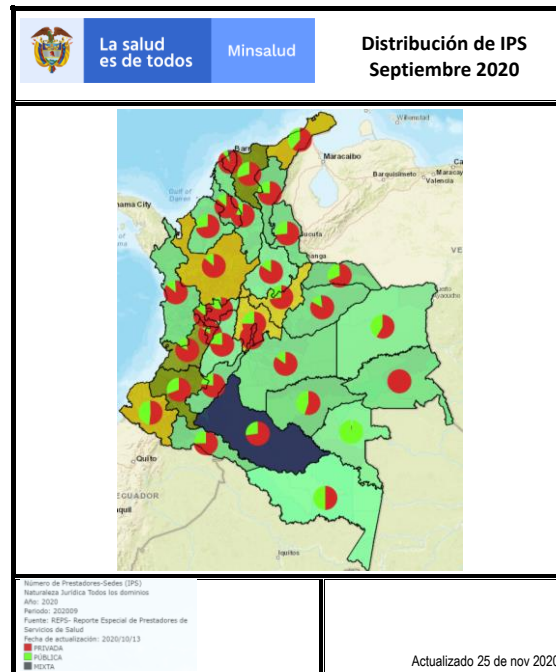
Tabla 24. Distribución de Institución Prestadora de Salud según naturaleza jurídica por departamentos de Colombia, 2019

DEPARTAMENTO	IPS PRIVADAS	IPS PÚBLICAS	IPS MIXTAS	TOTAL IPS
BOGOTÁ D.C.	2.774	134	1	2.909
ANTIOQUIA	1.831	282	7	2.120
VALLE DEL CAUCA	1.594	333	1	1.928
ATLÁNTICO	1.080	83	43	1.206
SANTANDER	898	170	0	1.068
BOLÍVAR	754	214	0	968
CORDOBA	602	227	0	829
CUNDINAMARCA	553	182	0	735
SUCRE	476	77	1	554
CESAR	456	145	0	601
MAGDALENA	444	188	0	632
TOLIMA	404	123	1	528
BOYACA	388	150	0	538
NARIÑO	382	355	3	740
META	376	66	0	442
NORTE DE SANTANDER	363	133	0	496
CAUCA	320	141	0	461
RISARALDA	307	50	0	357
HUILA	278	83	0	361
CALDAS	263	78	1	342
CHOCO	227	36	2	265
LA GUAJIRA	218	139	0	357
QUINDIO	200	36	0	236
CASANARE	166	30	4	200
ARAUCA	110	50	1	161
PUTUMAYO	89	30	0	119
CAQUETA	75	28	0	103
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS	23	0	0	23
GUAVIARE	16	13	0	29
AMAZONAS	12	12	0	24
GUAINIA	9	0	0	9
VICHADA	7	5	0	12
VAUPÉS	1	45	0	46
COLOMBIA	15.696	3.638	65	19.399

Fuente: Elaboración a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consultado noviembre 25 de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 25. Distribución de IPS Septiembre 2020

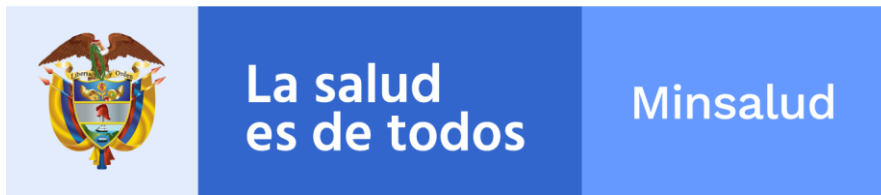


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, elaboración 25 Noviembre de 2020 visor geográfico SISPRO.

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,67%), Antioquia (11,67%), Valle del Cauca (10,16%), Atlántico (6,88%) y Santander (5,72). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,76%), Valle del Cauca (9,15%), Antioquia (7,75%), Córdoba (6,24%), Bolívar (5,88%), Magdalena (5,17%), Cundinamarca (5%), Santander (4,67%), Boyacá (4,12%), Cesar (3,99%), Cauca (3,88%), La Guajira (3,82%), Bogotá D.C. (3,68%), Norte de Santander (3,66%) y Tolima (3,38%). (Tabla 24) (Mapa 25)

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 2019, se disponen de 6.129 ambulancia, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden ambulancias aéreas. El 0,962% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente.



En 2019, los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211), Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que el transporte medicalizado se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54). (Tabla 25)

El 42,4% (14) de los departamentos la razón de ambulancias es superior al valor del país, que se encuentra en 1,2 por 10.000 habitantes, según, la OMS la norma internacional es de 1 ambulancia por 25.000 habitantes, el país cumple con la recomendación. Sin embargo, el único departamento con déficit de ambulancia es Guainía. (Tabla 25)

Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, 2019



La salud es de todos

Minsalud

Departamentos	Ambulancia			Proporción total	Razón por cada 10.000 habitantes
	Básica	Medicalizada	Total		
Bogotá D.C	545	213	758	12	1,0
Valle del cauca	544	85	629	10	1,3
Antioquia	507	96	603	10	0,9
Santander	308	54	362	6	1,7
Cundinamarca	299	46	345	6	0,9
Atlántico	198	68	266	4	0,6
Tolima	206	50	256	4	1,8
Boyacá	211	27	238	4	0,9
Meta	181	46	227	4	1,1
Nariño	186	29	215	4	2,2
Cesar	141	67	208	3	1,2
Bolívar	137	65	202	3	0,9
Huila	141	39	180	3	1,2
Cauca	154	24	178	3	2,5
Norte de Santander	137	33	170	3	1,2
Córdoba	124	43	167	3	0,6
Caldas	141	19	160	3	1,9
Magdalena	111	31	142	2	1,0
Sucre	90	43	133	2	1,5
Risaralda	99	20	119	2	1,4
La Guajira	60	51	111	2	1,5
Casanare	74	23	97	2	1,5
Putumayo	40	49	89	1	1,2
Quindío	71	10	81	1	2,4
Caquetá	62	13	75	1	1,6
Arauca	49	8	57	1	2,1
Chocó	28	3	31	1	1,9
Guaviare	8	6	14	0	0,2
San Andrés y Providencia	5		5	0	1,2
Vichada	5		5	0	0,6
Amazonas	3		3	0	0,4
Vaupés	2		2	0	0,4
Guainía	1		1	0	1,2
Colombia	4.868	1.261	6.129	100,00	1,2

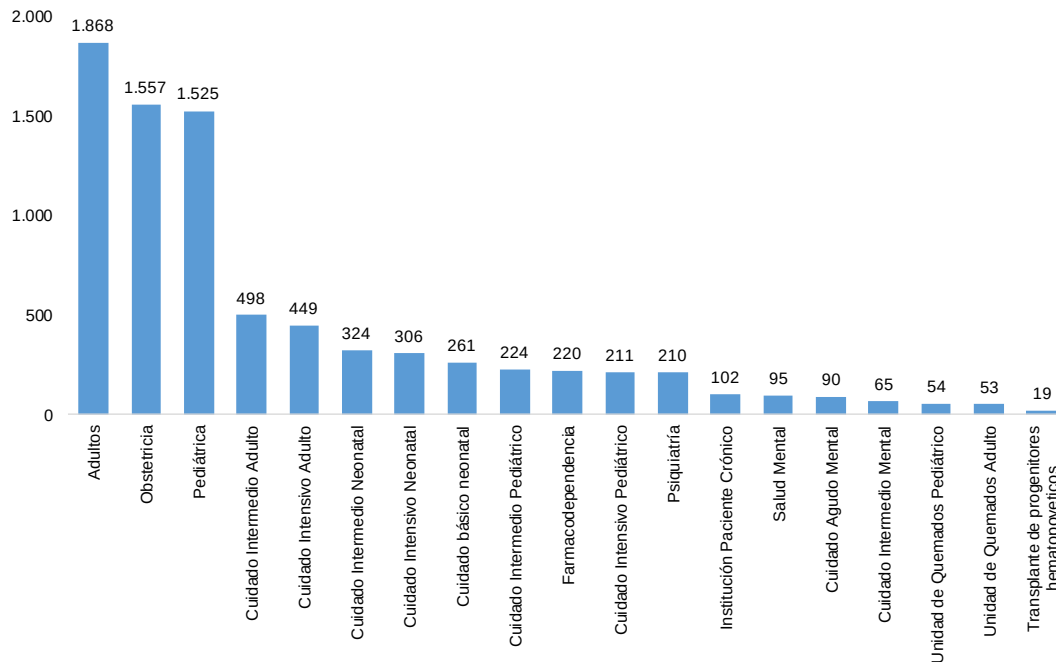
Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Consultado abril de 2019.

Disponibilidad de camas

Camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal

Según el REPS a abril de 2019, en Colombia, disponía 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261), cuidado intermedio pediátrico con el 2,8% (224). (Gráfico 67)

Gráfico 67. Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019*



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) *Consultado abril de 2019.

Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el REPS*. En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente. (Tabla 26)

Tabla 26. Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019*

* Camas incluye las modalidades adultos, obstetricia, pediatría, cuidado intermedio adulto, cuidado intensivo adulto, cuidado intermedio neonatal, cuidado intensivo neonatal, cuidado básico neonatal, cuidado intermedio pediátrico, farmacodependencia, cuidado intensivo pediátrico, psiquiatría, institución paciente crónico, salud mental, cuidado agudo mental, cuidado intermedio mental, unidad de quemados pediátrico, unidad de quemados adulto y transplante de progenitores hematopoyéticos.



La salud es de todos

Minsalud

Departamento	Numero de camas	Población 2019	Razón por cada 10.000
Antioquia	994	6.768.388	1,5
Bogotá D.C	817	8.281.030	1,0
Atlántico	658	2.573.591	2,6
Valle del cauca	569	4.804.489	1,2
Bolívar	449	2.195.495	2,0
Santander	449	2.100.704	2,1
Cesar	321	1.077.770	3,0
Córdoba	319	1.813.854	1,8
Magdalena	307	1.312.428	2,3
Tolima	277	1.423.719	1,9
Cundinamarca	272	2.845.668	1,0
Nariño	250	1.830.473	1,4
Sucre	249	885.835	2,8
Norte de Santander	237	1.402.695	1,7
Cauca	216	1.426.938	1,5
Meta	198	1.035.256	1,9
Huila	189	1.211.163	1,6
Boyacá	188	1.284.375	1,5
Caldas	182	995.822	1,8
Chocó	159	520.296	3,1
La Guajira	155	1.067.063	1,5
Risaralda	126	972.978	1,3
Quindío	117	578.268	2,0
Caquetá	102	502.410	2,0
Casanare	100	381.554	2,6
Putumayo	75	363.967	2,1
Arauca	40	273.321	1,5
Amazonas	35	79.739	4,4
Guaviare	30	117.494	2,6
Vichada	21	79.134	2,7
San Andrés y Providencia	15	79.060	1,9
Vaupés	9	45.367	2,0
Guainía	6	44.134	1,4
Colombia	8.131	50.374.478	1,6

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Consultado abril de 2019.

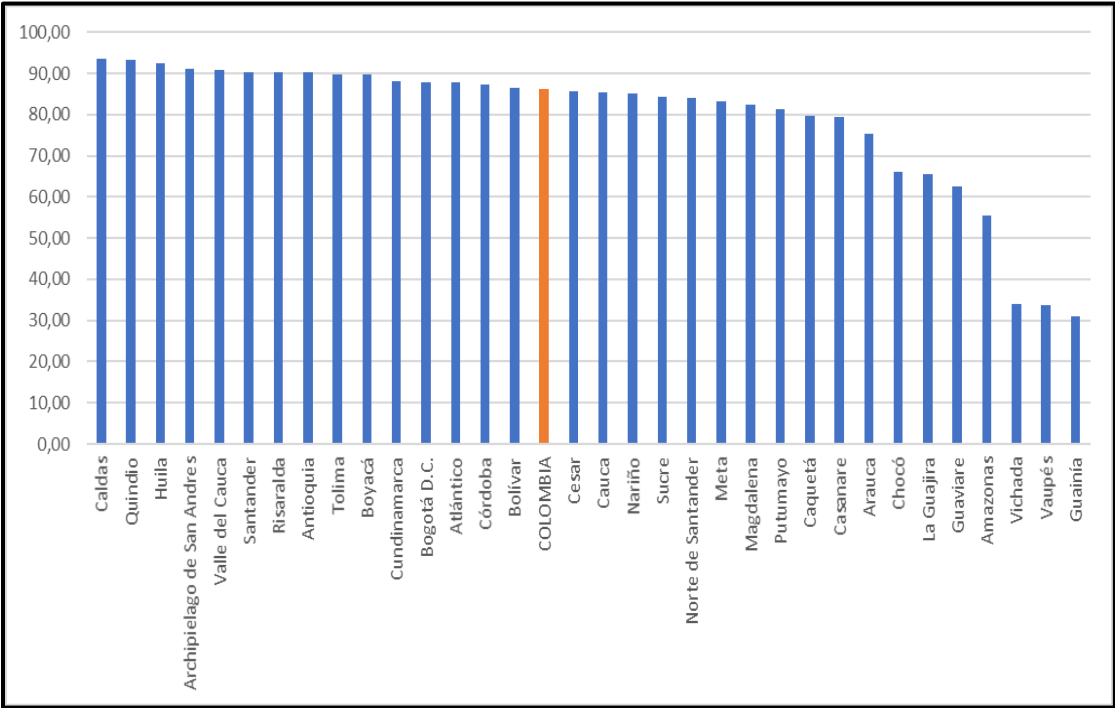
Acceso a servicios básicos de salud

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”⁸⁷. En América Latina, en 2017 cerca del 86,1% de

las mujeres asisten cuatro veces a los controles prenatales; en países de la región Uruguay (96,5%), Brasil (91,0%) y Perú (88,9%) registraron valores por encima de la región y Colombia (87,7%). Sin embargo, la República Bolivariana de Venezuela registro el 83,8%.⁸⁷

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 68)

Gráfico 68. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado 25 de noviembre de 2020

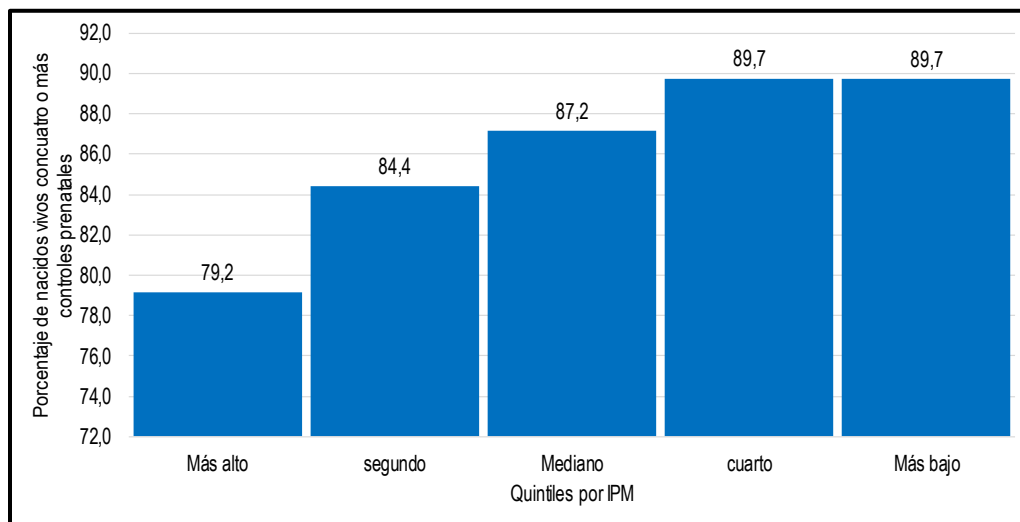
Según quintil de IPM, se observa que los departamentos en mayor desventaja económica experimentan 11 puntos porcentuales menos de cobertura de control prenatal que los departamentos más aventajados económicamente. (Gráfico 69)



La salud
es de todos

Minsalud

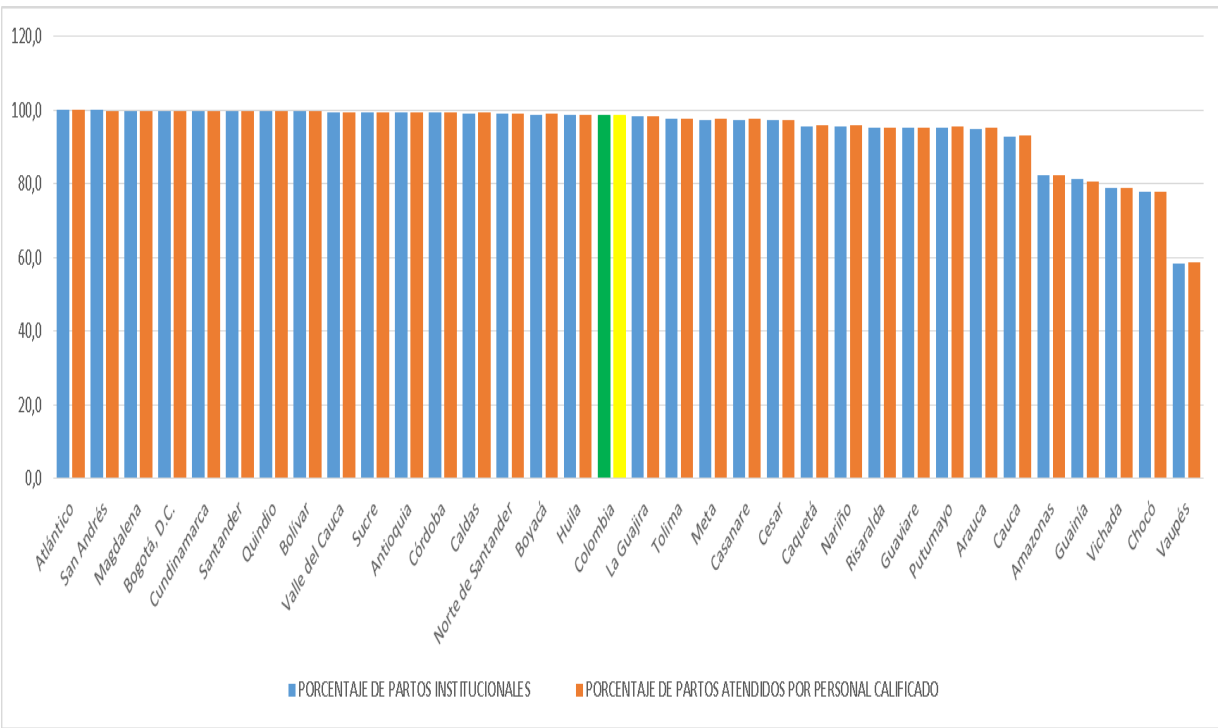
Gráfico 69. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017



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

En 2014 en el mundo el 80,1% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado⁸⁸. 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 70)

Gráfico 70. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y porcentaje de atención institucional, 2018

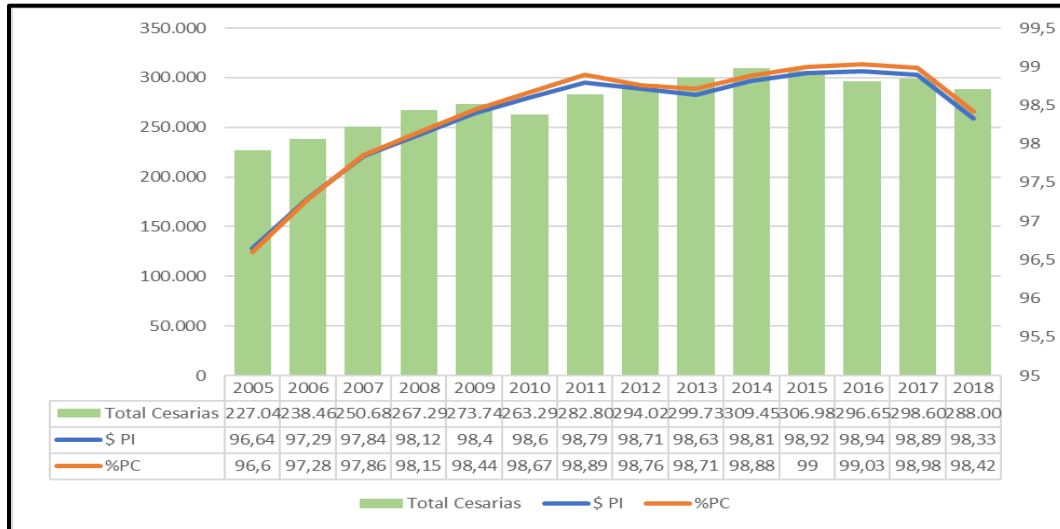


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.

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

En Colombia, aunque el porcentaje de partos por cesárea se ha incrementado en 13 p.p. entre 2005 y 2018. Así mismo, los partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos invariablemente, para 2018 el 44,4% de los nacimientos se atendieron quirúrgicamente evidenciando el gran problema de salud pública que representa este asunto, teniendo en cuenta el costo que genera la injustificada sobre intervención quirúrgica al sistema sanitario, perjudicando el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, genera consecuencias importantes tanto para las personas como para el bien común⁸⁹. (Gráfico 71) En la zona urbana en 2018 el parto por cesárea fue de 47,0% y 32,4% en el área rural dispersa, se muestra una tendencia creciente en ambas zonas de 12,4 p.p y 13,5 p.p para el área urbana y rural dispersa respectivamente, entre 2005 y 2018.

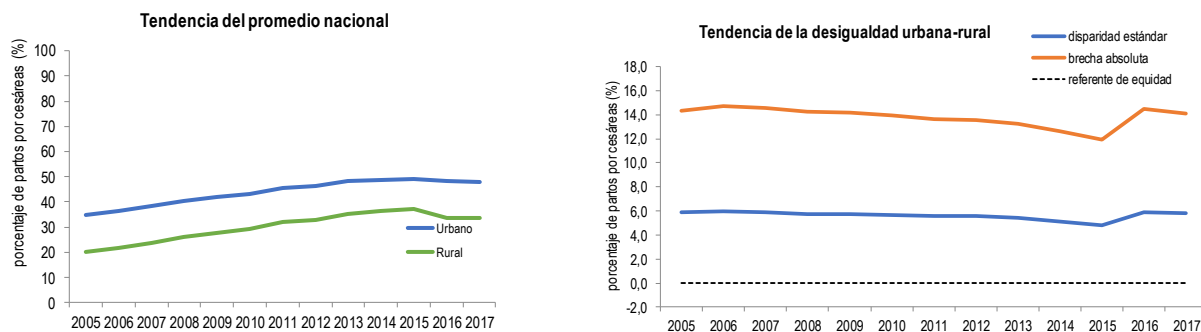
Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 25 noviembre de 2020

Entre 2005 y 2018 el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia ha pasado del 31,5% al 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 72)

Gráfico 72. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017



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

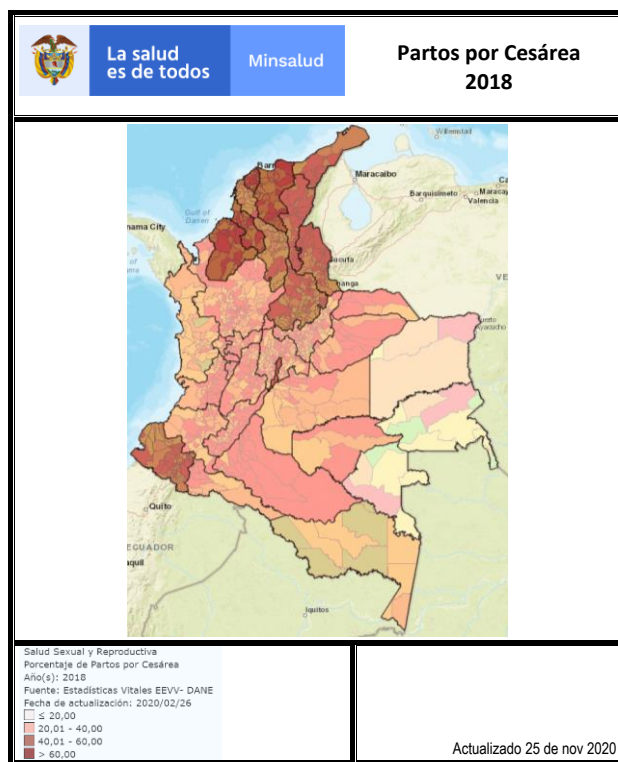


La salud
es de todos

Minsalud

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea, 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 26)

Mapa 26. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, elaboración 25 Noviembre de 2020 visor geográfico SISPRO.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 4. Situación epidemiológica



La salud
es de todos

Minsalud

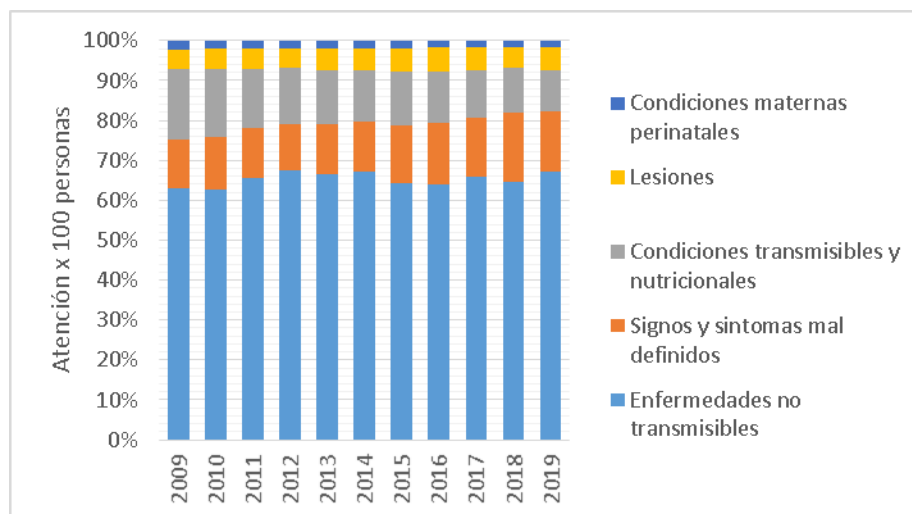
Morbilidad

Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2019 se atendieron 57.535.390 personas y se prestaron 1.054.617.506 atenciones, es decir que en promedio una persona recibió 18 atenciones. En promedio se prestaron 95.874.318,7 atenciones anuales durante el periodo. El mínimo de atenciones se registró en 2010 (58.683.120) y el máximo de atenciones se reportó en 2019 (140.518.149). El 59,5% (627.110.788), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 34,7% (366.263.045) en el régimen subsidiado y el 2,9% (31.022.444) de las atenciones se registró en población pobre no asegurada.

Las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta enfermedades no transmisibles y aportan el 65,6% (691.792.750) de las atenciones realizadas a 48.902.368 personas, con una razón de 14 atenciones por persona, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con 31.496.942 personas que demandaron el 13,1% (137.984.096) de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,4% (56.963.126) de las atenciones prestadas a 17.901.321 personas y responden a una razón de 3 atenciones por persona. Las condiciones maternas y perinatales causaron el 1,9% (20.215.337) de las atenciones prestadas a 4.624.798 personas siendo una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas muestran una tendencia creciente. (Gráfico 73)

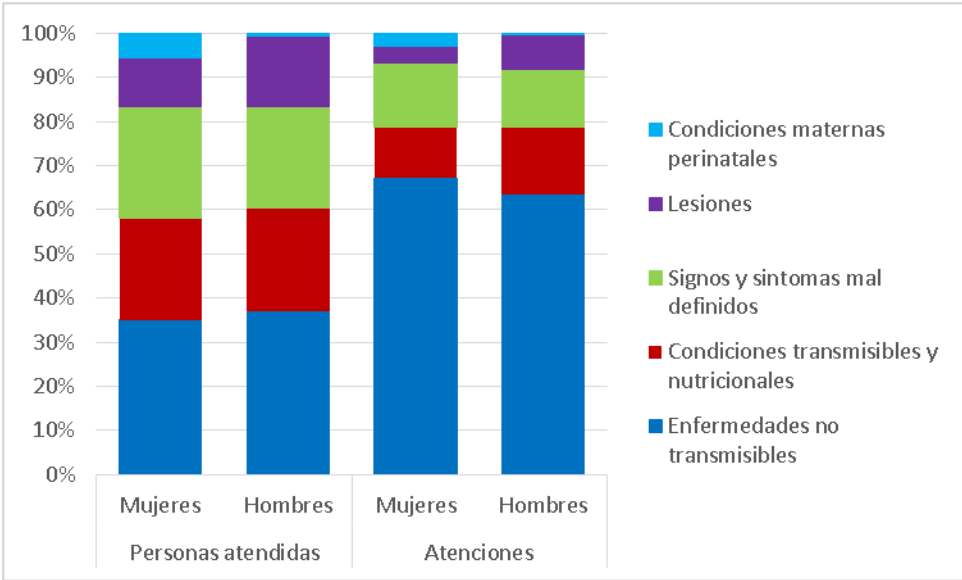
Gráfico 73. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 30 de septiembre de 2020.

Entre 2009 y 2019, la proporción según sexo es de un 61,3% (661.845.301) en las mujeres y un 38,7% (417.791.863) en los hombres, para una razón de mujer: hombres de 1,58. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,1% del total de las atenciones prestadas, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11,6% de las atenciones. Con un comportamiento similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 63,5% y las condiciones transmisibles y nutricionales el 15,2%. La tercera causa para mujeres y hombres son las lesiones con 3,8% y 7,9% respectivamente. (Gráfico 74)

Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2019



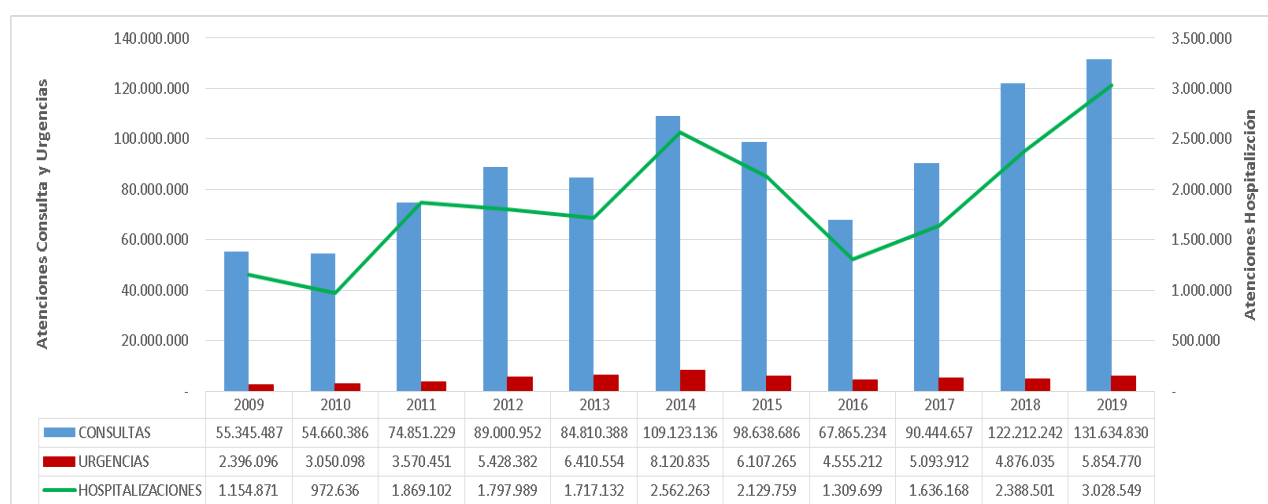
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 30 de septiembre de 2020.

El acumulado de las atenciones en los servicios de salud entre 2009 y 2019 muestra que el 92,8% (1.005.117.218) de las atenciones fueron en consulta con media anual de 91374292,5 atenciones. El 5,2% (56.673.261) en urgencias, con media anual de 5152114,6. Y el 2,0% (21.141.207) en hospitalización, con media anual de 1921927,9.

La tendencia anual durante el periodo 2009 a 2019 muestra fluctuaciones especialmente en relación a las atenciones realizadas por consulta externa y hospitalización, se observa más estable en el caso de urgencias. En cuanto a las hospitalizaciones, se observa un pico alto en el año 2014 con 2.562.263 atenciones aportadas en un 56,6% por las enfermedades no transmisibles que son la causa más frecuente de

hospitalización para ese 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 3.028.549. En consulta externa, se observa que en los dos últimos años se ha reportado el mayor número de atenciones (año 2018 con 122.212.242 y año 2019 con 131.634.830 respectivamente) y el motivo principal de consulta también corresponde a las enfermedades no transmisibles que para 2019 corresponde al 68,9% del total de atenciones reportadas. Para el servicio de urgencias el único pico se presenta en el 2014 con 8.120.835 atenciones los demás años muestran un comportamiento similar, con respecto al motivo de atención el principal corresponde en concordancia a los demás servicios las enfermedades no transmisibles son el 27,6% de las atenciones y se comporta de la misma manera para el resto del periodo analizado (Gráfico 75)

Gráfico 75. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención, 2009-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020

Morbilidad atendida por ciclo vital

Primera infancia (0 a 5 años)

Entre 2009 y 2019 se atendieron a 94.544.560 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 8.594.960, el mínimo de atenciones se registró en 2016 (6.482.185) y máximo en 2019 (11.359.224).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2019 la primera causa de consulta en este grupo de edad son las condiciones transmisibles y nutricionales con un 39,7% (37.533.656) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,2% (34.271.767) de las atenciones, estas últimas

presentan un aumento en la demanda de atención con respecto a 2018. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 27)

Infancia (6 a 11 años)

Entre 2009 y 2019 se atendieron a 59.285.700 niños y niñas en este grupo de edad, con una media anual 5.389.609, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (3.429.311) y máximo en 2014 (6.946.813).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,2% (32.122.342) de la demanda, luego se encuentran, las condiciones transmisibles y nutricionales con 22,3% (13.247.770) de las atenciones, sin presentar diferencias importantes según sexo. (Tabla 27)

Adolescencia (12 a 17 años)

En el periodo de observación 2009 - 2019 se atendieron a 100.540.296 adolescentes y una media anual 9.140.027, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (5.816.244) y máximo en 2019 (12.179.250).

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de atención durante el periodo, generando el 57,9% (58.222.279) de la demanda. En tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 13,8% (13.922.342) de las atenciones. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

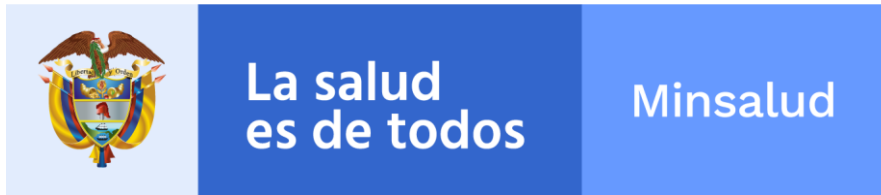
Juventud (18 a 28 años)

Entre 2009 y 2019 se atendieron a 156.674.204 jóvenes, con una media anual 14.243.109, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (10.009.654) y máximo en 2019 (19.589.828).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 56,1% (87.830.035) de la demanda. En tercer lugar están las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 13,9% (21.756.470) de las atenciones, no hay deferencias importantes por sexo. (Tabla 27)

Adultez (29 a 59 años)

Entre 2009 y 2019 se atendieron a 410.204.455 adultos entre 29 y 59 años de edad, con una media anual de 37.291.314, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (22.675.674) y máximo en 2019 (53.225.583).



Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con el 71,0% (291.165.609) de la demanda. En tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales aportaron el 9,5% (39.118.284) de las atenciones, sin diferencias importantes por sexo. (Tabla 27)

Persona mayor (mayor de 60 años)

Entre 2009 y 2019 se atendieron a 230.223.719 adultos mayor, con una media anual 20.929.429, el mínimo de atenciones se registró en 2009 (9.274.075) y máximo en 2019 (36.727.112).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención, generando el 81,1% (186.668.167) de la demanda, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,1% (11.635.659) de las atenciones. (Tabla 27)



La salud es de todos

Minsalud

Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2019

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

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

Morbilidad atendida por causas y departamentos

Entre 2009 y 2019, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos 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 alrededor del 18,98% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas. (Tabla 28)

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 2019, 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 2,97 p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 28)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2019

Departamentos	Condiciones perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Condiciones mal clasificadas
Bogotá, D.C.	15,21	17,24	19,52	18,58	18,73
Antioquia	12,78	12,81	14,48	14,77	12,99
Valle del Cauca	8,75	7,89	9,11	10,46	7,91
Atlántico	5,23	5,33	4,81	4,20	6,66
Cundinamarca	4,85	4,50	5,14	5,53	5,34
Santander	4,04	4,34	5,14	4,50	4,06
Nariño	5,55	5,99	4,06	4,55	3,00
Bolívar	3,21	4,54	3,75	3,05	4,92
Córdoba	6,10	4,03	3,13	2,60	3,57
Boyacá	2,52	2,27	2,73	2,54	2,41
Magdalena	2,52	2,83	2,13	2,10	3,26
Huila	2,67	2,55	2,28	2,32	2,39
Tolima	1,88	2,27	2,36	2,42	2,33
Cauca	2,90	2,68	2,27	2,73	2,00
Risaralda	1,61	2,23	2,45	2,17	1,38
Norte de Santander	2,34	2,28	2,17	2,28	1,97
Caldas	0,91	1,58	2,08	1,91	1,53
Cesar	2,47	1,94	1,67	1,63	2,27
Meta	1,26	1,62	1,53	1,45	1,93
Sucre	1,80	1,64	1,40	1,19	2,38
Quindío	1,11	1,22	1,21	1,18	0,82
La Guajira	1,57	1,72	0,91	0,86	1,68
Caquetá	1,01	1,08	0,67	0,80	0,82
Putumayo	0,74	0,65	0,44	0,62	0,68
Casanare	0,57	0,44	0,48	0,53	0,51
Chocó	0,70	0,32	0,26	0,35	0,65
Arauca	0,50	0,30	0,27	0,34	0,28
Guaviare	0,12	0,11	0,08	0,11	0,08
Vichada	0,06	0,10	0,05	0,04	0,06
Amazonas	0,05	0,07	0,05	0,04	0,05
Archipiélago de San Andrés	0,08	0,05	0,04	0,08	0,05
Guainía	0,07	0,04	0,03	0,03	0,03
Vaupés	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

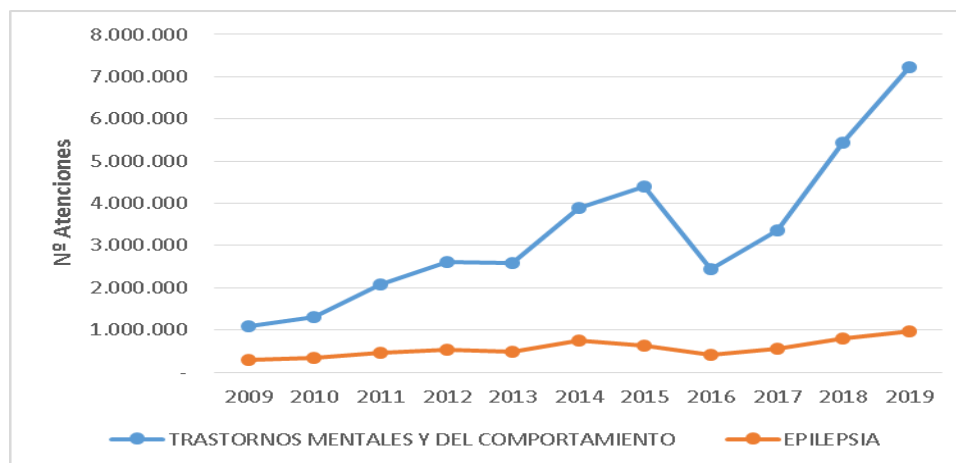
Morbilidad en salud mental

Su marco normativo esta dado desde la Ley 1616 de 2013, donde se establece la salud mental como interés y prioridad nacional, derecha 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 comunidad⁹⁰.

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 2009-2019, se encuentra que el aumento en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento fue del 667%, 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 la Epilepsia otro de los diagnósticos priorizados se observa una tendencia incremental una poco más controlada como se pude ver en el Gráfico 76.

Gráfico 76. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

El comportamiento de la atención en salud mental según sexo, demuestra que la diferencia para el último año tiene un mayor aumento en mujeres con un 1,46 p.p. con respecto al año anterior, mientras tanto, en los hombres es de 0,73 p.p. (Tabla 29), con respecto al dato absoluto se evidencia que la mayor consulta se concentra en los hombres con una tendencia para ambos sexos similar a la del país incremental especialmente para los trastornos mentales y del comportamiento que incluye el grupo de aquellos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (Gráfico 77). En relación con la Epilepsia se observa un comportamiento muy similar en aumento sostenido pero mínimo en ambos sexos.

Tabla 29. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2019

Sexo	Morbilidad en salud mental	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
TOTAL	Trastornos mentales y del comportamiento	78,52	79,01	82,29	82,86	84,03	84,03	87,46	85,90	85,56	87,20	88,28	1,08
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,86	3,18	3,31	3,28	4,34	4,28	4,72	5,59	6,39	7,00	6,87	-0,13
	Epilepsia	21,48	20,99	17,71	17,14	15,97	15,97	12,54	14,10	14,44	12,80	11,72	-1,08
HOMBRES	Trastornos mentales y del comportamiento	76,26	77,92	81,58	81,76	83,31	83,67	87,02	85,38	85,29	87,58	88,30	0,73
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,30	4,75	4,92	5,43	7,12	6,95	7,58	8,80	9,91	11,01	10,63	-0,39
	Epilepsia	23,74	22,08	18,42	18,24	16,69	16,33	12,98	14,62	14,71	12,42	11,70	-0,73
MUJERES	Trastornos mentales y del comportamiento	80,31	79,82	82,88	83,79	84,68	84,34	87,88	86,37	85,82	86,80	88,26	1,46
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,73	1,86	1,83	1,42	1,81	1,75	1,99	2,45	2,93	2,71	2,89	0,18
	Epilepsia	19,69	20,18	17,12	16,21	15,32	15,66	12,12	13,63	14,18	13,20	11,74	-1,46

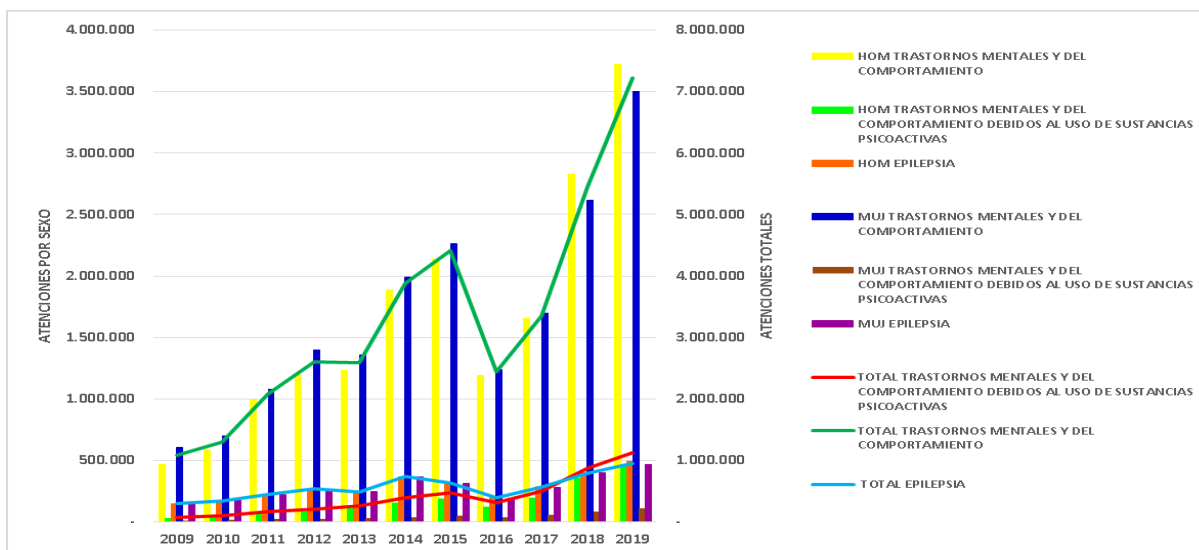
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 77. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Los datos en el periodo muestran que según el curso de vida la tendencia en la atención por estas causas guarda un comportamiento incremental en general para todos los grupos, la consulta se concentra especialmente en la Adulthood (29 - 59 años) y la Vejez (60 años y más) con el 30% y el 19% de las atenciones respectivamente, lo que evidencia la necesidad de implementar programas que cumplan con el objetivo de prevenir, diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las alteraciones de la salud mental. Es de resaltar también, que el grupo de Infancia (6 - 11 años) cuenta con el 15% de las consultas por esta causa, situación que preocupa teniendo en cuenta las consecuencias que estas alteraciones pueden tener en el reconocimiento de la alegría propia de este grupo de edad y la definición de los proyectos de vida a futuro.

Con respecto a la epilepsia como otro de los trastornos seleccionados para su análisis desde la salud mental, se muestra que tiene un aumento en el número de atenciones durante el periodo de manera estable, con mayor concentración en la Adulthood y la Juventud con un aporte de distribución equitativa para ambos sexos. Sin embargo, esto no determina que sea una de las patologías con mayor consulta en la población general del total de consultas por alteraciones de la salud mental donde su aporte es de apenas el 14%.

Observando el aumento de consultas entre el año 2018 y 2019, llama la atención que en la Primera Infancia (0 - 5 años) las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debidas a uso de sustancias



La salud
es de todos

Minsalud

psicoactivas presenta el mayor incremento por curso de vida con un 0,74%, que pone de manifiesto la problemática sufrida en este grupo de edad, que debe ser intervenida desde el riesgo individual especialmente para este grupo poblacional, que aporta el 10% de consultas por salud mental (Tabla 30).

Tabla 30. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,40	80,02	81,80	82,17	83,07	83,86	86,21	85,09	84,91	85,95	87,33	1,38
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,16	0,48	0,45	0,30	0,29	0,31	0,20	0,18	0,16	0,13	0,87	0,74
	Epilepsia	6,60	19,98	18,20	17,83	16,93	16,14	13,79	14,91	15,09	14,05	12,67	-1,38
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,79	84,47	87,37	88,25	89,06	90,29	90,50	90,39	90,99	92,45	92,94	0,49
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,31	0,26	0,20	0,17	0,25	0,16	0,20	0,16	0,61	0,20	0,32	0,13
	Epilepsia	16,21	15,53	12,63	11,75	10,94	9,71	9,50	9,61	9,01	7,55	7,06	-0,49
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,15	70,20	72,62	75,29	76,18	77,46	79,80	77,17	76,67	78,00	79,16	1,16
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,26	5,66	5,48	5,91	7,33	7,84	8,65	10,50	13,00	12,97	12,48	-0,49
	Epilepsia	25,58	24,14	21,90	18,81	16,49	14,70	11,54	12,33	10,34	9,02	8,36	-0,67
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,16	71,06	74,97	75,51	78,18	78,54	83,34	81,59	80,87	83,49	85,70	2,21
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,92	7,56	9,04	9,09	12,21	12,32	13,48	14,75	16,05	19,05	17,02	-2,03
	Epilepsia	29,84	28,94	25,03	24,49	21,82	21,46	16,66	18,41	19,13	16,51	14,30	-2,21
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,34	77,11	81,16	80,44	81,57	79,96	84,99	81,46	81,12	82,14	83,84	1,70
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,83	2,53	3,05	2,69	3,99	4,11	4,14	5,80	6,43	6,97	7,09	0,12
	Epilepsia	22,66	22,89	18,84	19,56	18,43	20,04	15,01	18,54	18,88	17,86	16,16	-1,70
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,96	84,92	89,28	90,11	90,53	89,20	92,00	90,68	89,84	90,73	91,42	0,69
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,58	1,29	1,36	1,35	1,08	0,90	1,00	1,22	1,26	1,40	1,62	0,22
	Epilepsia	13,04	15,08	10,72	9,89	9,47	10,80	8,00	9,32	10,16	9,27	8,58	-0,69

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

En el caso de los hombres el grupo de curso de vida que más atención demanda en salud mental es en la Adultez con 25%, sin embargo llama la atención que la Infancia es el siguiente grupo en requerir atención con el 21%. Con respecto al aumento de atenciones para el último año al igual que en población general la Juventud tiene el mayor aumento frente al tema del consumo de sustancias psicoactivas con un 4,1% aportando a la inclinación hacia el aumento del dato nacional (Tabla 31), siendo este el tercer grupo de mayor consulta con el 16,4%.

Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en hombres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2019

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,32	83,63	85,14	84,90	86,27	86,07	88,14	87,67	87,03	88,48	89,36	0,88
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,56	0,39	0,35	0,26	0,27	0,23	0,17	0,19	0,14	0,14	0,94	0,80
	Epilepsia	19,68	16,37	14,86	15,10	13,73	13,93	11,86	12,33	12,97	11,52	10,64	-0,88
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,14	86,71	89,21	90,04	90,86	92,00	91,81	91,51	92,20	93,68	94,09	0,41
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,27	0,27	0,18	0,15	0,21	0,17	0,22	0,15	0,56	0,23	0,33	0,10
	Epilepsia	13,86	13,29	10,79	9,96	9,14	8,00	8,19	8,49	7,80	6,32	5,91	-0,41
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,16	69,14	72,69	74,53	75,07	76,20	78,45	75,53	73,84	75,32	76,36	1,04
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,41	6,20	5,68	7,47	9,13	9,76	10,79	12,58	16,59	16,61	15,71	-0,90
	Epilepsia	25,43	24,65	21,63	17,99	15,79	14,04	10,75	11,89	9,57	8,07	7,93	-0,14
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,20	69,20	75,56	75,58	77,78	78,96	83,09	82,27	81,92	85,32	86,86	1,54
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,78	11,19	12,74	14,96	19,13	19,71	21,77	22,78	23,96	28,19	25,23	-2,96
	Epilepsia	32,80	30,80	24,44	24,42	22,22	21,04	16,91	17,73	18,08	14,68	13,14	-1,54
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,76	73,99	79,40	76,79	78,11	76,96	81,98	78,42	78,99	81,20	82,42	1,22
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,42	4,55	5,39	5,40	8,19	8,27	8,83	11,35	11,83	13,03	13,14	0,11
	Epilepsia	27,24	26,01	20,60	23,21	21,89	23,04	18,02	21,58	21,01	18,80	17,58	-1,22
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	82,60	83,82	85,91	86,56	87,45	85,68	90,17	87,35	86,69	88,00	88,47	0,47
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,70	2,32	2,65	2,88	2,12	1,77	1,75	2,44	2,47	2,64	2,95	0,31
	Epilepsia	17,40	16,18	14,09	13,44	12,55	14,32	9,83	12,65	13,31	12,00	11,53	-0,47

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

En las mujeres por curso de vida la información deja ver que la tendencia de aporte en el número de atenciones en salud mental solicitadas por los grupos de edad es similar al Nacional, con un ligero de aumento en las cifras así para la Adultez corresponde al 34% y para la Vejez a un 24%. Frente al incremento para el último año para este sexo también se presenta en la Juventud con el 3,19%, pero dado en general por todos los trastornos mentales y del comportamiento (Tabla 32).

Tabla 32. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en mujeres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	96,34	73,63	75,80	77,18	77,67	80,26	82,87	80,30	80,85	80,73	83,09	2,35
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,07	0,66	0,62	0,37	0,33	0,43	0,25	0,17	0,20	0,11	0,74	0,63
	Epilepsia	3,66	26,37	24,20	22,82	22,33	19,74	17,13	19,70	19,15	19,27	16,91	-2,35
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,69	80,24	83,90	84,90	85,63	86,85	87,86	88,26	88,66	90,00	90,61	0,61
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,38	0,23	0,24	0,20	0,33	0,15	0,16	0,17	0,71	0,13	0,32	0,19
	Epilepsia	20,31	19,76	16,10	15,10	14,37	13,15	12,14	11,74	11,34	10,00	9,39	-0,61
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,14	71,36	72,53	76,20	77,69	79,12	81,64	79,39	80,37	81,87	83,27	1,40
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,09	5,07	5,25	4,00	4,88	5,32	5,75	7,67	8,29	7,73	7,75	0,02
	Epilepsia	25,77	23,57	22,22	19,80	17,43	15,56	12,62	12,94	11,34	10,40	8,98	-1,42
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,54	72,75	74,35	75,44	78,60	78,08	83,59	80,82	79,64	81,01	84,21	3,19
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,60	4,25	5,07	3,30	5,07	4,34	4,94	5,57	6,73	6,75	6,56	-0,19
	Epilepsia	27,46	27,25	25,65	24,56	21,40	21,92	16,41	19,18	20,36	18,99	15,79	-3,19
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,24	79,28	82,52	82,79	83,83	82,00	86,92	83,59	82,73	82,91	84,98	2,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,19	1,12	1,23	0,95	1,24	1,28	1,13	1,92	2,34	2,02	2,23	0,21
	Epilepsia	19,76	20,72	17,48	17,21	16,17	18,00	13,08	16,41	17,27	17,09	15,02	-2,07
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	89,42	85,52	91,24	92,01	92,29	91,18	93,11	92,55	91,61	92,30	93,09	0,79
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,94	0,73	0,61	0,53	0,49	0,41	0,55	0,53	0,58	0,69	0,87	0,17
	Epilepsia	10,58	14,48	8,76	7,99	7,71	8,82	6,89	7,45	8,39	7,70	6,91	-0,79

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

El panorama por departamentos demuestra que los tres primeros con mayor número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento son en su orden Bogotá (20,4%), Antioquia (15,3%) y Valle del Cauca (9,4%) que acumulan el 45% de las atenciones realizadas en el tema, que puede estar relacionado por la cantidad de población que concentran entre otros fenómenos que pueden explicarlo, en cuanto a las consultas por causa de la epilepsia están reportadas con concentración en los mismos departamentos que respectivamente corresponde a Bogotá(19,8%), Antioquia (13,3%) y Valle del Cauca (7,7%) (Tabla 33).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 33. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental por departamento de residencia, Colombia 2009 – 2019

Diagnóstico principal de atención	Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	Antioquia	219.592	258.673	302.926	374.227	358.698	526.944	615.385	401.151	476.152	850.202	940.105
	Atlántico	35.488	43.930	60.673	86.917	124.474	194.487	251.729	118.677	153.591	245.533	484.020
	Bogotá, D.C.	336.847	337.282	499.104	603.077	619.573	757.785	905.294	526.780	596.980	792.530	1.100.957
	Bolívar	22.252	24.835	42.795	60.200	70.793	136.472	195.480	60.720	106.930	364.020	403.684
	Boyacá	19.760	39.021	50.219	59.404	58.432	87.012	60.936	29.182	52.531	94.378	108.978
	Caldas	23.971	37.495	32.393	55.903	62.594	85.814	125.360	74.939	93.201	154.358	176.919
	Caquetá	3.509	4.053	4.706	11.150	11.431	18.222	19.863	11.397	22.459	23.566	45.181
	Cauca	10.899	19.928	23.028	32.691	55.930	73.392	67.615	40.222	55.218	63.629	107.201
	Cesar	10.037	8.503	11.151	14.188	23.818	56.809	72.667	58.888	97.219	121.974	151.914
	Córdoba	8.956	9.973	14.044	20.224	34.415	56.168	78.917	44.476	73.518	168.845	139.699
	Cundinamarca	26.627	33.367	56.723	140.495	118.217	170.087	208.891	148.526	173.559	258.156	274.034
	Chocó	686	1.100	1.558	1.826	2.136	8.908	6.622	5.695	6.611	12.187	12.445
	Huila	15.828	17.765	36.917	35.226	41.373	74.261	61.814	57.285	92.580	118.894	144.020
	La Guajira	2.582	3.112	4.188	7.538	10.206	24.662	28.910	15.918	50.160	141.424	194.815
	Magdalena	11.280	10.035	15.191	27.518	34.369	38.578	52.994	24.058	48.146	86.053	111.686
	Meta	14.735	14.896	28.280	35.574	31.964	52.328	44.947	12.969	22.245	35.306	123.695
	Nariño	36.899	60.302	164.834	280.347	149.847	229.348	311.450	203.772	227.722	272.268	466.295
	Norte de Santander	21.017	17.095	28.637	35.086	37.235	53.714	63.305	39.493	79.605	137.688	188.999
	Quindío	19.274	33.213	43.416	47.476	57.963	63.754	70.764	29.866	56.500	88.085	143.582
	Risaralda	38.465	33.597	40.219	71.758	96.803	94.911	107.935	51.676	88.215	130.694	161.320
	Santander	80.968	84.177	99.110	137.533	120.811	185.491	216.477	87.411	167.006	276.181	402.416
	Sucre	6.745	10.143	11.833	26.098	62.231	140.352	239.822	69.332	46.477	95.973	96.313
	Tolima	25.488	26.712	30.183	40.676	45.259	82.547	113.687	32.107	58.539	98.804	117.249
	Valle del Cauca	71.245	75.694	148.063	266.207	295.985	406.131	395.910	242.342	327.972	421.047	619.788
	Arauca	694	1.528	4.081	2.991	3.486	8.583	4.457	1.633	23.234	20.879	18.746
	Casanare	4.160	3.098	4.364	4.642	4.854	10.170	16.908	12.112	20.106	22.307	32.148
	Putumayo	1.026	1.711	5.594	15.128	8.786	34.538	26.798	15.177	23.322	28.217	54.124
	San Andrés	80	311	151	1.303	2.681	3.339	439	302	1.281	567	1.981
	Amazonas	161	150	323	559	737	876	647	330	737	1.487	1.961
	Guainía	182	195	153	202	247	445	370	116	138	227	2.084
	Guaviare	626	864	621	1.971	1.746	2.942	887	261	586	744	2.606
	Vaupés	40	29	66	88	75	272	102	78	362	294	956
	Vichada	50	213	208	316	408	828	385	98	512	598	1.467
EPILEPSIA	Antioquia	53.091	54.882	61.132	67.160	62.361	91.601	78.236	48.048	72.981	104.706	105.773
	Atlántico	9.607	11.031	12.590	14.990	16.363	29.837	23.434	12.745	21.056	35.901	45.520
	Bogotá, D.C.	86.177	73.514	104.066	124.305	94.578	135.129	107.732	80.594	97.189	126.835	164.295
	Bolívar	6.348	7.761	10.822	12.953	18.664	32.123	25.355	10.480	18.308	37.540	46.387
	Boyacá	13.361	19.789	20.186	27.117	25.289	33.979	19.678	10.524	18.628	22.373	25.086
	Caldas	4.732	9.567	6.854	9.398	9.181	13.774	13.427	9.429	12.450	19.387	17.171
	Caquetá	1.763	3.427	2.135	4.420	4.292	6.107	4.952	3.975	6.146	6.730	7.413
	Cauca	3.732	12.798	11.803	13.215	20.094	21.207	19.876	16.994	23.230	23.407	27.347
	Cesar	3.256	2.614	3.117	3.996	5.509	8.023	9.498	6.119	9.656	13.114	22.533
	Córdoba	3.588	5.035	5.617	9.548	17.530	18.402	19.480	13.123	13.812	29.166	26.325
	Cundinamarca	13.061	13.923	19.295	24.209	21.924	28.465	43.637	33.804	38.426	52.716	47.929
	Chocó	193	348	335	858	660	2.622	1.512	947	1.345	1.660	2.469
	Huila	7.858	10.992	14.191	15.430	16.144	25.438	17.969	17.019	29.409	32.911	28.766
	La Guajira	908	1.020	1.358	1.913	2.432	4.626	4.868	3.229	4.835	14.845	20.911
	Magdalena	3.439	4.635	4.111	6.317	7.573	12.079	8.703	4.878	9.060	16.306	19.078
	Meta	5.331	14.205	9.687	6.226	6.147	12.012	8.005	3.614	6.152	5.909	21.667
	Nariño	18.663	20.118	42.904	77.060	35.488	49.767	50.419	29.762	32.686	33.673	55.033
	Norte de Santander	6.239	4.894	8.985	8.192	8.891	13.616	14.386	6.139	13.672	19.665	23.718
	Quindío	3.879	7.747	6.896	6.654	6.406	8.077	8.244	4.751	7.747	11.247	17.187
	Risaralda	7.751	7.612	8.819	11.507	14.406	14.623	12.729	5.951	10.101	12.584	15.985
	Santander	13.629	13.620	14.213	17.760	18.344	31.344	25.278	14.505	27.481	41.667	51.265
	Sucre	1.930	2.371	3.589	4.615	10.271	25.729	32.188	13.640	8.451	16.384	16.856
	Tolima	7.185	9.852	9.527	13.177	9.808	18.815	13.727	7.184	13.845	18.656	19.683
	Valle del Cauca	15.450	15.551	27.761	34.915	45.752	54.762	47.690	33.124	46.604	62.710	80.258
	Arauca	447	817	977	804	1.598	2.494	1.921	681	1.646	2.366	4.831
	Casanare	962	468	882	1.057	1.176	2.473	3.568	3.774	4.122	3.317	5.861
	Putumayo	236	794	2.451	2.487	2.082	6.049	4.605	3.148	3.004	3.788	5.355
	San Andrés	19	124	45	182	423	650	40	24	143	30	233
	Amazonas	105	129	125	209	229	344	205	171	265	280	408
	Guainía	221	116	97	341	265	424	316	45	15	15	647
	Guaviare	457	552	235	702	818	1.195	323	82	180	141	1.007
	Vaupés	8	10	8	51	62	154	50	48	42	89	177
	Vichada	100	106	264	165	184	488	180	80	150	154	337

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

Eventos de alto costo

El MINSALUD 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 mieloide 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 prematura⁹¹. 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”⁹². “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”⁹³.

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 1990⁹⁴; 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 2017⁹⁴ y su incremento fue del 29,5%.

La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la



La salud
es de todos

Minsalud

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.⁹⁵

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2018 en Colombia había 2.306.742 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con enfermedad renal crónica, de las cuales el 73,7% (1.700.688) estaban clasificadas en estadio 2 o menor⁹⁶. En el estadio cero de ERC se observa un incremento de 1,2 p.p. (Tabla 34).

Tabla 34. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017 – 2018

Estadio	Frecuencia absoluta 2017	Frecuencia absoluta 2018	Frecuencia relativa 2017	Frecuencia relativa 2018	Frecuencia relativa acumulada 2017	Frecuencia relativa acumulada 2018
Sin ERC	1.230.565	1.109.333	46,9%	48,1%	46,9%	48,1%
1	298.839	228.307	11,4%	9,9%	58,3%	58,0%
2	384.653	363.048	14,7%	15,7%	72,9%	73,7%
3	603.628	514.339	23,0%	22,3%	95,9%	96,0%
4	70.016	61.208	2,7%	2,7%	98,6%	98,7%
5	36.548	30.507	1,4%	1,3%	100,0%	100,0%
Total	2.624.249	2.306.742				

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, 2017 - 2018.

Antioquia (428.459) es donde habitan el mayor número de personas con ERC, seguida del Distrito Capital Bogotá (414.424) y Valle del Cauca (172.439), en conjunto estos tres departamentos aportan el 51,1% del total de los pacientes con diagnóstico de ERC. Mientras, Arauca, Guaviare, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vichada, Amazonas, Guainía y Vaupés contribuyen con el 0,15%. (Tabla 35)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 35. Número de casos de la ERC según departamentos, 2018

Departamento	Casos ERC
Antioquia	428.459
Bogotá D.C.	414.424
Valle del Cauca	334.841
Atlántico	148.602
Bolívar	127.297
Santander	90.503
Nariño	69.858
Cundinamarca	67.904
Caldas	59.980
Risaralda	57.995
Huila	52.149
Magdalena	50.049
Cauca	45.044
Tolima	42.889
Boyacá	42.652
Cesar	42.475
Sucre	40.381
Norte de Santander	39.752
Córdoba	39.278
Meta	28.123
Quindío	27.421
Chocó	15.873
La Guajira	13.090
Caquetá	12.011
Putumayo	8.477
Casanare	3.837
Arauca	1.174
Guaviare	800
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	751
Vichada	323
Amazonas	258
Guainía	39
Vaupés	33
Colombia	2.306.742

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, 2018.

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. A continuación se describe la situación de las dos primeras enfermedades.



La salud
es de todos

Minsalud

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”⁹⁷.

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)⁹⁴ 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, entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 había un total 3.713.846 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, con un porcentaje de personas del régimen contributivo de 61,63% y del subsidiado de 37,47%. El servicio de salud más alta en las mujeres (61,8%) que en los hombres (38,2%).

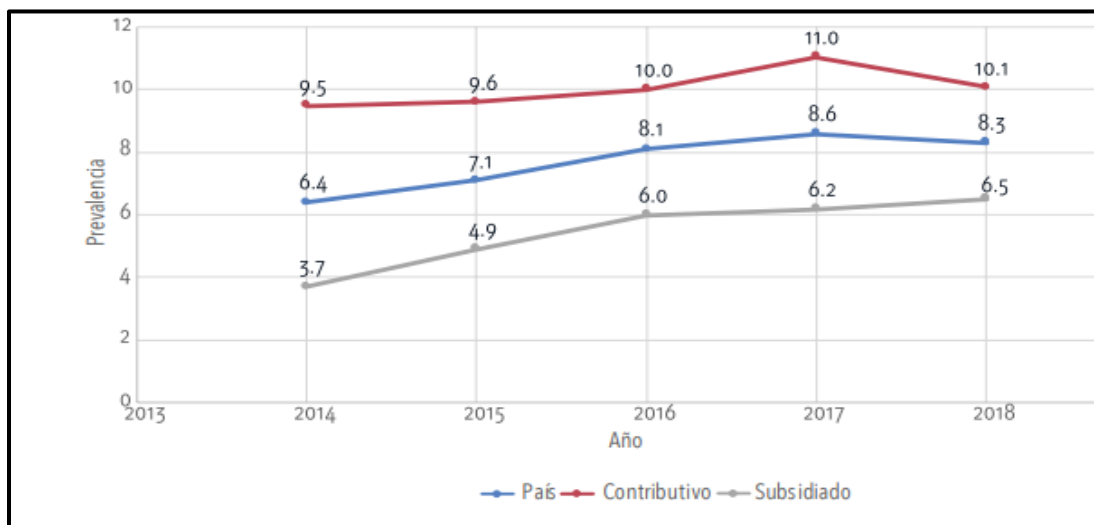
Para 2018 los porcentajes más altos de casos de hipertensión arterial se presentaron en Bolívar (10,0%), Atlántico (9,5%), y Antioquia (9,4%). Las prevalencias en servicios de salud menor al 1,0% se presentaron en Vichada, Vaupés y Guainía. El 61,9% de los casos nuevos con hipertensión tenían entre 50 y 75 años y el 3,6% del total de los casos incidentes son menores de 35 años. Con respecto al régimen de afiliación se encuentra que el contributivo en el periodo de 2014 a 2018 se ha mantenido con las prevalencias más altas que para 2018 es de 10,1 por cada 100 personas. (Gráfica 78)



La salud
es de todos

Minsalud

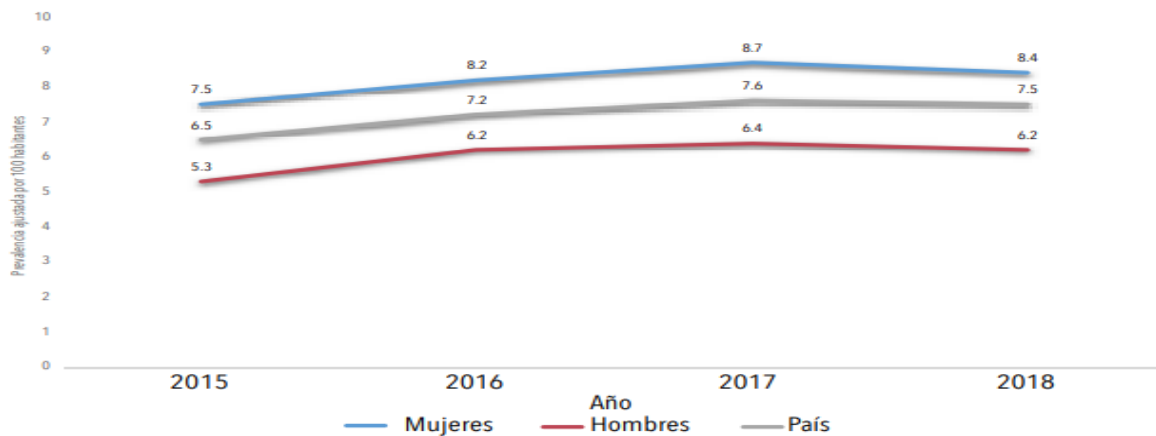
Gráfico 78. Prevalencia de HTA ajustada por la edad, en los regímenes contributivo y subsidiado, 2014 - 2018



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2018.

Se evidencia que la prevalencia ha tenido un comportamiento con tendencia incremental, para el último año disponible 2018 es de 8,4. (Gráfico79)

Gráfico 79. Prevalencia de HTA ajustada por la edad según sexo 2015 - 2018



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2018.



La salud
es de todos

Minsalud

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 1990⁹⁴, 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 2030⁹⁸.

De acuerdo con las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia pasó al lugar 6 como causa de muerte en 2017 más frecuente 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 2017⁹⁴⁸.

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%, respectivamente⁹⁸⁷⁴.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,61 en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 74,24%, mientras tanto, para el corte del 1º de julio de 2016 y el 30 de noviembre de 2017, había 1.099.471 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con diabetes mellitus por los servicios de salud, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de 2,2, que siguió una tendencia al incremento, de 87.469 personas más que el periodo anterior, siendo siempre más alta en las mujeres (58,9%) que en los hombres (41,7%), aunque la brecha entre sexos se nota especialmente marcada entre 2015 y 2017.

Durante 2015 y 2017 periodo la prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus en mujeres afiliadas se incrementó en un 14,3%, pasando de 2,1 a 2,4 mujeres por cada 100 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 17,6%, trasladándose de 1,7 a 2,0 hombres por cada 100 afiliados, a través del tiempo se mantiene la brecha de por sexos, a favor de las mujeres. En relación con el régimen de afiliación en el contributivo se incrementó en un 17,2%, pasando de 2,9 a 3,4 por cada 100 afiliados en este régimen, mientras que el régimen subsidiado el incremento fue del 23,1%, trasladándose de 1,3% a 1,5%,

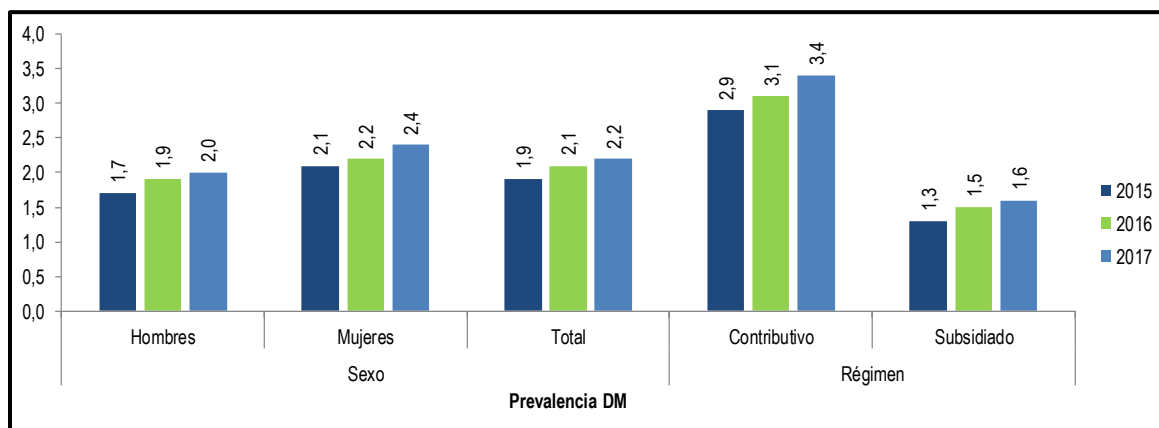


La salud
es de todos

Minsalud

respectivamente. Así mismo, se mantienen las brechas en el tiempo, a favor del régimen contributivo. (Gráfico 80)

Gráfico 80. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017



*Prevalencia ajustada para mujeres y hombres.

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, 2017.

Para 2018 los porcentajes más altos de casos de diabetes se presentaron en Valle del Cauca (3,8%), Risaralda (3,2%), Quindío (3,1%), Atlántico (3,1%), Bolívar (3,0%), Antioquia (2,9%), Caldas (2,8%), Meta (2,7%), Huila (2,7%) y Bogotá, D.C. (2,6%) no hay diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia en servicios de salud nacional y ningún departamento, con un nivel de confianza del 95%. En tanto, en Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias en servicios de salud son menor al 1,0% por debajo de la nacional (Tabla 36).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 36. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2018

DEPARTAMENTO	CASOS	PREVALENCIA	CAPITAL	PREVALENCIA
VALLE DEL CAUCA	110.554	3,8	CALI	4,0
RISARALDA	19.831	3,2	PEREIRA	3,5
QUINDÍO	10.440	3,1	ARMENIA	3,6
ATLÁNTICO	48.769	3,1	BARRANQUILLA	3,3
BOLÍVAR	38.135	3,0	CARTAGENA	4,0
ANTIOQUIA	119.419	2,9	MEDELLIN	3,4
CALDAS	15.837	2,8	MANIZALES	3,3
META	15.786	2,7	VILLAVICENCIO	3,3
HUILA	17.738	2,7	NEIVA	3,9
BOGOTÁ D.C.	130.952	2,6	BOGOTÁ D.C.	2,6
SANTANDER	32.963	2,5	BUCARAMANGA	3,3
BOYACÁ	16.944	2,5	TUNJA	2,8
TOLIMA	17.858	2,4	IBAGUE	3,1
NORTE DE SANTANDER	20.898	2,4	CUCUTA	3,0
SAN ANDRÉS	785	2,2	SAN ANDRES	2,2
SUCRE	11.791	2,1	SINCELEJO	2,8
MAGDALENA	15.789	2,1	SANTA MARTA	3,2
CUNDINAMARCA	28.918	2,1	BOGOTÁ D.C.	2,6
CÓRDOBA	19.720	2,0	MONTERIA	3,1
CESAR	12.423	1,9	VALLEDUPAR	2,3
CAUCA	13.950	1,8	POPAYAN	2,6
CAQUETÁ	3.762	1,7	FLORENCIA	2,1
NARIÑO	13.682	1,5	PASTO	2,1
GUAVIARE	680	1,5	SAN JOSE DEL GUAVIARE	1,7
PUTUMAYO	2.687	1,5	MOCOA	1,7
CASANARE	3.283	1,4	YOPAL	2,0
LA GUAJIRA	6.305	1,3	RIOHACHA	2,0
ARAUCA	1.918	1,3	ARAUCA	1,8
CHOCÓ	2.720	1,2	QUIBDO	1,8
AMAZONAS	139	0,4	LETICIA	0,5
VICHADA	100	0,2	PUERTO CARRENO	0,1
GUAINÍA	35	0,1	INIRIDA	0,2
VAUPÉS	18	0,1	MITU	0,1
COLOMBIA	754.829	2,6		

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, 2018.

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.⁹⁴ Este mismo estudio estimó 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.



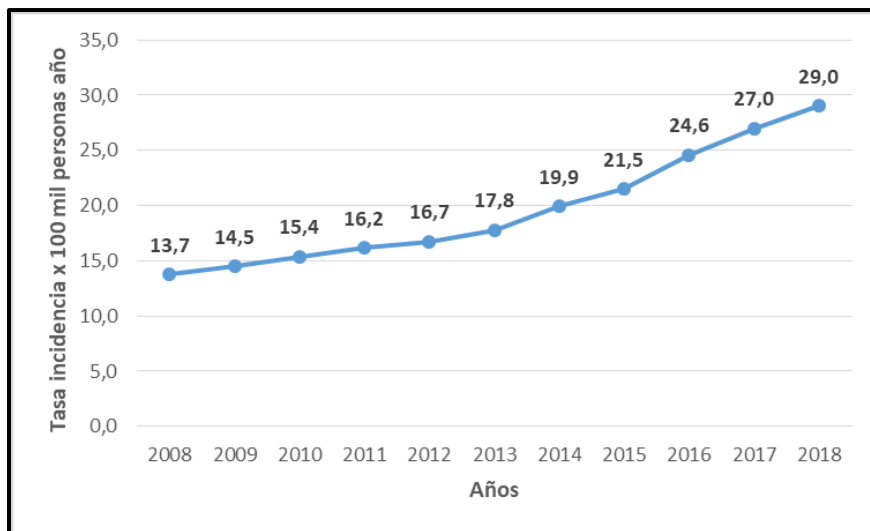
La salud
es de todos

Minsalud

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).

De acuerdo con los datos de notificación de VIH/SIDA al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en Colombia, la infección por VIH describe un comportamiento creciente a través del tiempo, para 2008 registró una tasa de 13,7 casos por 100.000 habitantes y para el 2018 se encuentra en 29,1 casos por 100.000 personas. (Gráfico 81). 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 años⁹⁹.

Gráfico 81. Tasa de incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2008-2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del SIVIGILA - INS VIH/sida 2008 - 2018.

Por otra parte, la notificación de coinfección Tuberculosis (TB) - VIH entre 2013 y 2017, fue del 74,4% de los casos que tenían VIH, desarrollaron TB en el primer año y un 15,2%, en el segundo año, lo que muestra que no se está cumpliendo la profilaxis contra la TB en pacientes con VIH, para disminuir el riesgo de desarrollar este evento.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, a 31 de enero de 2018 se reportan 95.745 afiliados al SGSSS con diagnóstico de VIH/sida, alcanzando una prevalencia de 0,19%. Los casos incidentes



La salud
es de todos

Minsalud

corresponden en un 19,3% a mujeres y el restante 80,7% hombres, para una razón hombre: mujer de 3 a 1. La media de edad fue de 31 años. El 55,8% de los casos son del régimen contributivo. Con respecto a la pertenencia étnica solamente se obtuvo registro del 3,32% de los casos de los cuales el 2,74% afrocolombianos, 0,57% población indígena y 0,015 ROM. Desde la afiliación a salud por régimen se evidencia que la prevalencia para el contributivo es de 0,25 y en el subsidio de 0,17.

Para 2018, Quindío (0,33), Bogotá, D.C. (0,25), Risaralda (0,25), Valle del Cauca (0,25) son los departamentos con mayor prevalencia por este evento en salud. En contraste, con Caquetá, Cauca, La Guajira, Arauca, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Putumayo, Boyacá, Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía que reportaron para una prevalencia menor al 0,1%.

En cuanto a la tasa de incidencia, Quindío (34,30), Risaralda (26,14), Antioquia (25,98) y Bogotá, D.C. (25,96), reportan las más altas tasas de incidencia por cada cien personas en 2018. Al comparar con Vaupés que no registro casos incidentes para este año. (Tabla 37)

Tabla 37. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2018

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	78.830	76	0,10	0,12	9	11,42	14,70
Antioquia	6.691.030	16.310	0,24	0,24	1.777	26,56	25,98
Arauca	270.708	209	0,08	0,09	34	12,56	14,61
Atlántico	2.545.924	6.096	0,24	0,23	605	23,76	23,29
Bogotá, D.C.	8.181.047	22.160	0,27	0,25	2.180	26,65	25,96
Bolívar	2.171.280	3.906	0,18	0,19	445	20,49	21,29
Boyacá	1.282.063	625	0,05	0,05	91	7,10	7,82
Caldas	993.866	1.768	0,18	0,18	200	20,12	20,49
Caquetá	496.241	313	0,06	0,07	28	5,64	6,07
Casanare	375.249	564	0,15	0,15	77	20,52	20,17
Cauca	1.415.933	1.250	0,09	0,09	195	13,77	13,79
Cesar	1.065.673	1.920	0,18	0,20	213	19,99	21,27
Chocó	515.145	228	0,04	0,06	23	4,46	4,77
Córdoba	1.788.507	3.242	0,18	0,19	414	23,15	23,87
Cundinamarca	2.804.238	2.209	0,08	0,08	223	7,95	7,92
Guainía	43.446	12	0,03	0,03	1	2,30	3,26
Guaviare	115.829	99	0,09	0,11	8	6,91	7,70
Huila	1.197.081	1.529	0,13	0,13	188	15,70	15,81
La Guajira	1.040.157	808	0,08	0,09	105	10,09	11,42
Magdalena	1.298.691	2.352	0,18	0,21	285	21,95	24,23
Meta	1.016.701	1.911	0,19	0,19	211	20,75	20,59
Nariño	1.809.116	1.333	0,07	0,07	209	11,55	11,60
Norte de	1.391.239	2.902	0,21	0,22	319	22,93	23,41



La salud
es de todos

Minsalud

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Santander							
Putumayo	358.896	234	0,07	0,07	31	8,64	9,15
Quindío	575.010	1.979	0,34	0,33	198	34,43	34,30
Risaralda	967.767	2.519	0,26	0,25	254	26,25	26,14
San Andrés	78.413	92	0,12	0,11	5	6,38	5,95
Santander	2.090.839	3.556	0,17	0,16	388	18,56	18,35
Sucre	877.057	1.585	0,18	0,19	192	21,89	22,66
Tolima	1.419.947	1.624	0,11	0,12	170	11,97	12,60
Valle del Cauca	4.756.113	12.311	0,26	0,25	1.166	24,52	23,84
Vaupés	44.928	11	0,02	0,03	0	0,00	0,00
Vichada	77.276	12	0,02	0,02	2	2,59	2,75
Colombia	49.834.240	95.745	0,19	0,19	10.246	20,56	20,56

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2018.

Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, en 2018, se registraron 761 mujeres en gestación con VIH, esta cifra descendió en 87 casos comparada con el 2018 (674). 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 concentró 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

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 83,6% (336) recibían la terapia antirretroviral. En relación con esta cobertura en niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH se identifica que el 80% (16), en población general de las 95.745 personas



La salud
es de todos

Minsalud

diagnosticadas con VIH se observa que la cobertura es de 82,9% (74.568), de éstas el 65,3% (48.707) tiene supresión viral. Según el régimen de afiliación, se encuentra que la cobertura más alta está dada en el contributivo con 88%, seguido del especial y subsidiado con 83% y 78% respectivamente.

Leucemia y mieloides aguda y linfoides agudas 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 linfoides, 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”¹⁰⁰.

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 año¹⁰¹.

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 célere 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)¹⁰².



La salud
es de todos

Minsalud

Por tipo, la Leucemia Linfóide Aguda (LLA) es la forma de cáncer más común en niños menores de 15 años en los países latinoamericanos¹⁰³, corresponde al 76% de todas las leucemias y uno de cuatro niños menores de 15 años la padecen¹⁰⁴. 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 oportunidad¹⁰²⁰².

Entre 2008 y 2018, se reportaron al SIVIGILA 4.206 casos de Leucemia Aguda Linfóide Pediátrica (LAL), con un promedio de 382,4, 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 82). En Bogotá, D.C. (746), Antioquia (459), Valle del Cauca (381), Santander (266), Cundinamarca (246), Huila (161), Tolima (158), Bolívar (157), Norte de Santander (141), Atlántico (138), Cauca (129), Nariño (127), Meta (119), Boyacá (117), Córdoba (117) y Caldas (112), 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 2018, se registraron al SIVIGILA 797 casos, con una media anual de 72, 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. (149), Antioquia (84), Valle del Cauca (72), Cundinamarca (60), Santander (40), Bolívar (38), Norte de Santander (34), Tolima (31), Nariño (29), Córdoba (27), Boyacá (26), Meta (26) y Huila (25).



La salud
es de todos

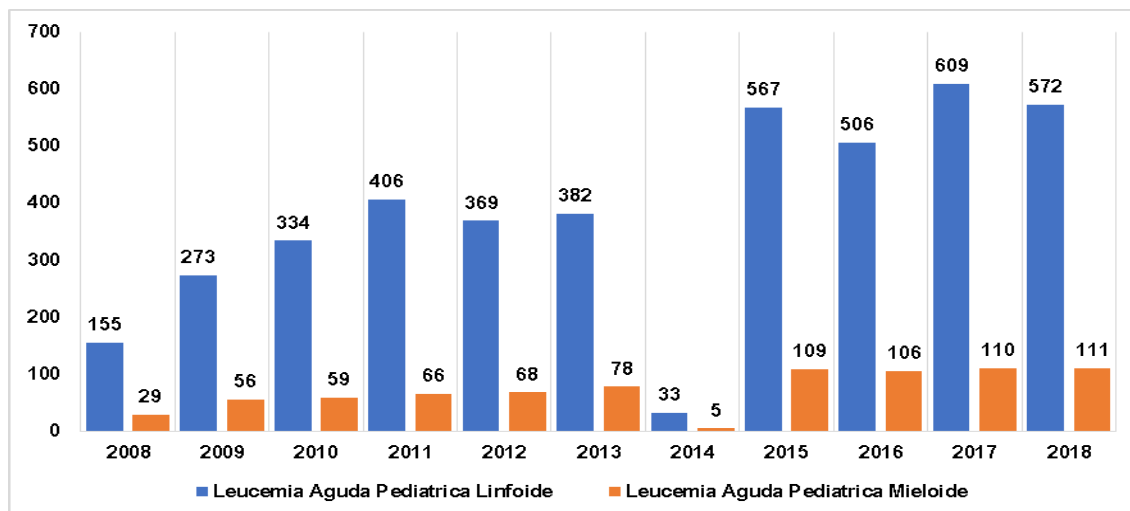
Minsalud



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 82. Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del cubo de SIVIGILA, MINSALUD, consulta del 1 de noviembre del 2020.

De acuerdo con 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 Linfóide 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.¹⁰⁵

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.

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.



La salud
es de todos

Minsalud

Colombia en 2019 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 38.

Tabla 38. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2019.

Tipo de atención	Total Migrantes atendidos	Distribución %
Consulta Externa	519.802	35%
Procedimientos	425.698	29%
Medicamentos	321.656	22%
Servicios de urgencias	106.750	7%
Hospitalización	81.131	5%
Nacimientos	27.162	2%
Total	1.482.199	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

El 57% 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, mientras tanto Chocó, Caquetá, Guaviare y Vaupés solo reportan el 0,01% de las atenciones. Frente a los tipos de atención el comportamiento de la mayoría de los departamentos es similar al descrito en el consolidado nacional (Tabla 39).

Tabla 39. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2019.

Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias
Bogotá, D.C.	109.830	18.236	48.214	91.453	7.698	8.981
Antioquia	65.776	8.692	30.382	64.217	3.896	16.173
Norte de Santander	49.253	10.381	37.805	37.047	5.748	8.363
Valle del Cauca	38.706	3.206	20.359	37.536	185	6.519
La Guajira	37.847	4.953	40.962	27.089	1.366	10.535
Bolívar	25.000	2.851	11.131	16.096	111	4.371
Atlántico	23.402	4.725	16.703	18.213	259	5.706
Magdalena	20.982	4.791	16.553	14.972	1.798	7.550
Santander	19.067	3.919	13.994	18.362	1.371	4.569
Cesar	17.746	2.372	21.796	16.042	615	7.050
Cundinamarca	16.543	2.485	9.143	13.550	556	4.439



La salud
es de todos

Minsalud

Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias
Nariño	14.836	857	11.603	5.395	40	1.562
Arauca	12.275	2.916	8.739	9.825	1.155	3.962
Risaralda	11.756	1.008	3.463	9.654	329	488
Meta	6.901	1.277	3.675	6.906	150	589
Boyacá	5.853	1.426	4.082	4.795	340	3.041
Casanare	5.168	933	4.142	5.382	118	875
Córdoba	4.948	640	2.308	3.208	133	3.254
Tolima	4.062	408	1.751	3.728	87	722
Cauca	2.863	652	2.055	2.602	231	525
San Andrés	2.344	143	1.550	911	5	72
Putumayo	2.069	204	1.430	2.735	67	1.089
Huila	1.992	423	1.102	1.898	167	690
Caldas	1.473	247	448	1.646	67	67
Guainía	1.169	191	925	988	10	221
Sucre	1.157	261	592	1.298	77	483
Quindío	971	292	62	1.083	161	119
Vichada	189	36	142	185	2	27
Amazonas	114	59	84	836	27	38
Chocó	89	3	68	17	2	3
Caquetá	75	19	29	65	6	16
Guaviare	61	5	3	67	2	1
Vaupés	8	3	10	13		3
Colombia	519.802	81.131	321.656	425.698	27.162	106.750

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

En el país en 2019 se atendieron 311.318 personas migrantes, siendo Venezuela el país que mayor número aporta con un 64,2%, 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 40).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2019.

País de procedencia del migrante	2019	Distribución
República Bolivariana de Venezuela	499.858	72,3%
Sin identificador de país	146.919	21,2%
Otros	37.495	5,4%
Ecuador	4.143	0,6%
Perú	2.086	0,3%
Panamá	1.055	0,2%
Nicaragua	206	0,0%
Brasil	31	0,0%
Total	691.793	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

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 41.

Tabla 41. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2019.

Departamento	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Otros	Panamá	Perú	Venezuela	Sin Dato	Total
Bogotá D.C.	1.079	1.836	115	16.545	454	1.237	88.090	40.292	149.648
Antioquia	209	377	10	6.989	243	282	51.861	32.080	92.051
Norte de Santander	9	41	-	242	4	14	56.217	5.408	61.935
La Guajira	1	3	-	13	2	-	53.378	3.133	56.530
Valle del Cauca	134	674	39	6.193	227	195	39.035	6.805	53.302
Atlántico	28	21	6	745	21	16	26.969	6.149	33.955
Cesar	1	4	1	83	-	-	29.238	3.086	32.413
Bolívar	7	16	-	94	3	11	22.295	5.346	27.772
Santander	16	52	1	943	9	20	22.718	1.647	25.406
Magdalena	3	4	-	101	-	2	20.595	4.056	24.761
Cundinamarca	46	75	3	1.145	18	39	11.814	7.190	20.330
Nariño	15	315	-	103	1	18	13.041	3.680	17.173
Arauca	-	9	-	6	-	2	14.403	161	14.581
Risaralda	53	171	15	1.810	35	67	10.053	2.245	14.449
Meta	2	14	-	155	-	17	5.534	2.492	8.214
Boyacá	6	22	1	103	1	7	5.440	1.112	6.692
Casanare	-	11	1	22	-	1	6.249	103	6.387
Córdoba	-	12	1	31	1	5	4.810	965	5.825
Tolima	7	13	-	357	2	22	2.201	2.730	5.332
Cauca	-	37	-	67	1	5	1.872	1.489	3.471
Putumayo	2	251	-	23	-	23	2.496	589	3.384
Huila	10	35	3	188	3	15	1.917	364	2.535
San Andrés	5	-	1	27	-	5	10	2.359	2.407
Caldas	15	18	2	375	5	15	807	972	2.209
Sucre	1	3	-	30	4	3	642	954	1.637
Quindío	8	27	2	210	1	7	818	203	1.276
Guainía	7	3	-	1	1	-	1.175	16	1.203
Amazonas	678	1	-	9	-	55	97	22	862
Vichada	-	-	-	14	-	-	241	1	256
Chocó	1	-	-	6	-	-	115	2	124
Caquetá	-	3	-	12	-	1	48	12	76



La salud
es de todos

Minsalud

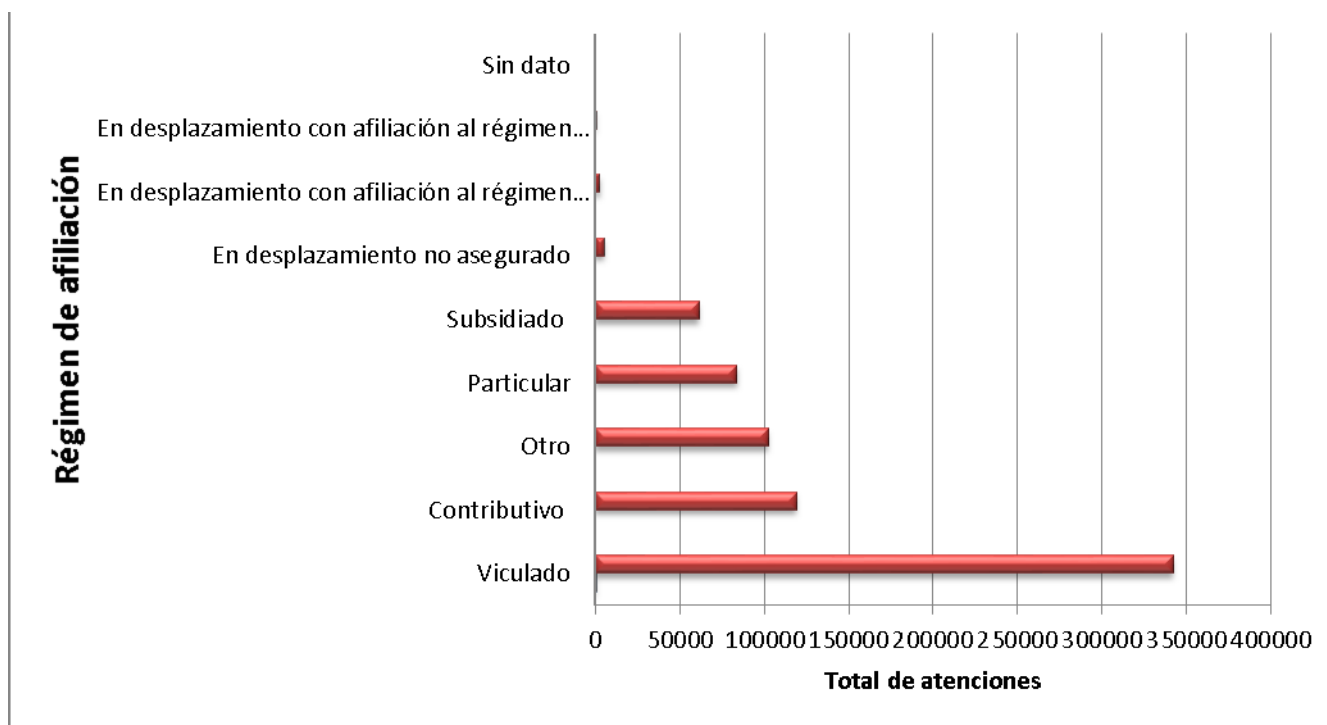
Departamento	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Otros	Panamá	Perú	Venezuela	Sin Dato	Total
Guaviare	-	1	-	4	-	-	45	22	72
Vaupés	2	4	-	3	1	1	3	2	16
Colombia	2.345	4.053	201	36.649	1.037	2.085	494.227	135.687	676.284

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

Colombia en el año 2018 registró un total de 676.284 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 47,8% se registró en el régimen No afiliada con 342.134 personas migrantes atendidas seguida del régimen contributivo con 118.907 personas (16,6%) y otro con 102.235 personas (14,3%). En el Gráfico 83 se registra la distribución de personas migrantes atendidas según el régimen de afiliación en salud en el país.

Gráfico 83. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2019



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.



La salud
es de todos

Minsalud

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

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”¹⁰⁶. “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”¹⁰⁷. 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 poblacionales¹⁰⁷.

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 3,1.¹⁰⁸

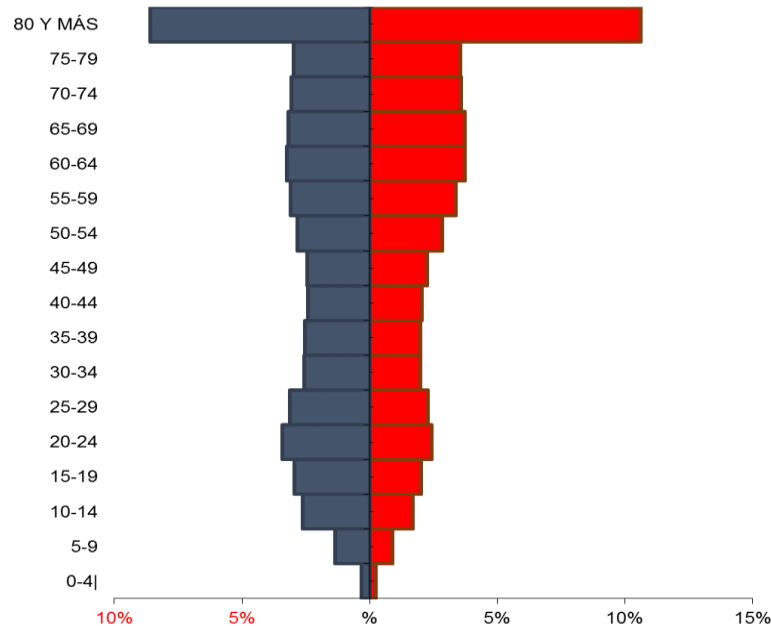
El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia entre 2013 y 2020 las personas con discapacidad fueron 6.724.362. Se distribuyen el 60,27% hombres (3.380.444) y 49,73% mujeres (3.343.918). El 19,0% (278.556) se las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más, le siguen el grupo de edad de 60 y 64 con el 7,0% (102.124). (Gráfico 84) Las alteraciones con mayor auto reporte corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,5%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,6%. (Tabla 42)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 84. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2020



*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2020

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 cardiorrespiratorio 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 agosto de 2020. Consultado el 25 de noviembre de 2020. 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

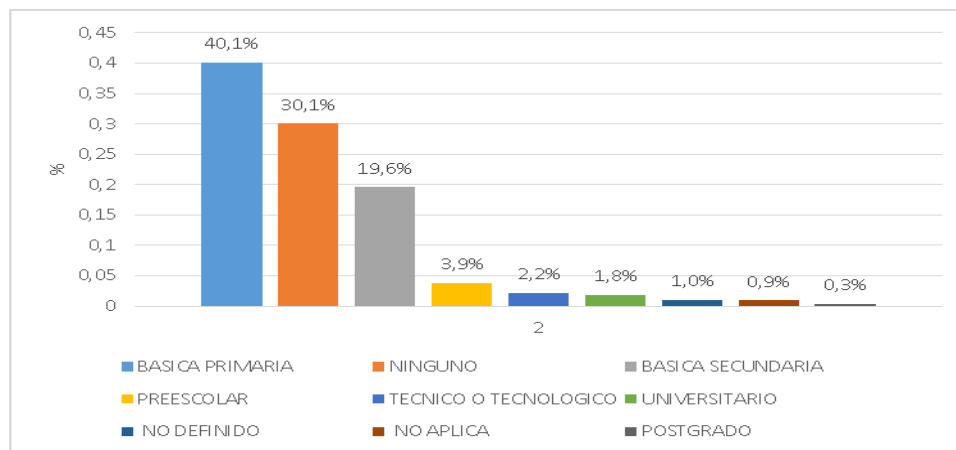


La salud
es de todos

Minsalud

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 85)

Gráfico 85. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2020



*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 1 de noviembre de 2020. 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 86).

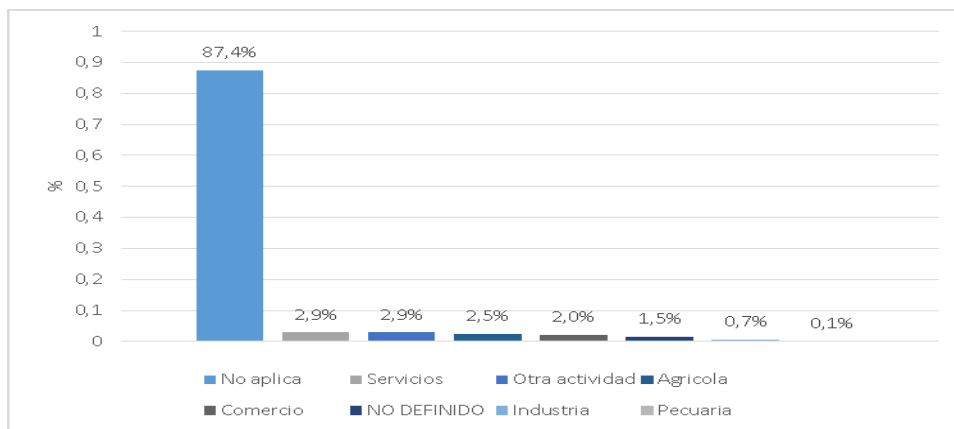
El 10,4% (161.969) de las personas en condición de discapacidad registradas declararon tener personas a cargo. El 38,4% (596.617) habita en vivienda propia totalmente pagada, el 24,6% (382.486) vive en arriendo y el 20,1% (313.381) en vivienda de familiar sin pagar arriendo.



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 86. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2020



*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 1 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

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).

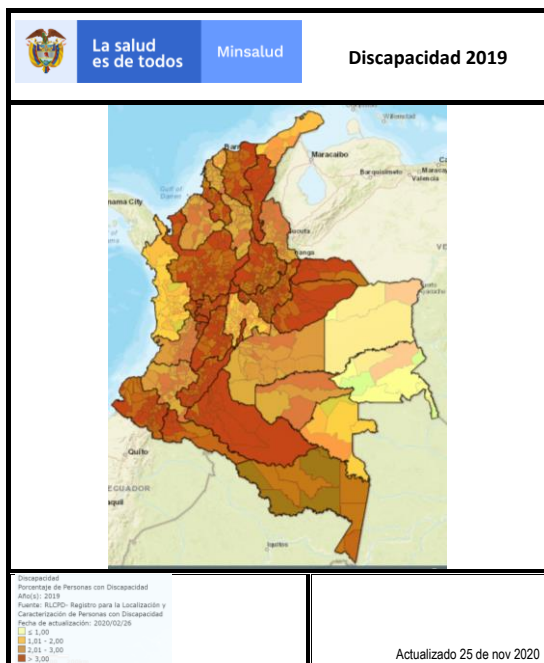
Existen diferencias departamentales en el porcentaje de personas en condición de discapacidad. Para 2018 sobresalieron Huila (4,8), Sucre (4,3), Quindío (4,3), Casanare (4,03), Santander (3,9), Cesar (3,7), Bogotá D.C (3,6) y Risaralda (3,5) con proporciones superiores al 3,5%. (Mapa 26)



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 26. Porcentaje de personas en condición de discapacidad según departamentos, 2019



Departamento	2019
HUILA	6,5
QUINDIO	5,19
SUCRE	4,33
BOGOTÁ D.C.	4,1
NARIÑO	3,84
SANTANDER	3,79
RISARALDA	3,76
CASANARE	3,59
CAQUETA	3,53
BOYACA	3,42
PUTUMAYO	3,42
AMAZONAS	3,41
MAGDALENA	3,29
TOLIMA	3,28
CESAR	3,24
CALDAS	3,17
ARAUCA	3,11
ANTIOQUIA	3,11
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS	2,95
VALLE DEL CAUCA	2,92
META	2,49
NORTE DE SANTANDER	2,36
BOLÍVAR	2,35
GUAVIARE	2,14
CAUCA	2,13
CORDOBA	2,12
LA GUAJIRA	1,8
CUNDINAMARCA	1,74
ATLÁNTICO	1,72
VAUPES	1,63
CHOCO	1,09
GUAINÍA	0,95
VICHADA	0,95

*Corte a agosto de 2019. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS

Mortalidad

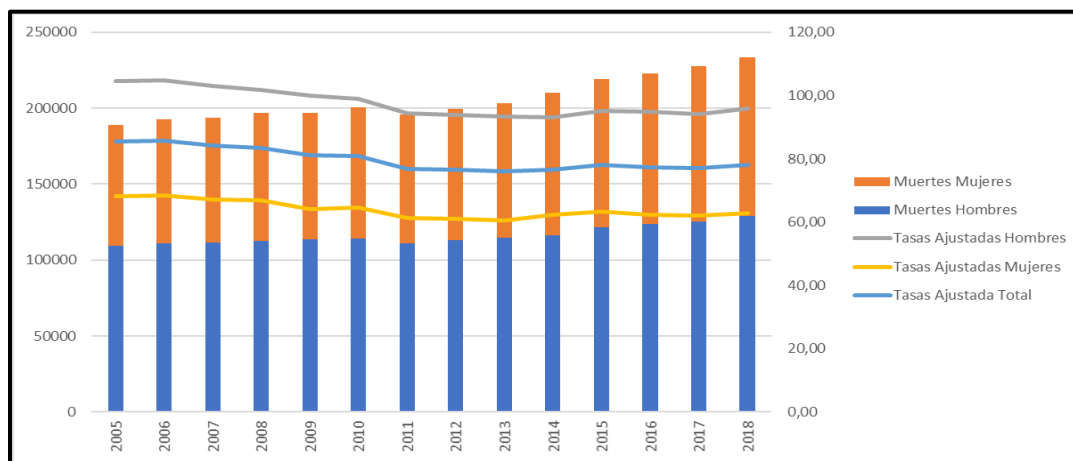
Entre 2005 y 2018 en Colombia se produjeron en promedio 205.898 defunciones no fetales anuales, con una desviación estándar de 12.398. En general, la tendencia fue decreciente; durante este periodo la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 13%, pasando de 526,87 a 457,5 muertes por cada 100.000 personas año. El 56,47% (116.275) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 43,51% (89.588) en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se mantuvo constante, siendo para 2018, la tasa ajustada por edad un 52% más alta en hombres que en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de 192 muertes por cada 100.000 habitantes. (Gráfico 87)



La salud
es de todos

Minsalud

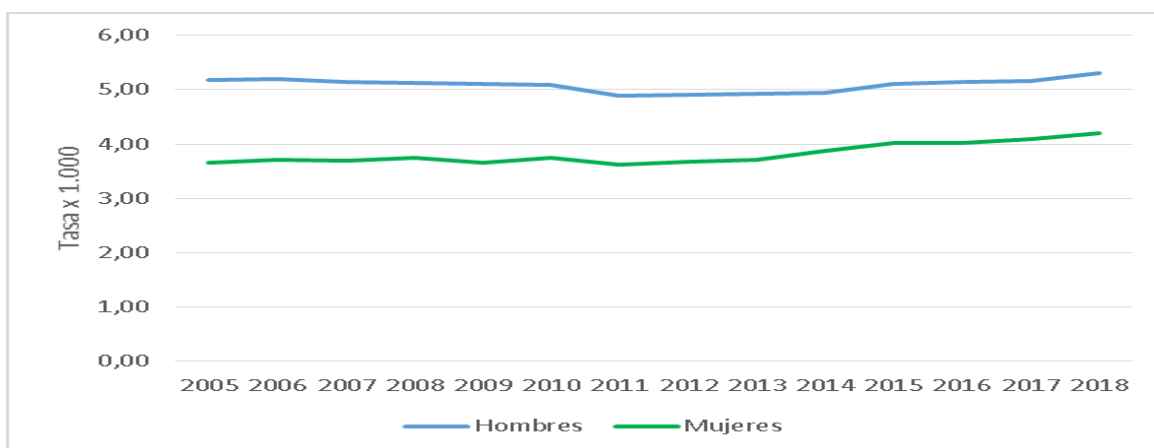
Gráfico 87. Mortalidad general, 2005-2018



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 [SISPRO]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2018. Consultado el 30 de septiembre de 2020

Entre 2005 y 2018 la tasa de mortalidad cruda ha oscilado entre 4,25 y 4,75 muertes por cada 1.000 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 88)

Gráfico 88. Comportamiento de mortalidad general por sexo, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE. (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sistro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2018. Consultado el 30 de septiembre de 2020

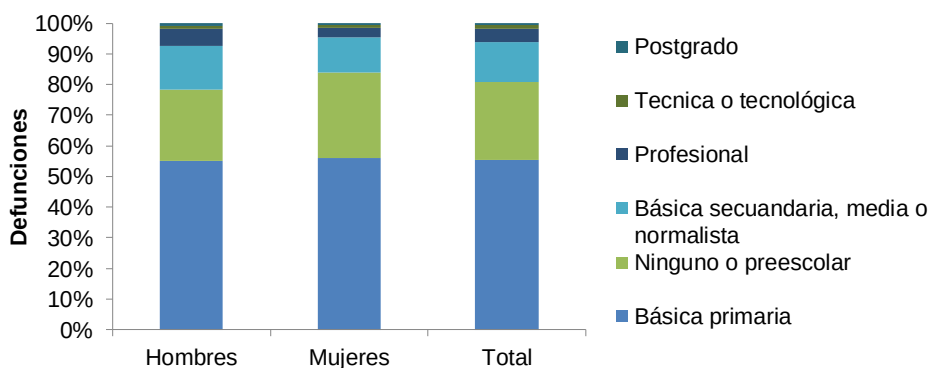


La salud
es de todos

Minsalud

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 2018 el 59,8% de los registros tenía información por nivel educativo; de estos, el 74,52% (791.141) de las muertes ocurrió en aquellos que habían alcanzado la básica primaria, seguido del 34,17% (362.786) de la categoría ningún nivel educativo o preescolar, el 17,48% (185.618) que lograron la básica secundaria, media o normalista y del 5,79% (61.522) lograron ser profesionales. (Gráfico 89)

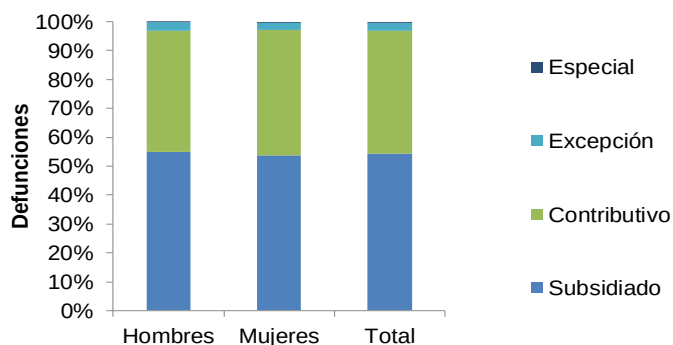
Gráfico 89. Mortalidad según nivel educativo, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Alrededor del 87,0% de los registros tenía información de régimen de afiliación. De estos, el 59,97% (1.195.837) de las muertes ocurrió en el régimen subsidiado, el 47,01% (937.481) en el contributivo, el 2,99% (59.701) entre el régimen de excepción y el 0,38% (7.556) para el régimen especial. (Gráfico 90)

Gráfico 90. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

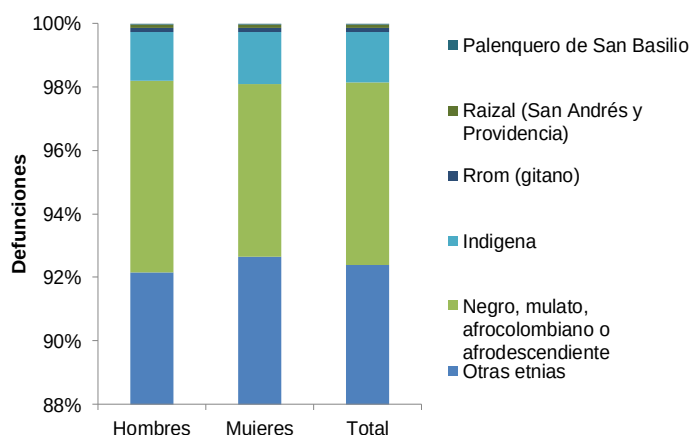


La salud
es de todos

Minsalud

El 27,5% de los registros tenía información de etnia; de estos, el 92,4% (1.774.783) de las muertes fue clasificado como de otras etnias, el 5,8% (110.911) como negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente, dejando un 1,6% (30.434) para indígenas, Rom (0,12%), raizales (0,10%) y palenqueros (0,04%). (Gráfico 91)

Gráfico 91. Mortalidad según etnia, 2008-2018

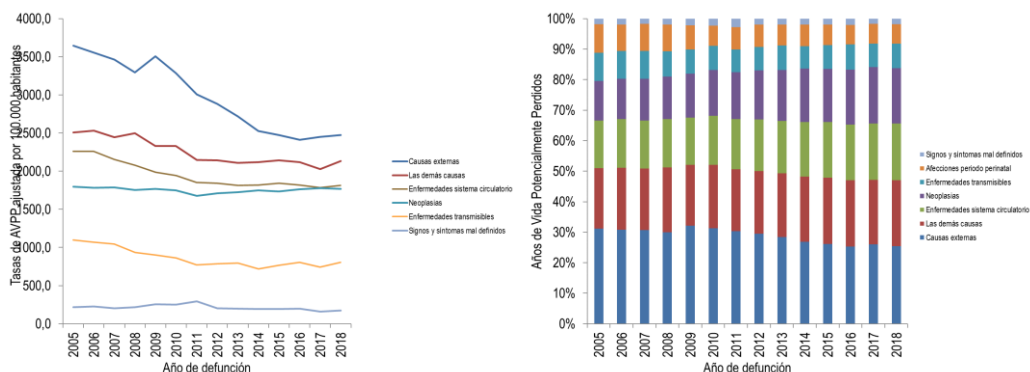


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Mortalidad general por grandes causas

Entre 2005 y 2018 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Aunque entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad siguieron una tendencia decreciente pasando de 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, la tendencia muestra una corta estabilización y posterior incremento de la mortalidad por esta causa. Para 2017 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 150,30 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 30,5% (808.245) de las defunciones y el 16,7% (1.040.2674) 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 118,36 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total del 5,3%. Para 2017 estas causas produjeron el 25,3% (57.206) de todas las muertes y el 20,74% (989.752) de los AVPP.

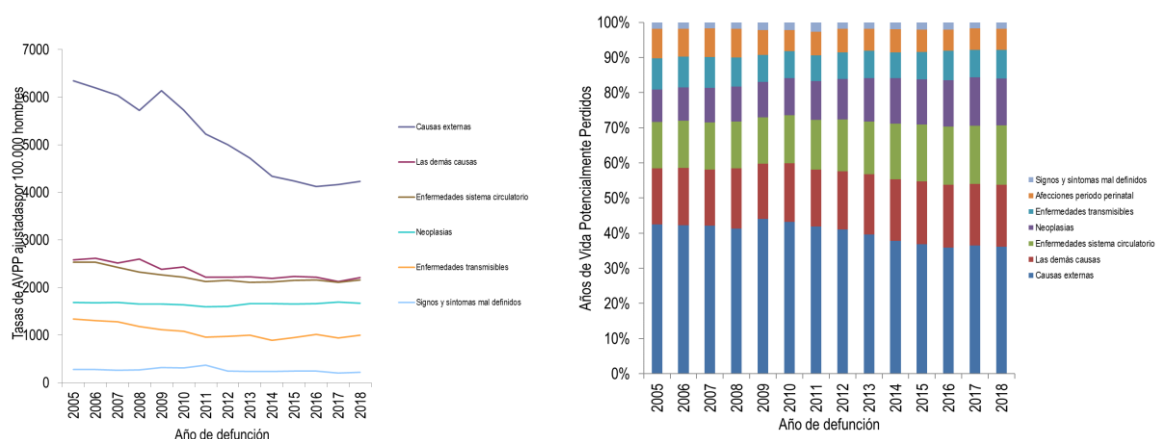
Gráfico 92. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 20 de noviembre de 2020.

De la misma manera, para 2018 las causas externas son las que presentaron una tendencia creciente y aportaron el 20,20% (45.985) de las muertes y el 25,38% (1.241.646) de los AVPP. Las demás causas constituyeron la segunda causa de muerte con un 21,70% (1.061.502) del total de la mortalidad en el periodo. Las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en el tercer lugar con un 18,53%, le siguen las neoplasias con un 18,09%. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 8,15% (398.585) de las muertes. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 6,36% (311.911) y los signos y síntomas mal definidos 1,79% (87.477) de los decesos. (Gráfico 93)

Gráfico 93. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 25 de noviembre de 2020.



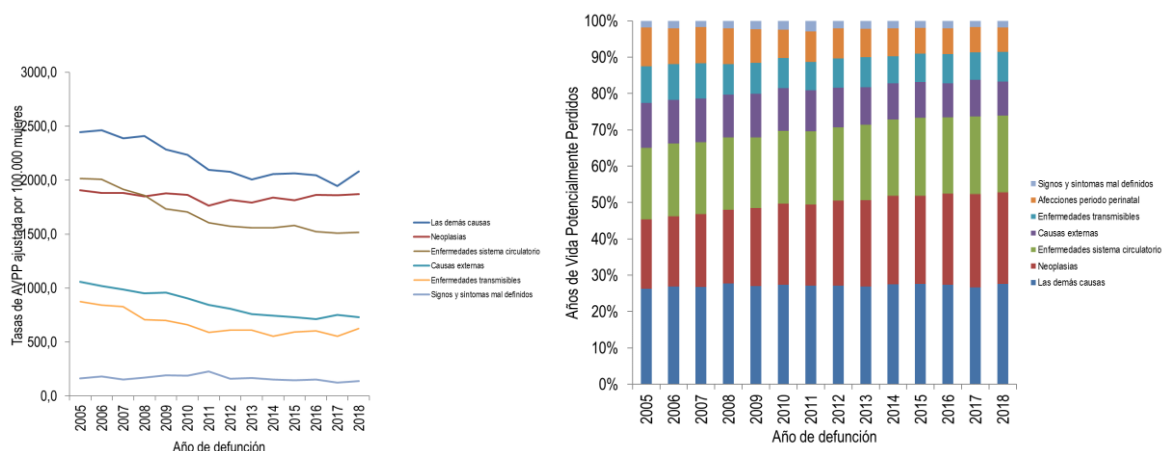
La salud
es de todos

Minsalud

El comportamiento de la mortalidad por las causas externas en hombres es similar al descrito previamente para la población total, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2018 provocaron el 36,08% (1.058.082) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubica en segundo lugar de frecuencia de mortalidad con una tendencia constante que para 2018 con un 17,74% (520.256). Las enfermedades del sistema circulatorio produjeron el 16,81% (493.083) de los AVPP y a pesar de que las defunciones por esta causa han disminuido llevándolas al tercer lugar de frecuencia, son la primera causa de mortalidad prematura en este sexo. Las neoplasias por su parte, con una tendencia creciente, alcanzaron un 13,35 de muertes para el 2018. Las enfermedades trasmisibles ocupan el cuarto lugar con un 8,14% (238.653). Las afecciones del periodo perinatal junto con los signos y síntomas mal definidos fueron las causas de mortalidad menos frecuente, aportaron el 6,10% (178.760) y 1,79 (52.460) de las muertes. (Gráfico 94)

Entre 2005 y 2018 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las demás causas provocando el 27,63% (541.246) de todos los AVPP en este sexo. En segundo lugar, están las neoplasias con un 25,19% (493.550), le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con un 21,09% (413.198). En cuarto lugar, se encuentran las causas externas con un 9,37% (183.564), seguidas de las enfermedades trasmisibles con un 8,16% (159.931). Finalmente, están las afecciones del periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos que aportan un 6,76% (132.431) y 1,79% (35.016). (Gráfico 94)

Gráfico 94. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2018





La salud
es de todos

Minsalud

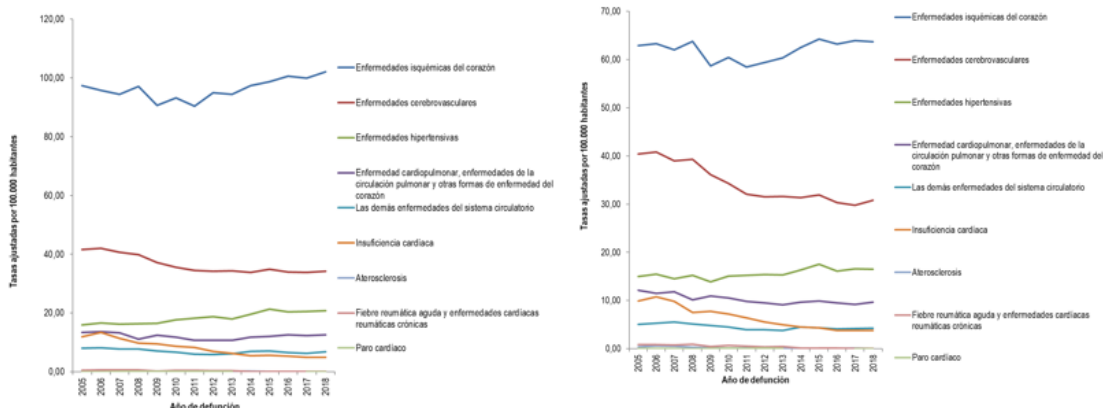
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 25 de noviembre de 2020.

Mortalidad específica por subgrupos

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2005 y 2018 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres. Para el último año, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 53,3% (38.618) de las muertes dentro del grupo, exhibiendo tasas ajustadas de mortalidad oscilantes entre 78,89 y 80,07 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 21,1% (15.260) 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 12,2% (8.841) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos. (Gráfico 95)

Gráfico 95. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Para 2018 Atlántico, Norte de Santander, Sucre, Tolima y Arauca registraron tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio significativamente más altas que la nacional. En tanto, Chocó, La Guajira, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tuvieron tasas significativamente



La salud
es de todos

Minsalud

menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Mortalidad por neoplasias

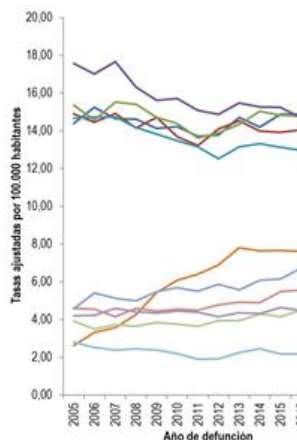
Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2018, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causaron el 4,6% (22.329) de las defunciones y exhibieron tasas oscilantes entre 14,2 y 14,0 muertes por cada 100.000 habitantes. El tumor maligno de estómago provocó el 12,6% (61.754) de las defunciones y sus tasas disminuyeron en un 20,2% durante el periodo, pasando de 13,5 a 10,7 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 14,88 muertes por cada 100.000 hombres. Por su parte, la mortalidad por cáncer de mamá en las mujeres aumentó en un 23,62% pasando de 10,15 a 12,55 muertes por cada 100.000 mujeres. (Gráfico 96)

Para 2018 Quindío y Risaralda registraron tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias significativamente más altas que la nacional. En tanto, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño, Sucre, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 96. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2018

Hombres

Mujeres



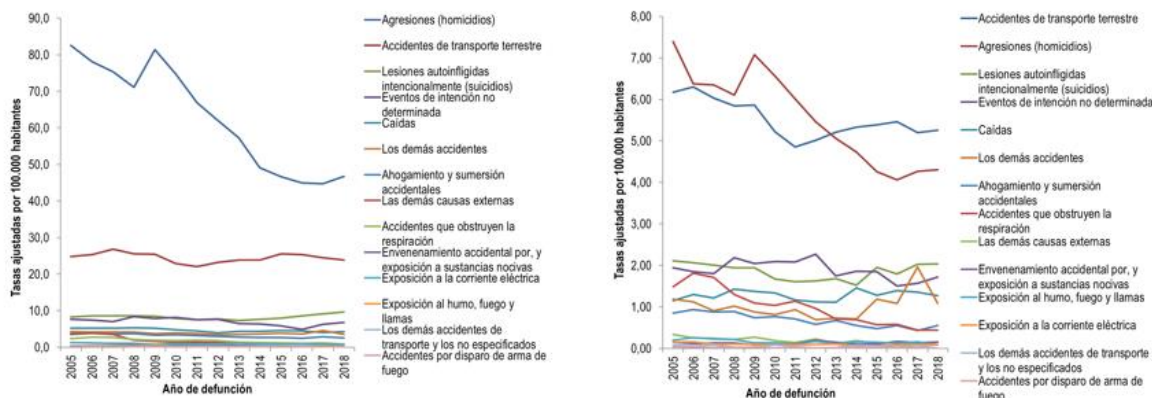
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Mortalidad por causas externas

Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad. En 2018 las agresiones (homicidios) provocaron el 42,2% (12.093) del total de muertes por causas externas con tasas tendientes a disminuir pasando de 44,05 a 24,30 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual se traduce en una reducción del 44,75%. Existe una brecha importante entre sexos, la tasa de mortalidad por homicidios es 10,5 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre provocaron el 25,0% (85.469) de las muertes por causas externas y se han constituido como la primera causa de mortalidad para las mujeres (5,20 por cada cien mil mujeres) aunque la tasa es 4,70 veces mayor para los hombres (25,45 por cada cien mil hombres). (Gráfico 97)

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 97.Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

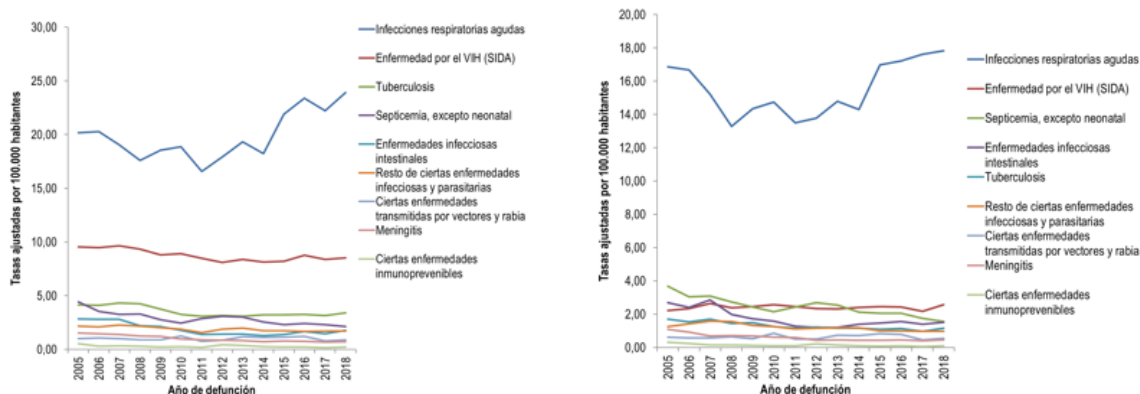
Minsalud

Mortalidad por enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2018 produjeron el 51,8% (94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, al VIH (SIDA) se le atribuyó el 17,20% (31.280) de las muertes por enfermedades transmisibles y constituye la segunda causa de muerte más frecuente con tasas oscilantes en un rango de 5,7 y 5,2. La frecuencia de mortalidad por subcausas en este grupo es similar entre sexos. (Gráfico 98)

Para 2018 Atlántico reportó la tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas significativamente más altas que la nacional. En tanto, Nariño, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía y Vaupés tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 98. Mortalidad por enfermedades transmisibles Hombres en hombres mujeres, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido decreciente y constante. Entre 2005 y 2018 el 44,6% (25.977) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios

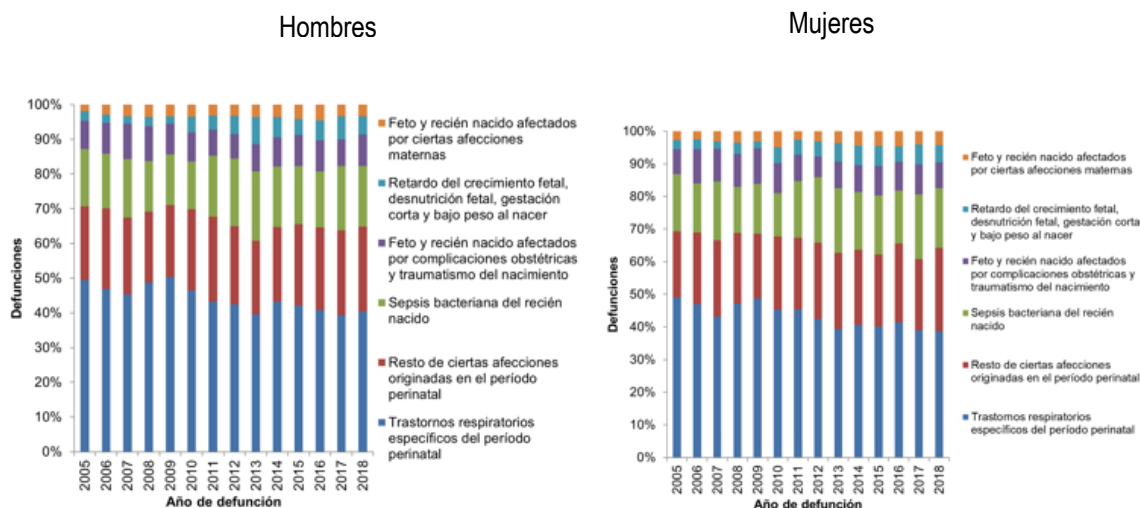


La salud
es de todos

Minsalud

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 21,7% (12.640) de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 16,8% (9.788). El Comportamiento entre sexos es similar. (Gráfico 99)

Gráfico 99. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

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-Q99¹⁶. Entre 2005 y 2017, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo, causando el 23,3% (152.031) 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 invertir su tendencia y tornarse al incremento hasta alcanzar un valor de 30,08 en 2018. En segundo lugar, la diabetes mellitus provocó el 14,2% (92.612) de las defunciones dentro del grupo, con tasas ajustadas tendientes al descenso, pasando de 21,81 a 15,83 para una reducción relativa del 40,5% y absoluta de 6,28 muertes menos por cada 100.000 personas año. (Gráfico 100)



La salud
es de todos

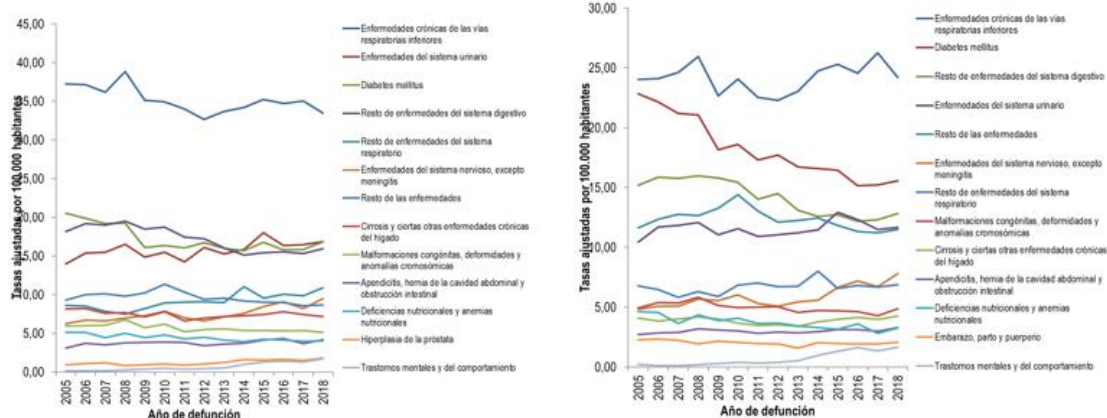
Minsalud



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 100. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

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 2030¹⁰⁹. 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 000¹¹⁰.

Según datos de la OPS, en 2017 la razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, en América Latina fue de 58,2. Los países que registraron valores por encima de la región fueron República Bolivariana de Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4). En tanto, Chile, Argentina, Colombia y Ecuador, registraron razones de mortalidad materna por debajo de América Latina⁷⁴.



La salud
es de todos

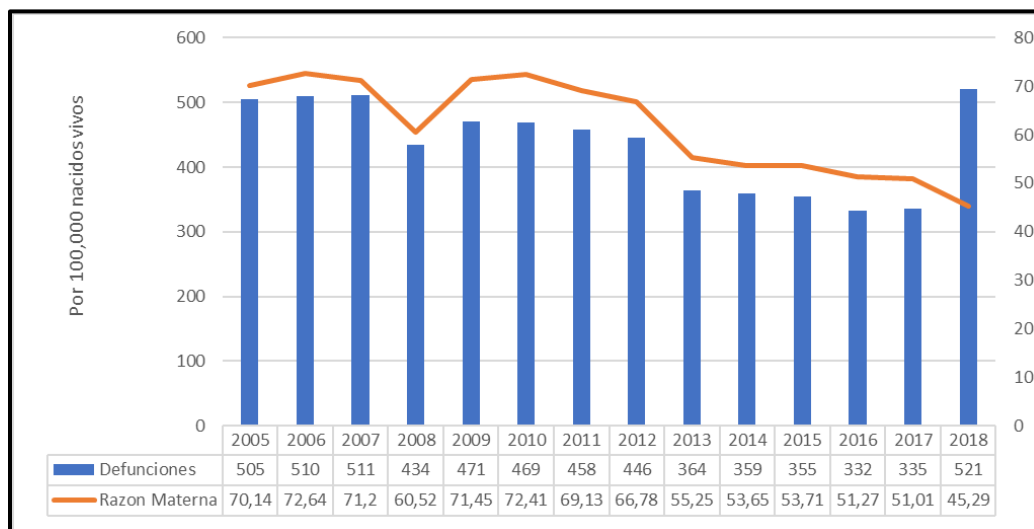
Minsalud

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 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 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo con un APC de 4,5. Posteriormente entre 2011 y 2018 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa.

Durante todo el periodo la reducción fue del 51,3%, lo que se traduce en 51 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7 (IC95%: 0,0 – 64,2) (Gráfico 101).

Cabe resaltar, que el país debe continuar avanzando para lograr alcanzar la meta nacional a 2018 de 51 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Así mismo, se deben redoblar los esfuerzos del país para avanzar en 2030, reducir la razón nacional de mortalidad materna a menos de 32,0 por cada 100.000 nacidos vivos¹¹¹.

Gráfico 101. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 - 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado 25 de septiembre de 2020.



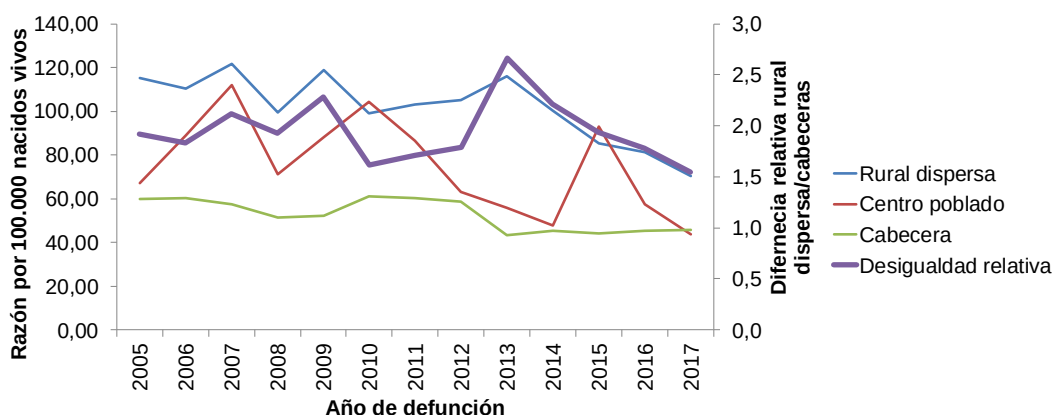
La salud
es de todos

Minsalud

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 humanitaria¹¹⁰. 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 2017 se produjeron 24,97 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 indicando que para el último año la razón fue un 50% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras. (Gráfico 102)

Gráfico 102. Mortalidad materna según área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

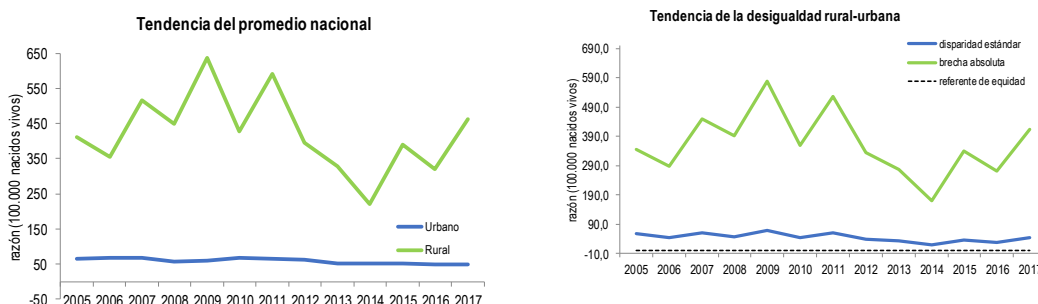
Entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por área de residencia se observa que la mortalidad es mayor en el área rural que en el área urbana, aunque su tendencia se muestra levemente al aumento en ambos casos con 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 103)



La salud
es de todos

Minsalud

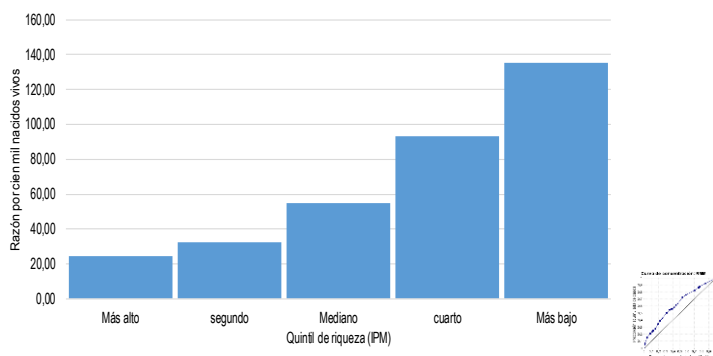
Gráfico 103. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017



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.

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 104)

Gráfico 104. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.

Consultado el 20 de abril de 2019.

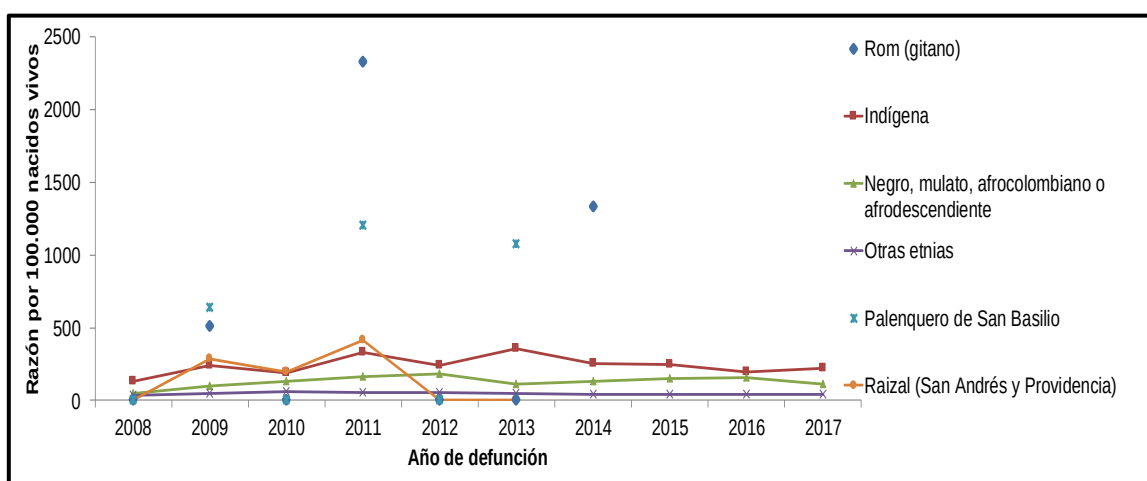


La salud
es de todos

Minsalud

Para 2017 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 222,2 y 110,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es cuatro veces mayor en mujeres indígenas y dos veces mayor en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional. (Gráfico 105)

Gráfico 105. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

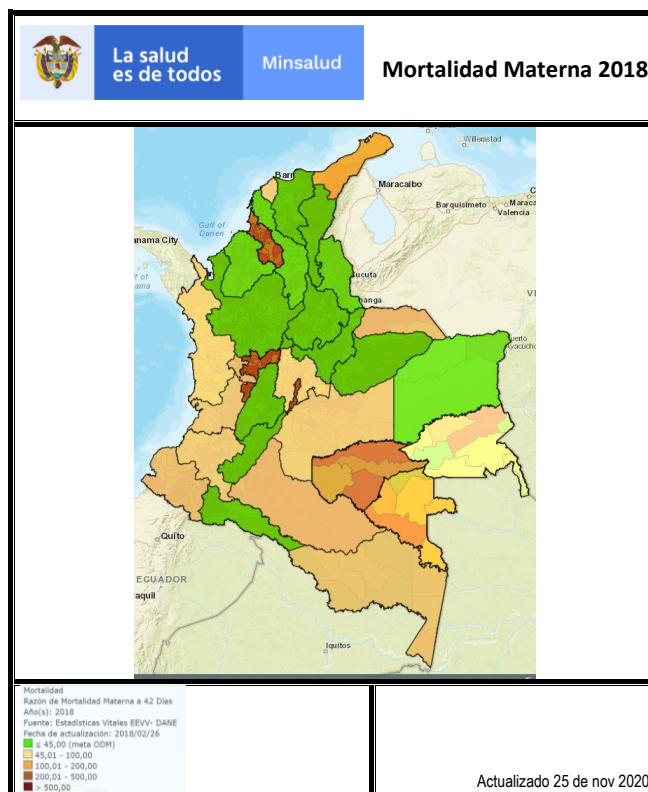
La interacción de los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad y ruralidad influenciaron que, para 2018 Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Amazonas, Vichada, tuvieran las razones de mortalidad más altas del país. En tanto, Antioquia, Bogotá D.C., Cundinamarca, Huila, Santander, Arauca, Casanare y Putumayo, reportaran razones por debajo del promedio nacional. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 27)



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 27. Mortalidad materna según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

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 superan⁶¹. 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 tiempo¹¹². Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales¹¹³, se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida¹¹². 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.

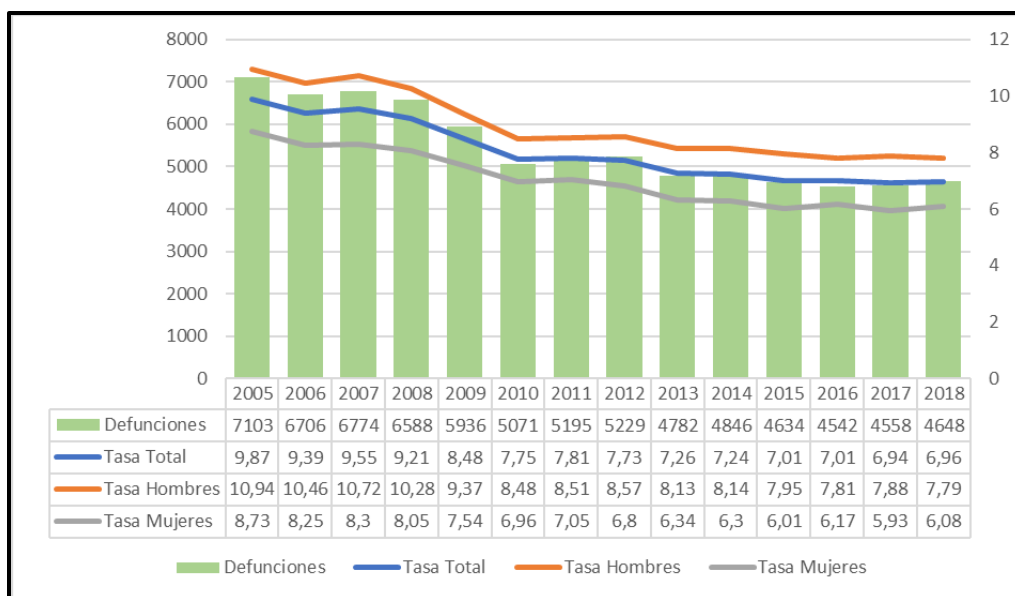


La salud
es de todos

Minsalud

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 2018 de 8.838.163 nacidos vivos se produjeron 76.612 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.472 muertes y una desviación estándar de 930 defunciones; el número de muertes osciló entre 4.526 y 7.016. Durante el periodo, las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,92 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 29,7%; su tendencia fue similar para ambos sexos. (Gráfico 106)

Gráfico 106. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2020.

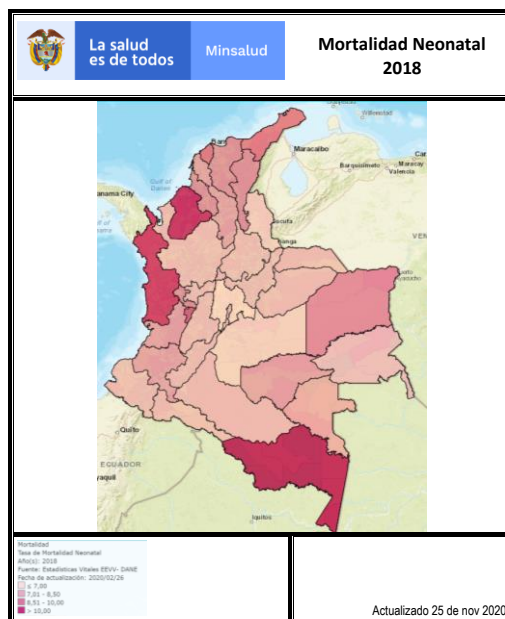
Para 2018 Choco fue el departamento con la mortalidad neonatal más alta del país, alcanzó una tasa 2,24 veces más alta que la nacional, con un total de 98 decesos. En segundo lugar, estuvo Vichada con una tasa de 30,51 y ocho muertes, seguido del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con una tasa de 25,76 y 8 muertes y Guainía con una tasa de 21,61 y 7 defunciones. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 28)



La salud
es de todos

Minsalud

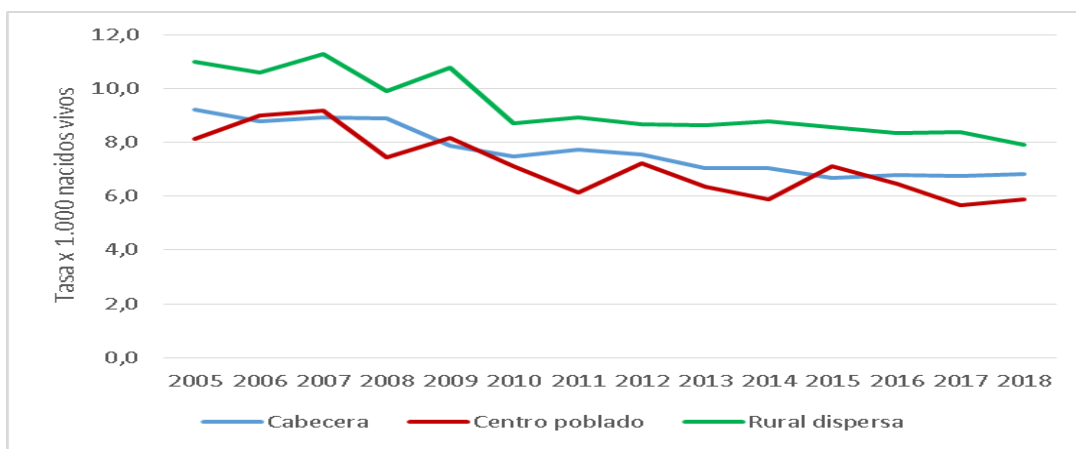
Mapa 28. Mortalidad neonatal según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Entre 2005 y 2018 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 24% más alta que en las primeras. En general las tasas han ido en descenso, pero la desigualdad se ha mantenido a través del periodo. (Gráfico 107)

Gráfico 107. Mortalidad neonatal según área, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado 1 de noviembre 2020.

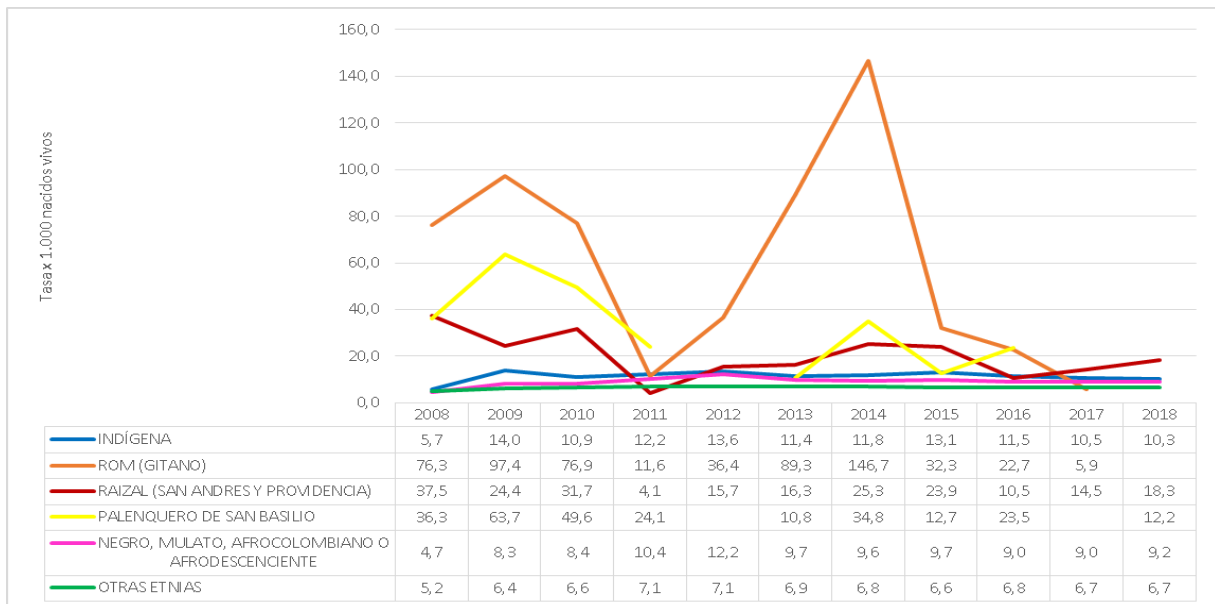


La salud
es de todos

Minsalud

Se observan grandes diferencias por pertenencia étnica. Para 2018 las tasas más altas corresponden a los grupos Raizal (San Andrés y Providencia) y Palenquero de San Basilio. La tendencia fluctuante refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad, pues entre 2005 y 2018 menos de 50% de las muertes neonatales tenían la clasificación; las demás no tenían la variable reportada. (Gráfico 108)

Gráfico 108. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2018



Fuente: elaboración propia a partir de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

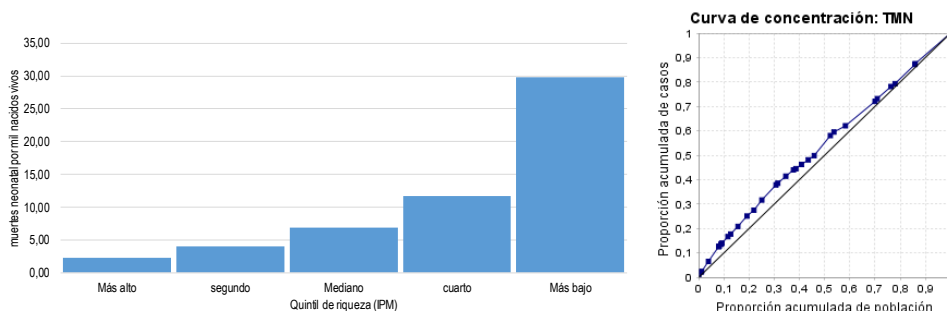
Aunque la tasa de mortalidad neonatal es un 13,5 veces más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,075, es decir, que es una 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 109)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 109. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el 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 salud¹¹⁴. 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 altos⁶¹; 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 vivos¹¹⁵.

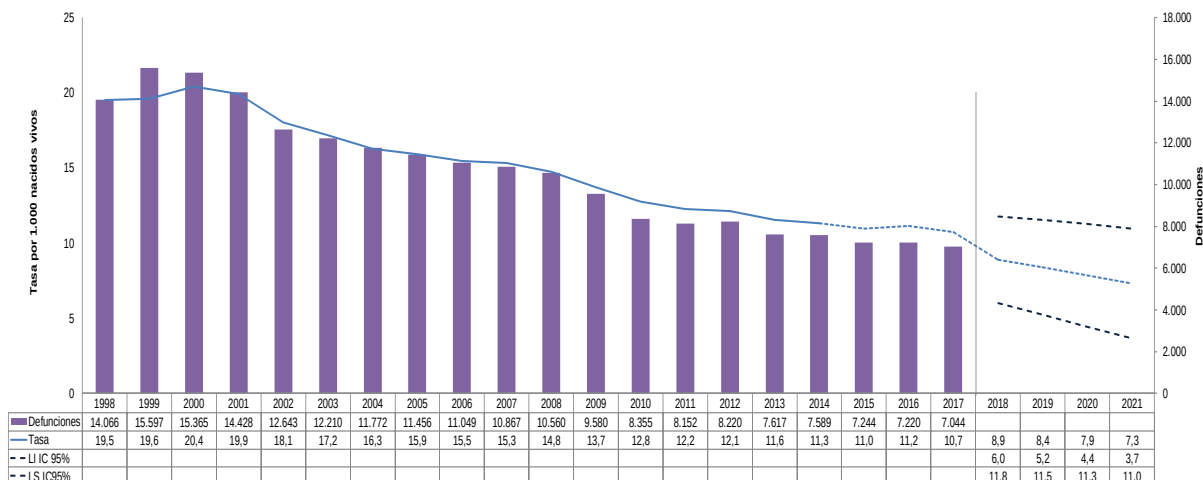
En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -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 110)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 110. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021

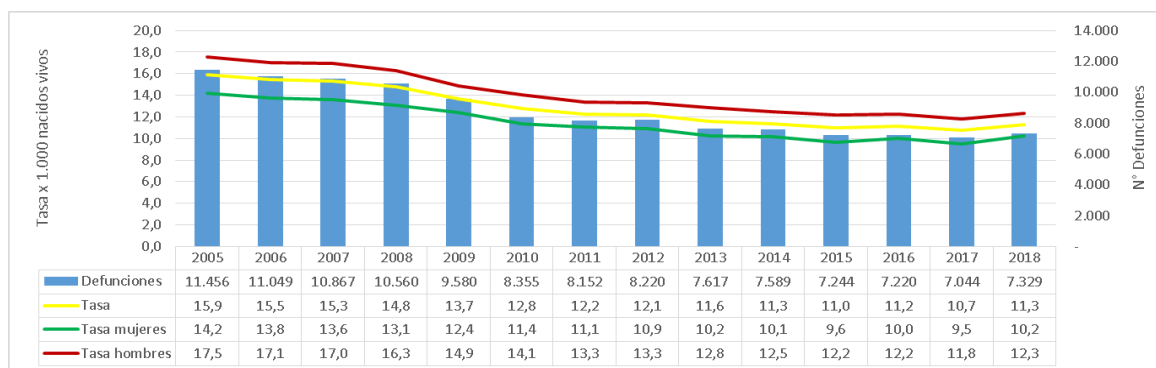


En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2018 se registraron en promedio 8.734 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 20% y un 25% más altas que en las mujeres. (Gráfico 111)

Gráfico 111. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM¹¹⁶; en efecto entre 2010 y 2018 las coberturas



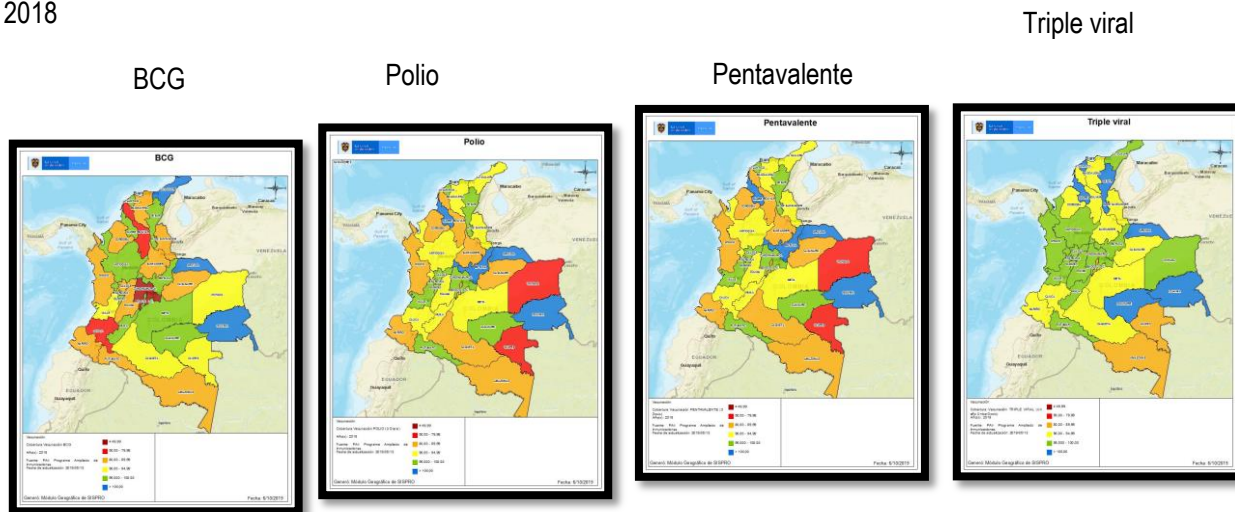
La salud
es de todos

Minsalud

administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,64% y 89,13%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio estuvo entre 87,98% y 92,49%, la de DPT osciló entre 87,95% y 92,46% y la de triple viral entre 88,49% y 95,18%, aunque se observan importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal. (Mapa 29)

Para 2018, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 11,3 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 vivos¹¹¹. Así mismo, la promoción de la lactancia materna hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración aumentara en 1,5, pasando de 0,70 a 2,20¹¹⁷.

Mapa 29. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Entre 2005 y 2017 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron alrededor del 50% 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 2015 a 5,63 en 2017. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 23% de las defunciones, generando aproximadamente tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año entre 2005 y 2017. Las enfermedades del sistema respiratorio producen poco más del 8,0% de las muertes, ocupan el



La salud
es de todos

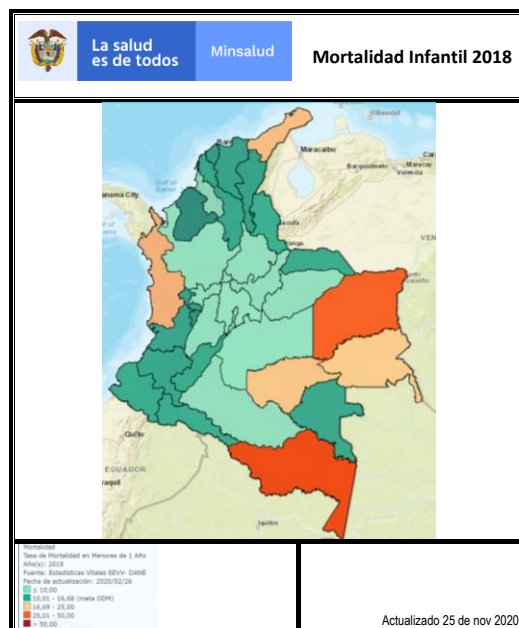
Minsalud

tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes, con una tendencia decreciente al pasar de 1,42 a 0,76 muertes por cada mil nacidos vivos en 2017 y el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generó el 5% de las muertes; así mismo, describe una tendencia decreciente pasando de 1,01 a 0,19 entre 2005 y 2017, 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 2018 Chocó, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Vichada tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas del país, siendo significativamente más altas que la nacional. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 30)

Mapa 30. Mortalidad infantil según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Aunque 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.

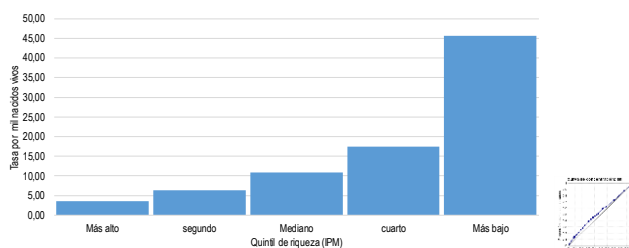


La salud
es de todos

Minsalud

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 113)

Gráfico 112. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017

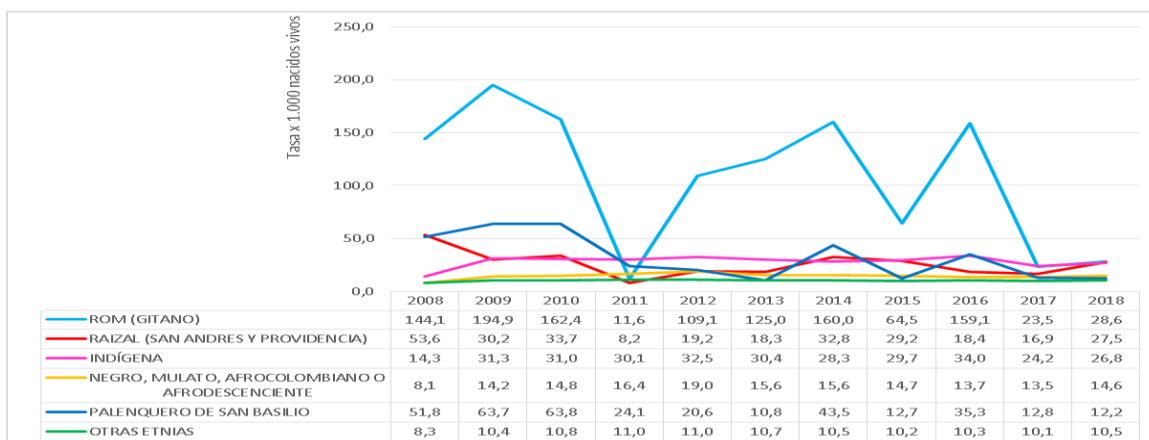


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.

Consultado el 1 de noviembre de 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 2018 registraron 28,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se estimaron 12,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los palenqueros de San Basilio, 27,5 en los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), 26,8 en los indígenas, 14,6 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 113)

Gráfico 113. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2018





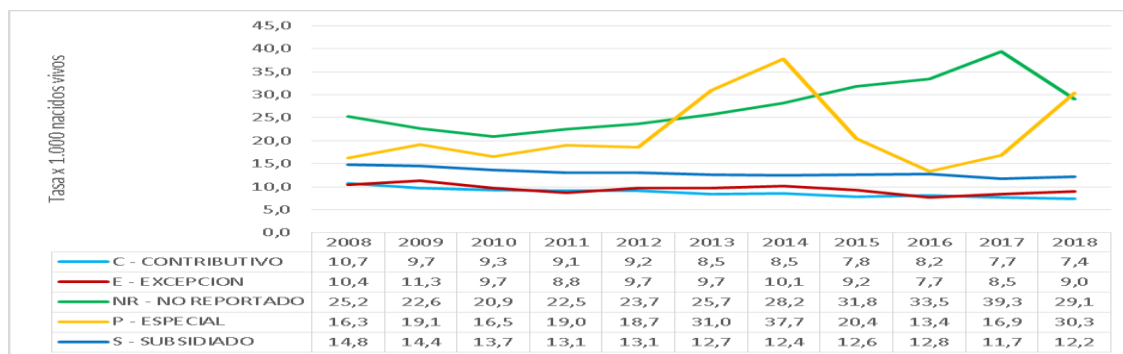
La salud
es de todos

Minsalud

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Entre 2005 y 2018 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 50% y un 52% 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 2012 y 2015. (Gráfico 114)

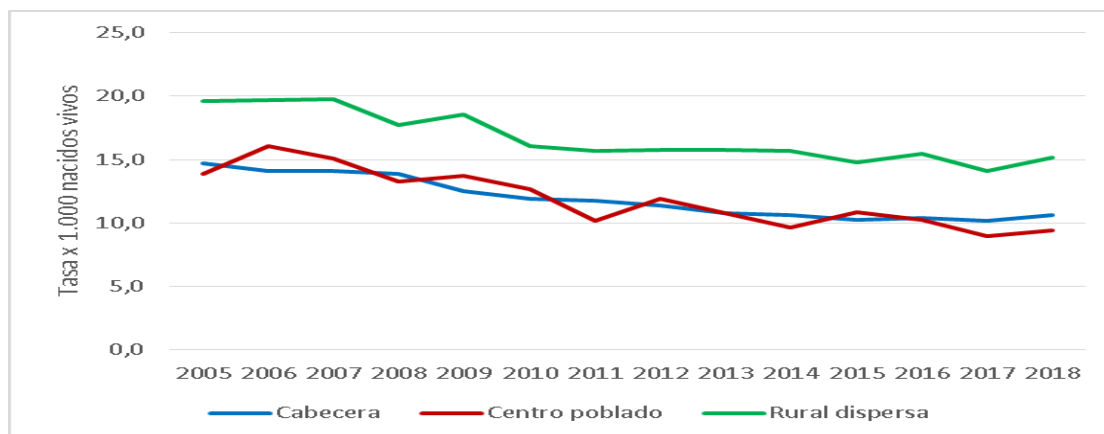
Gráfico 114. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

Entre 2005 y 2018 la mortalidad infantil se ha mantenido entre un 33% y un 40% 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 115)

Gráfico 115. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

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 todo¹¹³.

Según la OMS, en 2012 se produjeron alrededor de 6,6 millones de muertes en menores de cinco años¹¹⁸; se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles¹¹⁹, y que “casi el 75% de esas defunciones se deben a seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/sida”¹¹⁸.

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 vivos⁶¹, 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.¹¹³ 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 vivos¹⁰⁹.

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 200 y 2017 las tasas disminuyeron alrededor de un 46% pasando de 24,3 a 13,0 muertes por



La salud
es de todos

Minsalud

cada 1.000 nacidos vivos. Aunque las tasas tuvieron el mismo comportamiento en ambos sexos, la brecha se mantuvo constante en el tiempo, con tasas entre un 19% y un 25% mayor en hombres que en mujeres. 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 116)

Gráfico 116. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el 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

Alrededor del 82,5% 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 26,01% 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 42,5%, pasando de 19,01 a 10,92 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 15,38% de las muertes, reduciendo para 2017 en un 49,4% con respecto a 2005, pasando de 12,01 a 6,08 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 12,02% de las defunciones, fue el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 82,0%, al pasar de 9,61 a 1,73 entre 2005 y 2017, respectivamente; seguido de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que se redujeron en un 48%. El grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestra un incremento en la tasa siendo 25,1 veces mayor para 2017 que para 2005, pasando de 0,03 a 0,72 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.



La salud
es de todos

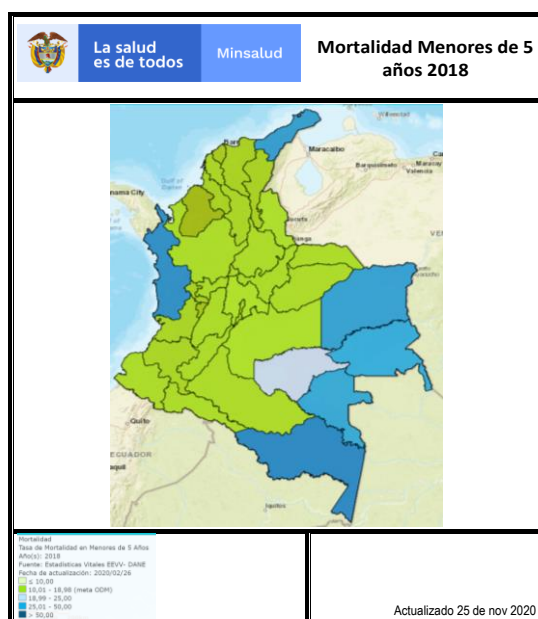
Minsalud

Por sexos se evidencia que las tasas de mortalidad para el grupo de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el de todas las demás enfermedades, son entre un 5% y un 47% más altas en mujeres que en hombres. Las tasas de mortalidad por causas externas de morbilidad y mortalidad son un 55% más alta en hombres que en mujeres.

Entre 2005 y 2017 las afecciones originadas en el periodo perinatal descendieron en 35,9% de las muertes en menores de cinco años, al pasar de 133,4 a 85,5 muertes en menores de cinco años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 21% y describen una tendencia decreciente del 16,5%. Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el tercer lugar de frecuencia. No se presentan diferencias en el orden en que se produce la mortalidad por causas entre sexos.

Para 2018 la tasa de mortalidad en la niñez en Vichada fue de 43,31 muertes por cada .000 nacidos vivos siendo significativamente más alta que la nacional, en adición, en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía y Choco mostraron las más altas del país, con diferencias estadísticamente significativas al 95%. (Mapa 31)

Mapa 31. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

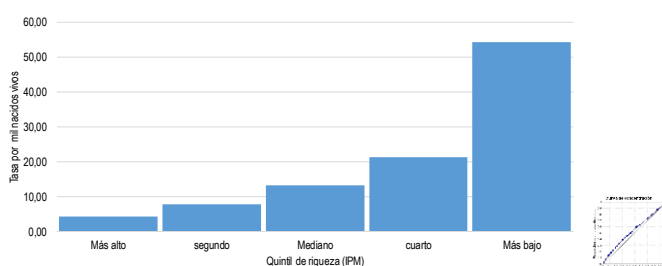


La salud
es de todos

Minsalud

Aunque la mortalidad en menores de cinco años no se concentra de manera desigual de acuerdo con el IPM o el índice de NBI, alcanzando índices de concentración de -0,091 y -0,02, respectivamente, la tasa es un 50,10% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. (Gráfico 117)

Gráfico 117. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.
Consultado el 1 de noviembre de 2019.

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 diarreica¹²⁰. 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”¹²¹.

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 2005 y 2017 las tasas disminuyeron en un 77,82% pasando de 13,4 a 3,0 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.

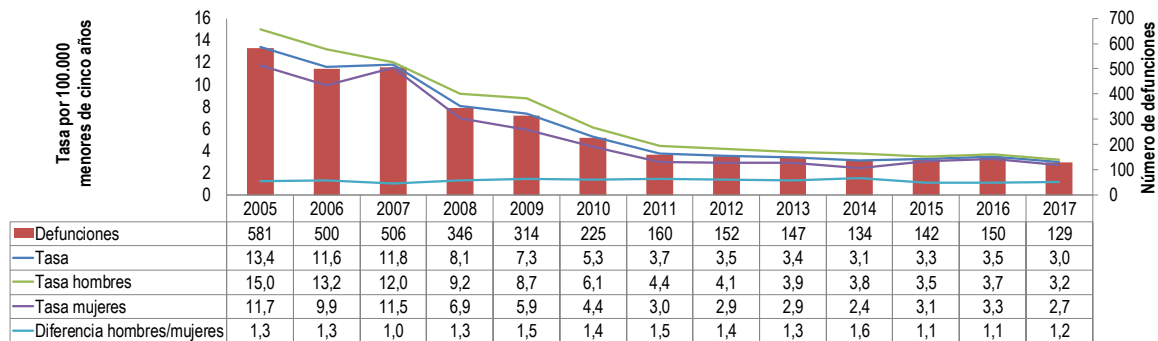


La salud
es de todos

Minsalud

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 30% y un 20%, entre 2005 y 2017, respectivamente, 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. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para 2021 la tasa de mortalidad puede descender hasta alcanzar niveles muy bajos, aunque el modelo no puede predecir el nivel basal de la tasa se espera que las muertes sean tan pocas que la tasa no alcance el valor de 1. (Gráfico 118)

Gráfico 118. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

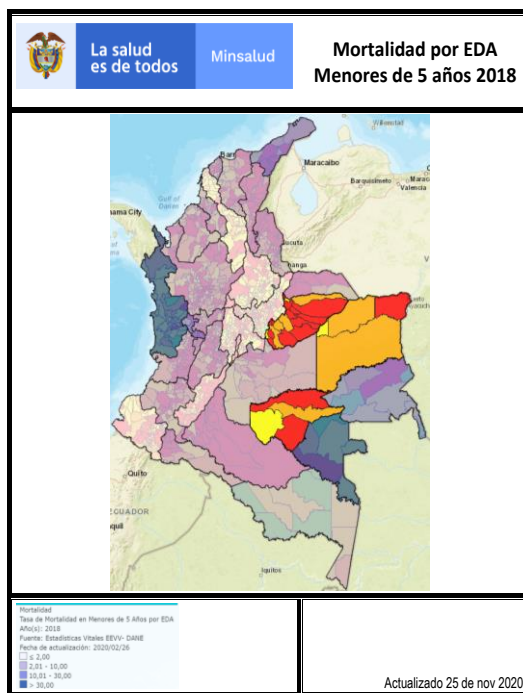
Para 2018 las tasas más altas de mortalidad por EDA en menores de cinco años del país se presentaron en Vichada, Atlántico, Chocó La Guajira, Risaralda, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada, describiendo diferencias estadísticamente significativas al 95%. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 32)



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 32. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

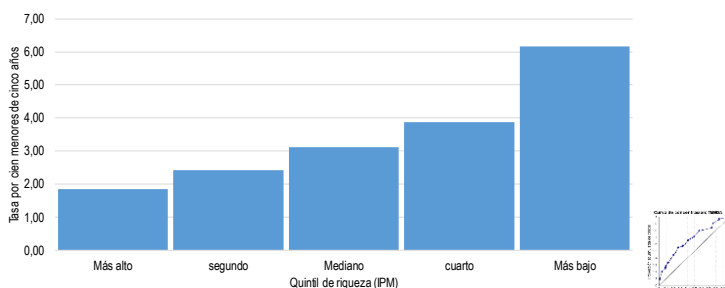
La tasa de mortalidad por EDA 3,35 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, lo cual indica que se producen cuatro muertes más por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que en el otro extremo de la sociedad. Para 2017 el 80% 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 119)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 119. 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, dispuestos en el 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”¹²². 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 anualmente¹²³. 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 población¹²⁴.

Entre 1998 y 2017, las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años disminuyeron un 60,96%, lo cual equivale a una reducción de 22 muertes menos por cada 100.000 menores de cinco años; el APC para el periodo fue de -6,5 siendo estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%.

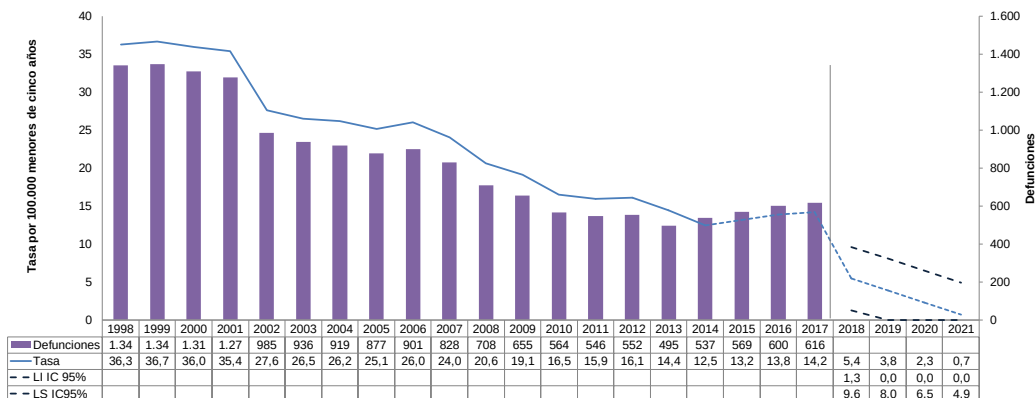
Entre 2005 y 2017 se registró un promedio anual de 767 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA y una desviación estándar de 204 defunciones. Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 11% y un 39%, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 1,2 a 6,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad puede descender hasta llegar a 0,7 (IC95%: 0,0 – 4,9). (Gráfico 120)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 120. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2017, proyecciones 2018-2021

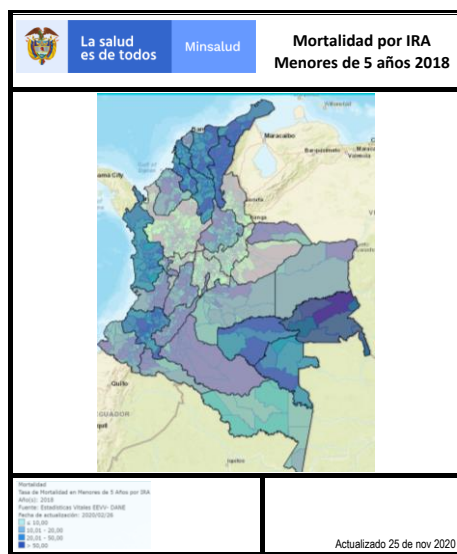


En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: Holt

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Para 2018 la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Vichada, donde ocurrieron 57,83 muertes por cada 100.000 menores de esta edad; aunque en términos absolutos se registraron seis muertes, la tasa se ve influenciada por el tamaño poblacional de la entidad territorial. Así mismo, Amazonas, Vaupés, Cesar, Chocó, Huila y La Guajira, registraron tasas por encima del valor nacional, con una diferencia estadísticamente significativa al 95%. (Mapa 33)

Mapa 33. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

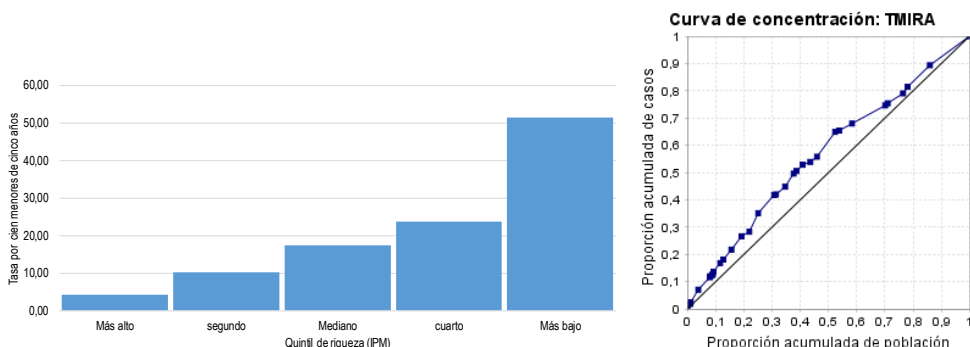


La salud
es de todos

Minsalud

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 121)

Gráfico 121.Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



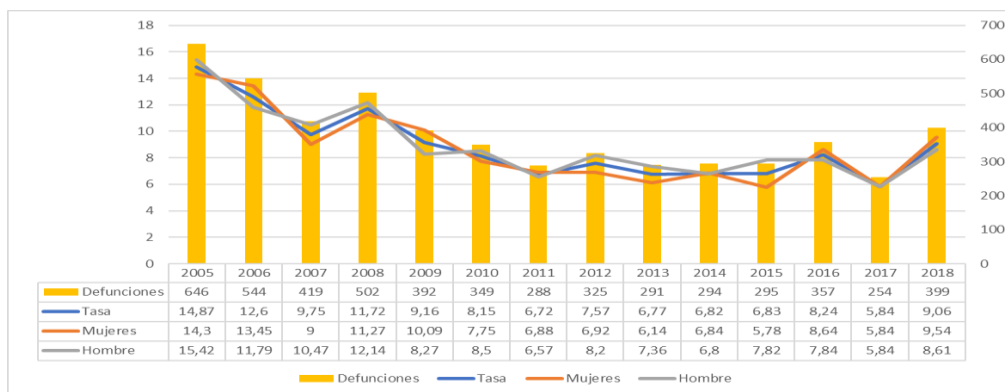
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.

Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el periodo 2005 a 2018 se produjeron 5.355 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 383 muertes anuales, con una desviación estándar de 116 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 9,06 en 2018. (Gráfico 122)

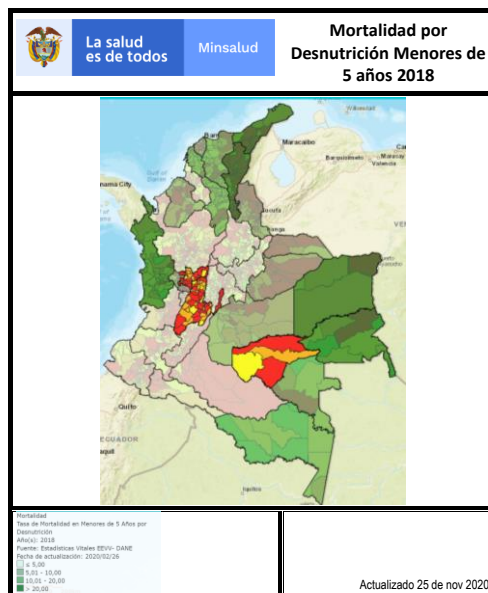
Gráfico 122. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos EEVV del DANE, dispuestos cubo EEVV, defunciones MSPS. Consultado el 30 de septiembre de 2020

Para 2018 las tasas de mortalidad por desnutrición más altas se presentaron en Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada. (Mapa 34)

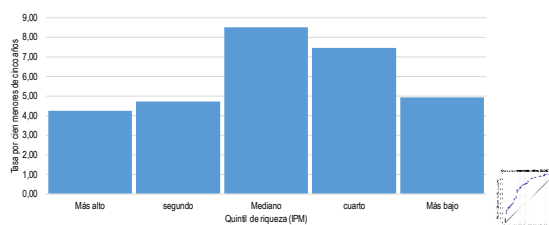
Mapa 34. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

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 123)

Gráfico 123. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 5. Prioridades en salud



La salud
es de todos

Minsalud

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 (2018)
2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2019)
3. Razón de mortalidad materna (2018)
4. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2018)
5. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2018)
6. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2018)
7. Porcentaje de desnutrición en menores de cinco años (2018)
8. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2018)
9. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2018)
10. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (2018)

A continuación se presenta la tabla resumen (Tabla 43) 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:



La salud
es de todos

Minsalud

■ 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 43. SemafORIZACIÓN de efectos en salud

Indicador	Antioquia	Atlántico	Bogotá, D.C.	Bolívar	Boyacá	Caldas	Cauquetá	Cauca	Cesar	Córdoba	Cundinamarca	Chocó	Huila	La Guajira	Magdalena	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle del cauca	Arauca	Casanare	Putumayo	Archipiélago de San Andrés	Amazonas	Guainia	Guaviare	Vaupés	Vichada	Colombia
Tasa Mortalidad en Menores de un año	9,11	12,55	9,41	11,75	8,37	9,14	11,07	11,77	14,53	15,04	9,39	25,55	9,29	16,18	12,83	8,56	9,61	9,94	11,45	11,08	5,65	11,77	7,91	10,05	10,46	6,37	11,23	25,76	14,50	21,61	11,13	10,12	30,51	10,73
Razón de mortalidad materna a 42 días	27,33	68,83	27,16	67,69	40,82	0,00	55,36	42,60	53,65	67,50	33,55	285,57	20,32	147,08	93,75	39,22	82,38	61,81	0,00	56,81	36,59	51,72	62,15	27,11	21,79	15,53	22,02	0,00	69,06	0,00	0,00	0,00	252,70	51,01
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	90,63	89,97	88,39	87,51	90,01	93,42	78,99	85,36	86,82	88,34	88,40	68,39	90,71	73,23	85,79	82,15	85,50	88,17	99,23	90,57	92,15	87,89	89,49	91,09	81,42	80,60	83,38	92,15	56,28	33,41	65,76	37,94	48,42	87,70
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda	7,99	19,98	10,70	16,87	14,14	5,13	16,43	17,80	30,70	15,77	9,34	26,03	22,60	24,33	19,48	11,50	8,44	12,62	13,05	21,13	7,90	18,86	5,54	14,22	3,00	13,54	10,00	0,00	57,30	18,86	20,47	33,29	57,83	14,17
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	32,45	46,74	23,24	37,25	22,67	32,17	27,50	22,94	43,65	39,79	28,22	28,23	35,26	24,23	35,61	40,45	17,33	43,75	47,30	41,43	32,88	42,81	35,60	36,05	38,70	40,45	27,21	15,85	60,42	27,94	34,76	38,95	46,53	32,82
Tasa de mortalidad por enfermedad del VIH / SIDA	4,13	7,89	3,43	5,68	0,97	6,15	4,78	2,18	7,65	7,52	2,61	2,86	4,27	2,37	7,88	7,63	3,28	6,73	13,75	9,73	4,58	6,47	5,62	7,89	5,08	4,91	2,48	6,48	3,75	0,00	9,02	8,88	0,00	5,16
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	73,33	97,69	70,31	58,95	63,66	89,27	65,95	61,24	87,75	69,24	87,52	37,79	89,82	33,62	89,96	103,76	57,45	89,03	105,84	97,29	83,17	103,17	108,10	91,60	83,56	81,49	72,37	75,90	33,65	61,41	39,49	22,21	27,29	80,07
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	15,49	8,48	8,61	9,02	14,80	12,80	15,52	15,93	21,67	15,69	11,55	6,13	21,08	12,07	11,34	19,30	13,45	15,15	17,58	13,60	14,44	12,91	17,64	16,63	30,16	24,80	23,07	17,84	1,03	3,42	6,70	3,10	17,05	14,50
Tasa de mortalidad por lesiones intencionalmente autoinfligidas	5,86	3,50	4,25	4,03	6,00	6,51	5,41	6,85	6,87	4,25	4,34	2,40	6,23	3,16	4,06	5,93	5,03	7,69	8,61	5,98	6,39	5,22	7,41	4,66	43,38	5,15	7,19	2,55	9,23	5,14	5,45	14,98	3,08	5,47

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EEVV del DAINE, 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



La salud
es de todos

Minsalud

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 transmisibles y una alta demanda de atención por estas mismas causas, a expensas de la exposición prolongada a factores de riesgo 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, 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 y de alcohol, 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 y 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.



**La salud
es de todos**

Minsalud

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 su incidencia, adicionalmente la aplicación de conductas de autocuidado por parte de los peatones y 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 que alteran el comportamiento normal de los seres humanos, debe ser una apuesta nacional para la construcción de proyectos de vida en la población adolescente y joven que permita dar sentido a la vida. En la población adulta y mayor la estrategia se debe encaminar al control de los factores de riesgo existentes a nivel familiar, social y laboral.



La salud
es de todos

Minsalud

Referencias Bibliográficas

¹ Organización 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 Republica (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, 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

⁵ 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

⁶ 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

⁷ 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

⁸ 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

⁹ 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

¹⁰ 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



La salud
es de todos

Minsalud

¹¹Ministerio 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

¹²Ministerio 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

¹³Ministerio 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

¹⁴Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional.

¹⁵World 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).

¹⁶Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.

¹⁷ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017

¹⁸ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

¹⁹ 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.

²⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. II. Análisis de información sobre riesgos.

²¹ Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. Registro de Emergencia 2017.

²² Departamento Nacional de Planeación. Boletín Infográfico. Gestión del riesgo de desastres. UNGDR Riesgo de desastres: el caso los eventos asociados a inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos de torrenciales. volumen dos, 2018

²³ 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

²⁴ Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear. INGEOMINAS Atlas de amenaza Volcánica en Colombia. Editorial López. 2000



La salud
es de todos

Minsalud

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico en Bogotá. Disponible en <http://www.idiger.gov.co/rsismico>. Consultado el 30 abril del 2018.

²⁸ Universidad Nacional. Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos.

²⁹ 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.

³⁰ Escala Macrosísmica Europea 1998 EMS – 98. Editor G. Grünthal. Presidente del Grupo de Trabajo “Escala Macrosísmica” de la ESC GFZ German Research Center for Geosciences, Potsdam, Alemania. Edición española F. Lorenzo Martín. Hamburgo 2008.

³¹ 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.

³² Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000.

³³ 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

³⁴ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia, 2015. Bogotá D.C., Colombia.

³⁵ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D) del IDEAM, 2017. Bogotá D.C., Colombia.

³⁶ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017.

³⁷ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018



La salud
es de todos

Minsalud

³⁸ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia. 2017. Bogotá D.C., Colombia.

³⁹ 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

⁴⁰ 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.

⁴¹ Ministerio de Transporte. Transporte en cifras: estadísticas 2017. Oficina Asesora de Planeación. Grupo de Planificación Sectorial.

⁴² Ministerio de Transporte. Plan Maestro Fluvial de Colombia 2015.

⁴³ 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.

⁴⁴ Word 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.

⁴⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque en la planeación del desarrollo municipal. 2008.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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-vivenda-2018> . Actualizado el 9 de octubre de 2020. Consultado noviembre de 2020.

⁴⁸ Banco Mundial. Pueblos indígenas. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>. Consultado el 20/3/2019.

⁴⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.

⁵⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en



La salud
es de todos

Minsalud

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls Actualizado el 12 de mayo de 2011.

⁵¹Lacasaña-Navarro M, Aguilar-Carduno C, Romieu I. Evolución de la contaminación del aire e impacto de los programas de control en tres megaciudades de América Latina. *Salud Pública Mex* 1999; 41:203-215.

⁵² 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.

⁵³Medina C.A., Vélez CE. Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. *Borradores de economía*. 2011; 678.

⁵⁴Lommis DP, Castillejos M, Gold DR, McDonnell W, Borja-Aburto VH. Air pollution and infant mortality in Mexico City. *Epidemiology* 1999; 10:118-123.

⁵⁵Tellez-Rojó 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.

⁵⁶ Banco Mundial. Desarrollo Urbano. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview> Consultado el 28 de noviembre de 2020.

⁵⁷ Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe. Capítulo 3: El bono demográfico.

⁵⁸Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Actualizado el 12 de mayo de 2011.

⁵⁹Fondo 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.

⁶⁰ Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas.

⁶¹The World Bank. World Development Indicators: Mortality. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21> Consultado el 29 de julio de 2015

⁶² Banco Mundial. Datos. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador>. Actualizado 15 de Octubre de 2020. Consultado el 28 de noviembre de 2020.

⁶³ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr. Disponible en <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddfb572fcd>. Consultado el marzo 12 del 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

⁶⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Boletín Técnico. Producto Interno Bruto (PIB) III Trimestre de 2020. Actualizado el 17 de noviembre de 2020.

⁶⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.

⁶⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr. Disponible en <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddfb572fcd>. Consultado el marzo 20 del 2019.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <https://www.datos.gov.co/Educacin/ESTADISTICASENEDUCACIONBASICAPORMUNICIPIO/nudc7mev>. Consultado el 2 de septiembre de 2020.

⁶⁹ Xu XF, Li YJ, Sheng YJ, Liu JL, Tang LF, Chen ZM Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis. 2014.

⁷⁰ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>. Consultado el 29 de julio de 2015.

⁷² Organización mundial de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018

⁷³ 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.

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas. 2018

⁷⁵ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>. Consultado el 15 de mayo de 2019.

⁷⁶ 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



La salud
es de todos

Minsalud

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

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas. 2018

⁷⁹ 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

⁸⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta de Demografía y Salud Colombia. 2015. Tomo 2.

⁸¹ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ficha Técnica Indicador: Tasa de violencia intrafamiliar.

Código de indicador: 77.

⁸² 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

⁸³ Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional

⁸⁴ 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

⁸⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia 2015.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ 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.



La salud
es de todos

Minsalud

⁹⁰ 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.

⁹¹ Vivekanand Jha. Guillermo Garcia-Garcia. Kunitoshi Iseki. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet. Julio 2013. Volumen 382, No. 9888, p260-272, 20.

⁹² Organización 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.

⁹³ Levey, 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.

⁹⁴ 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.

⁹⁵ 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

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Organización 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.

⁹⁸ 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.

⁹⁹ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal No 47. 2018. Consultado el 5 de junio del 2019.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ International Agency for Research on Cancer, IARC, Organización Mundial de la Salud. Today Cancer. Disponible en <http://gco.iarc.f/today/home>. Consultado el 20 de mayo del 2019.

¹⁰² Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.



La salud
es de todos

Minsalud

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ Beutler E, Lichtman M, Coller B, Kipps T, et al. Williams Hematology. 6thed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp:1141-61.

¹⁰⁵ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer pediátrico en Colombia.

¹⁰⁶ Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006.

¹⁰⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.

¹⁰⁸ World Health Organization. World report on disability. 2011.

¹⁰⁹ 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.

¹¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 24 de noviembre de 2015.

¹¹¹ 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.

¹¹² Oestergaard 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.

¹¹³ 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.

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.

¹¹⁷ Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.



La salud
es de todos

Minsalud

¹¹⁸ 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.

¹¹⁹ 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.

¹²⁰ 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.

¹²¹ 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.

¹²² 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.

¹²³ The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra; 2006.

¹²⁴ 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.